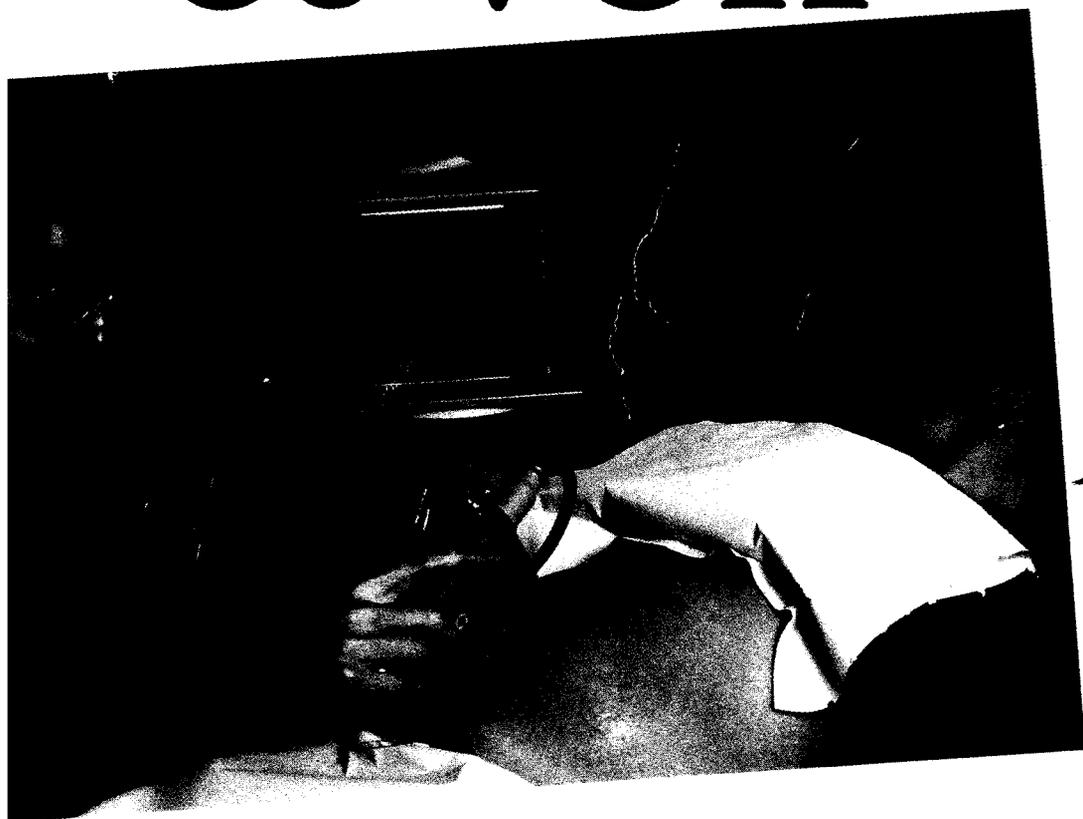


Jean-Pierre Boyer
Philippe Porret

Attendre et voir



L'échographie
obstétricale

Ramsay

Attendre et voir

Jean-Pierre Boyer
Philippe Porret

Attendre et voir
L'échographie obstétricale

Éditions Ramsay
9, rue du Cherche-Midi
75006 - Paris

© Éditions Ramsay, 1987
ISBN 2-85956-580-9

A Véronique,

Ph. P.

A Marie-Christine,

J.P.B.

« J'ai toujours été scandalisé de la légèreté des hommes qui s'inquiètent passionnément de ce qui les attend après leur mort, et se soucient comme d'une guigne de ce qu'il en était d'eux avant leur naissance. L'en deçà vaut bien l'au-delà, d'autant plus qu'il en détient probablement la clef. »

Michel Tournier, *Le Roi des Aulnes*.

Introduction

C'est quand même formidable ce que vivent les femmes enceintes, actuellement avec l'échographie. Moi, quand je vois ça, j'ai des regrets : j'aurais bien aimé attendre un de mes enfants dans ces conditions.

Une grand-mère sortant d'une séance
d'échographie avec sa fille.

Les possibilités de savoir les choses à l'avance, ça peut être à double tranchant !

Un échographiste.

En moins de trente ans, les multiples applications de la recherche médicale en gynécologie et en obstétrique ont considérablement transformé la manière dont peuvent se vivre aujourd'hui la sexualité, la procréation et la grossesse. Chaque décennie amène régulièrement ses changements autour de ces trois questions.

S'il est encore bien difficile d'en mesurer toutes les conséquences, on peut cependant repérer la part importante de ces découvertes médicales dans l'évolution des mœurs, des rapports entre les sexes, des mentalités, des relations au sein de la famille...

En quelques dizaines d'années, celle-ci a vu sa structure profondément transformée par les changements économi-

ATTENDRE ET VOIR

ques et sociaux. Elle est passée de la forme traditionnelle, rassemblant plusieurs générations, à la famille nucléaire, réduite aux seuls parents et enfants ; enfin apparaît actuellement, par choix ou du fait de séparation, la famille monoparentale. Nul doute que des progrès décisifs intervenus en matière de contraception et les perspectives ouvertes par l'échographie obstétricale sur les nouveaux modes de procréation font des années quatre-vingt une période charnière, déterminante pour l'avenir.

C'est dans ce contexte que l'utilisation de l'échographie dans la surveillance de la grossesse a connu un succès et une diffusion sans précédent, tant auprès du public que des professionnels.

Pour comprendre l'importance de cet examen médical, l'intérêt qu'il a suscité, l'impact et l'influence qu'il a exercés sur les intéressés et les représentations collectives, il nous paraît nécessaire de resituer son arrivée dans l'histoire des dernières décennies. On peut ainsi distinguer trois périodes caractérisées par la prévalence d'une innovation technologique ou de bouleversements amenés par la recherche médicale.

1965-1975 : la contraception

1975-1985 : l'échographie

1985-? : les nouveaux modes de procréation

Trois périodes clés

La découverte, puis la diffusion des contraceptifs œstroprogestatifs au début des années soixante, la légalisation des méthodes anticonceptionnelles en 1967, ont bouleversé la condition féminine et les rapports entre les sexes. Ce formidable progrès pour les femmes et les couples, soucieux de limiter les naissances « non désirées », s'est accompagné d'une première *césure entre sexualité et procréation*, ouvrant la voie à des possibilités de réalisation autres que la maternité pour les femmes.

Une profonde émancipation s'en est suivie, et les femmes y ont vu le chemin d'une libération personnelle essentielle. La dissociation opérée entre sexualité et maternité a consacré la dynamique de libération sexuelle, caractéristique de la période qu'on peut situer entre 1965 et 1975. La liberté sexuelle y est devenue un mot d'ordre, un idéal ou une exigence, selon les cas ; la lutte menée par ailleurs par le mouvement féministe pour la libération de l'avortement, en a renforcé le message.

Réclamant le libre droit de disposer de leur corps, les femmes ont ainsi peu à peu gagné un espace de liberté qui jusqu'alors leur faisait défaut. Cet espace s'est caractérisé par un bouleversement psychologique et social important : la procréation « maîtrisée » a cédé le pas aux préoccupations concernant plus directement la sexualité, le couple, les rapports hommes-femmes, l'identité féminine, l'égalité devant le travail.

La décennie 1965-1975 a ainsi connu une profonde inflation du discours dit de « libération sexuelle », se traduisant sur le plan social par une explosion du couple traditionnel, associé à la notion de famille : le droit à l'union libre, ou aux expériences sexuelles moins « conformistes », y connurent une audience importante dans le public... La revendication du « droit à la différence » y trouve son origine, et c'est à cette époque que l'homosexualité put sortir de son ghetto pour être revendiquée au grand jour.

Cette période peut sembler aujourd'hui lointaine, dépassée. Elle l'est en grande partie. Pourtant, ses idées et ses thèmes propres restent vivants : liberté, émancipation, égalité.

Disons d'abord qu'elle a fait reconsidérer complètement le sens et l'importance de la procréation. La chute du taux de natalité, contrastant avec la courbe des naissances de la génération précédente, dite du « baby boom », y fut souvent dénoncée, brandie avec inquiétude. Ces avertissements d'hommes politiques ou de spécialistes en démographie restèrent le plus souvent en marge, isolés, folkloriques.

L'heure n'était pas à la famille, aux enfants, qui apparaissaient comme autant de mots d'ordre moralisateurs, d'un autre âge.

La deuxième transformation importante concerne la difficile question des rapports entre les hommes et les femmes. La pertinence de bien des revendications féministes a été ressentie par les jeunes hommes de cette génération. Mal à l'aise ou questionnés dans leur identité, avec le sentiment d'une vague culpabilité pour les « exactions » des générations masculines précédentes ne pouvant plus servir de repères, ces « nouveaux hommes » se sont trouvés dans une position difficile : ne pouvant s'appuyer sur les images masculines passées, il leur restait tout simplement à inventer une identité amoureuse, aussi neuve que précaire... A l'opposé du *pater familias* ou du mari qui jusqu'alors prévalaient comme modèles déposés, le « nouvel homme », pour peu qu'il soit lui-même sensible aux thèmes féministes, devait s'imaginer un nouveau modèle, un nouveau statut.

On peut ainsi mesurer le chemin parcouru en dix ans et les bouleversements sociaux, psychologiques, engendrés par la contraception. On peut considérer que la pilule constitue une véritable révolution, celle des années soixante, dont les effets ne sont pas tous connus encore aujourd'hui. Dans un ouvrage récent, Françoise Dolto rappelle la transformation des fantasmes de la sexualité, provoquée par l'existence des moyens anticonceptionnels et de la dépénalisation de l'avortement : si, autrefois, l'homme était seul responsable d'avoir laissé naître un enfant, puisque lui seul pouvait dire non, refuser sa semence à la femme qui désirait enfanter, aujourd'hui, c'est à elle de décider si elle accepte que cet homme se sente responsable de l'enfant qu'elle aura...

Une deuxième décennie s'est ouverte, qui est le résultat des profonds bouleversements culturels, politiques et surtout économiques, à l'œuvre dans les principales sociétés industrielles avancées. La première période, dite de la société de consommation, avait vu l'essor de la libération

sexuelle et du féminisme. La fin des années soixante-dix et le début des années quatre-vingt, dites « de la crise », sont davantage marqués par les limites de ces mouvements collectifs et *l'apparition de valeurs plus personnelles, plus sûres, plus traditionnelles*.

Ces préoccupations se trouvèrent progressivement concrétisées par l'intérêt croissant porté autour de l'expérience de la naissance. Un recentrage s'effectue autour du bébé, reconnu comme une personne, lequel prit alors une place et une importance sans précédent.

Ce mouvement fut annoncé par deux phénomènes :

— le contrôle des naissances fit que les femmes et les couples reconsidèrent l'idée de maternité ; la grossesse devenait un choix, avoir un enfant, un projet décidé, réfléchi. Cette dynamique a conféré à la gestation et à l'attente d'un enfant une valeur particulière. Les fonctions parentales s'en sont trouvées plus investies et l'idée de famille réenvisagée sur un mode différent.

— le mouvement pour une naissance sans violence, qui fit grand bruit à la fin des années de croissance économique, a transformé à un rythme assez rapide l'état d'esprit et les pratiques dans les services de maternité. L'accent mis par Frédérick Leboyer sur le vécu des nourrissons, lors de leur venue au monde, a fait prendre conscience assez brutalement que les nouveau-nés étaient déjà des individus sensibles.

Aux nouvelles façons de naître sont venues s'adjoindre, pour les femmes enceintes et leurs conjoints, de nouvelles façons d'accoucher, de s'y préparer, d'accueillir l'enfant. La technique d'accouchement sous péridurale est apparue en même temps que différentes formes de préparations à l'accouchement et à la naissance : en piscine, par la relaxation, la sophrologie... Enfin, de plus en plus de pères ont eu accès aux salles d'accouchement.

L'attention et l'intérêt portés aux grossesses et aux bébés se sont progressivement accentués. La baisse de la natalité,

dramatique à l'époque précédente, a vu sa courbe s'infléchir légèrement. La reprise du discours nataliste, donnant lieu à une campagne publicitaire et d'affichage restée célèbre, a cette fois rencontré un accueil favorable auprès du public. Treize années seulement séparent ce mouvement de l'alarme déclenchée par M. Michel Debré.

L'engouement d'une grande partie de la population pour tout ce qui concerne la psychologie de l'enfant ou du nourrisson a été illustré par le succès d'émissions télévisées comme « Le bébé est une personne ». Il convient à cette occasion de souligner l'influence de Françoise Dolto, dont l'immense travail d'explication et de diffusion de notions jusque-là réservées aux cercles psychanalytiques a permis au grand public de mieux approcher et comprendre les nourrissons et les bébés.

De multiples ouvrages, revues, ont vu le jour, poussant progressivement les parents à chercher des conseils et des modèles pour apprendre « à être de bons parents ». Ce mouvement semble paradoxal, dans la mesure où il vise à les initier à des attitudes naturelles et spontanées. Nous ne sommes pas loin du désir de Monsieur Jourdain d'apprendre à faire de la prose...

Dès son introduction, en 1977, l'échographie a rencontré un grand intérêt auprès des praticiens et des futurs parents. La période était propice à sa diffusion. Elle répondait en effet aux attentes des personnes concernées par la grossesse et la naissance, en offrant une plus grande sécurité à la gestation et en permettant de savoir et de prévoir des difficultés, des anomalies survenant éventuellement au cours de la gestation, ou de poser le diagnostic de malformation ou de sexe foetal.

Dans un premier temps, cet examen médical a amplifié l'attrait pour les nouveau-nés.

En modifiant la façon d'attendre un enfant, l'échographie a introduit des changements importants dans les rapports entre les conjoints et entre les générations ; des futurs pères

ont assisté de plus en plus nombreux à ces consultations qui représentaient pour eux un moyen de partager et de vivre l'expérience de la gestation dont ils s'étaient sentis jusque-là exclus. La paternité prit pour ces hommes en quête d'identité une importance notable ; ils y trouvèrent souvent une essence (une naissance ?), devenant ce qu'il est convenu d'appeler aujourd'hui les nouveaux pères ou « papas poules ». Quant aux futures grand-mères, lors de l'échographie, elles viennent « découvrir » : cette fois, ce sont leurs filles qui ont quelque chose à leur « montrer », à leur apprendre.

En montrant la vie humaine avant la naissance, l'échographie a focalisé progressivement l'intérêt sur le fœtus. Cette ouverture sur un monde, jusque-là pratiquement inconnu, a déplacé les limites de la vie (établies auparavant de la naissance à la mort) à la période prénatale.

Le désir de connaissance et de maîtrise de l'homme trouva son champ d'exercice élargi, en approchant au plus près le mystère de la vie, de la conception. Cet événement constitue une véritable révolution. L'observation directe du fœtus, de ses capacités, permit d'appréhender le nouveau-né différemment.

Ces nouvelles recherches, tant dans le champ des sciences humaines qu'en médecine, ont permis l'apparition d'une nouvelle spécialité, la psychiatrie du nourrisson, et le développement de travaux pédiatriques ou proches de la psychologie génétique, mettant en évidence les « compétences » du fœtus et du nouveau-né.

Née à une époque où l'image règne, et où les différentes techniques empruntées à la vidéo se sont imposées au quotidien, l'échographie obstétricale a vu, dans son prolongement, se créer tout un champ d'activités scientifiques, l'*imagerie médicale*. Ce secteur, extrêmement actif et s'intéressant à la plupart des spécialités médicales, a un point commun, parmi la diversité de ses applications : l'utilisation de l'image pour visualiser, représenter des fonctions, systèmes de régulation ou organes internes du corps humain.

ATTENDRE ET VOIR

Enfin, par les moyens techniques qu'elle a apportés, l'échographie a ouvert la voie aux recherches sur les nouveaux modes de procréation.

La fin du XX^e siècle pourrait bien voir les problèmes de la procréation, de la conception de l'origine de la vie et de l'avenir de l'espèce humaine radicalement remis en question, transformés.

Dans ces trois décennies se dessine une évolution remarquable et décisive : la première période a mis l'accent sur le contrôle des naissances ; les années soixante ont été marquées par la prise en considération des bébés, puis du fœtus ; l'avenir qui est déjà entamé, du fait du développement des nouvelles techniques de procréation, voit les préoccupations se tourner vers un nouveau personnage : l'embryon.

Pourquoi cet ouvrage ?

Ce livre est l'expression d'une recherche commencée il y a plusieurs années, par un travail universitaire sur les apports et influence de l'échographie obstétricale. Nos investigations, analyses et évaluations, se sont appuyées sur de nombreux questionnaires, enquêtes, interviews et entretiens réalisés auprès des futurs parents et des professionnels. Au total, plus de cinq cents personnes y ont participé.

Une partie importante de cette recherche s'est effectuée dans le service du docteur Jouhet, à la clinique mutualiste des Eaux-Clares de Grenoble, avec la collaboration de gynécologues, accoucheurs, pédiatres, échographistes et psychologues. D'autres institutions et d'autres praticiens hospitaliers ou ayant un exercice libéral y ont également contribué.

Les discussions confraternelles, animées et parfois contradictoires, ont étoffé la portée et la complexité de cet ouvrage.

Il n'aurait pas vu le jour, cependant, sans les multiples témoignages des femmes enceintes et de leurs proches qu'il

nous a été donné d'entendre, soit lors de séances d'échographie auxquelles nous avons participé régulièrement, soit au cours d'entretiens plus cliniques effectués par chacun des auteurs, dans le cadre d'un travail de prévention et de consultation dans le service de gynécologie-obstétrique.

L'idée de cet ouvrage nous est venue de l'intérêt constant que portaient à notre recherche les futurs parents, les professionnels, et des personnes apparemment non directement concernées par l'échographie. Nous nous sommes rendu compte que l'existence de ces examens, pendant la grossesse, ne laisse personne indifférent. Si banalisée cette expérience puisse-t-elle apparaître aujourd'hui, chacun ne se sent pas moins impliqué personnellement par son déroulement.

De plus, la consultation échographique intéresse d'autres disciplines que l'obstétrique et la gynécologie. Ses implications conscientes, inconscientes, l'importance décisive des paroles qui s'y trouvent échangées, ne peuvent manquer de faire réfléchir le psychologue, le psychiatre ou le psychanalyste. La perception visuelle de l'enfant-à-naître fait souvent s'exprimer ou modifie des questions relatives à la génération, aux alliances, aux particularités de chacune des lignées.

De nombreuses représentations imaginaires, inconscientes, se trouvent ainsi mobilisées ; lorsqu'elles sont exprimées au détour d'une question ou d'un commentaire, elles transforment souvent l'examen échographique en un lieu de parole extrêmement précieux pour le déroulement de la grossesse. Les nombreuses remarques des échographistes sur la complexité et la richesse de ces consultations abondent dans ce sens.

Par ailleurs, l'échographie obstétricale pose autrement la question de la vie, de la mort, et du mystère de la conception, ce qui fait également l'objet de notre réflexion. Leur prise en considération, leur écoute, expliquent pourquoi nous ne sommes ni échographistes ni obstétriciens. Formés à l'écoute des processus inconscients découverts par Freud,

ATTENDRE ET VOIR

nous avons tenté d'écouter ce qui s'échange, se parle, apparaît au cours des consultations effectuées par l'échographe.

Nous avons voulu faire de ce livre un document accessible à tous, un guide pratique sur l'échographie. Nous en abordons tous les aspects : son histoire, son mode d'emploi, ses caractéristiques techniques, l'originalité de l'examen, son intérêt médical, ses multiples incidences psychologiques ; par ailleurs, nous dégagerons les influences qu'elle exerce, tant sur le plan des recherches médicales que sur les modes de pensée.

Il est bien connu que la diffusion d'informations « objectives » ou l'analyse de faits précis n'empêchent nullement le lecteur d'imaginer, de projeter ou d'interpréter ce qu'il veut. L'échographie fascine, et comme telle, attire souvent des commentaires ou des réactions excessives. Nous espérons avoir su préserver cet ouvrage de ces séductions dangereuses.

Puissions-nous, au travers de ces lignes, faire partager au lecteur la richesse des situations, des paroles mises en jeu par ce point d'interrogation fondamental posé par l'échographie obstétricale : *qui est cet enfant ?*

*A ma naissance
Je ne suis pas arrivé néant
J'étais déjà pétri
Habillé
Cultivé
Culturé
Avant même d'entendre
J'avais déjà entendu dire
Avant même de vivre
J'étais déjà dans un savoir-vivre
J'étais précédé
Je suis arrivé
Dans une parole
Déjà là.*

Jean Debruyne.

I

Histoire d'une invention

*L'espace entre les choses a la forme de mes paroles
La forme des paroles d'un inconnu
Qui dénoue la ceinture de sa gorge
Et qui prend les échos au lasso.*

Paul Eluard.

De la profondeur des mers à la profondeur de la mère

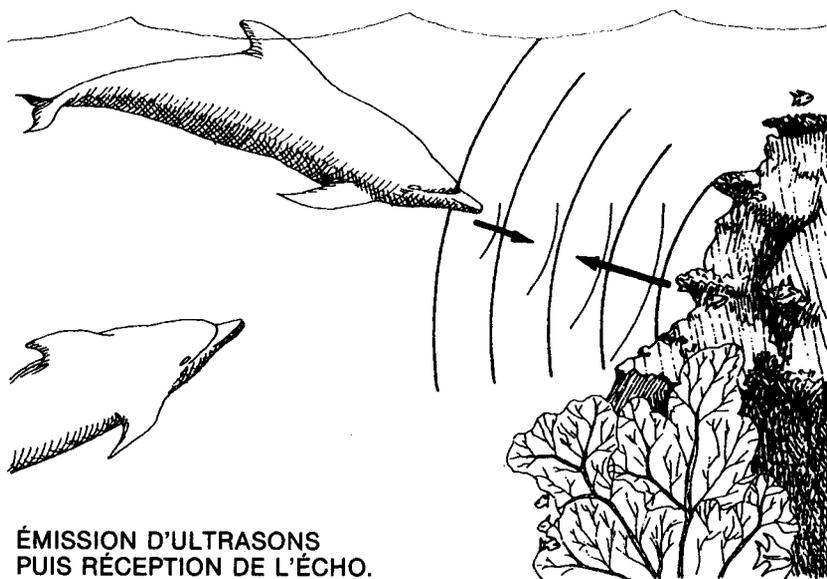
L'échographie obstétricale dans sa technique actuelle est d'apparition récente. L'apport de l'informatique a permis de lui donner, dans les années soixante-dix, les images dynamiques en temps réel que nous connaissons aujourd'hui. L'exploration du ventre de la mère, de l'œuf humain et du fœtus en mouvement, qui date de cette époque, est à l'origine de son extraordinaire diffusion.

Alors que les ondes électromagnétiques, les rayonnements lumineux et les rayons X étaient connus depuis longtemps et que leur utilisation était largement répandue, on a commencé à s'intéresser aux ondes sonores au début de notre siècle. C'est à un animal très proche de l'homme par son intelligence, le dauphin, que l'on doit le modèle vivant de l'utilisation des ultrasons. Cet animal, qui se trouve en haut de l'échelle de l'évolution des mammifères marins et dont le cerveau est proportionnellement aussi important que celui de l'être humain, dispose d'un organe particulier qui

ATTENDRE ET VOIR

fonctionne comme un appareil échographique moderne. En effet, « doué de raison », comme le qualifie Robert Merle, le dauphin est capable de détecter en pleine obscurité le moindre objet se trouvant à plusieurs dizaines de mètres de lui. Cette capacité particulière tient au fait qu'il émet, pour se repérer dans le milieu aquatique, des ondes d'ultrasons à des fréquences très supérieures au seuil d'audibilité de l'homme. Grâce à un organe récepteur, le dauphin analyse et interprète l'onde en retour des ultrasons provoquée par un obstacle rencontré.

Ce don lui confère une habileté, une agilité tout à fait exceptionnelles qui font la joie des enfants ainsi que l'admiration des grandes personnes dans les spectacles aquatiques auxquels il participe.



Ce phénomène qui utilise des ondes sonores, appelé *écho acoustique*, est bien connu des randonneurs qui entendent souvent le son de leur propre voix, renvoyé par une paroi rocheuse verticale.

C'est ce mécanisme de l'écho, réflexion d'un son par un obstacle qui le répercute, qu'a étudié un physicien français, Paul Langevin. Il publie ses premiers travaux en 1914, mais ce n'est qu'après la Première Guerre mondiale que seront utilisés les premiers sonars. Le terme sonar constitue un néologisme provenant de l'expression anglaise « *Sound Navigation and Ranging* » (S.O.N.A.R.). Il s'agit d'une technique d'équipement pour la détection et la communication sous-marine. Relativement peu utilisée dans l'entre-deux-guerres, elle sera largement perfectionnée pendant la Deuxième Guerre mondiale pour permettre le repérage des sous-marins.

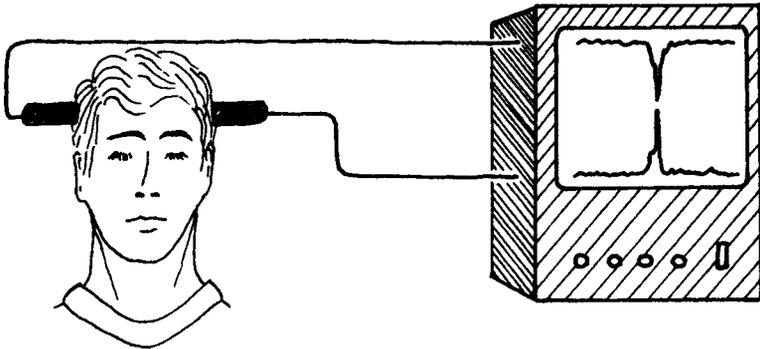
Lorsqu'il s'agit de sonder les mers ou de détecter des sous-marins, il est possible d'utiliser des ondes acoustiques de grande amplitude (plusieurs kilomètres de long). Il faudra attendre la fin des années cinquante pour que les ultrasons puissent être appliqués dans le domaine médical. En effet, ceci imposait une miniaturisation du matériel, la focalisation des ondes émises qui ont tendance à se disperser, et la production d'ondes sonores de très haute fréquence et de faible énergie pour des questions de sécurité.

L'échographie peut se définir comme une représentation graphique de la réflexion d'ondes sonores répercutées par un obstacle ; elle nécessite pour son fonctionnement :

- l'émission d'ultrasons ;
- la réception, l'analyse et l'interprétation des échos provoqués ;
- la transformation des énergies sonores captées en retour en une représentation visuelle sur un écran.

La technologie d'alors était loin d'être aussi avancée qu'actuellement ; aussi les appareils construits étaient-ils assez simples : ils permettaient d'obtenir des images fixes donnant par des réponses en pic la place des organes dans l'espace.

ATTENDRE ET VOIR



ÉCHOGRAPHIE CÉRÉBRALE

Visualisation de l'« Écho » par un pic et non par une succession de points lumineux. Les deux pics correspondent à la position de la faux du cerveau (ou partie médiane membraneuse qui sépare les deux hémisphères). Un décalage entre les deux pics permet de suspecter une anomalie.

Ces premiers appareils furent utilisés en neurologie et en cardiologie : ils permettaient par exemple de faire rapidement un diagnostic de tumeur du cerveau ou d'hématome après traumatisme crânien, en visualisant le déplacement de la faux du cerveau qui sépare celui-ci en son milieu.

Il faut attendre la fin des années cinquante pour que soit appliquée pour la première fois la technique des ultrasons en obstétrique.

C'est au docteur Ian Donald, un Écossais de Glasgow, que l'on doit cette grande première. Officier de la Royal Air Force, pendant la guerre, il a pour tâche de repérer à l'aide de sonars les sous-marins dans la mer du Nord. La paix revenue, il travaille à l'utilisation de ces mêmes techniques pour l'exploration du corps humain. Dans un article de 1958, il apporte la preuve en images du diagnostic précoce de grossesse à cinq semaines seulement d'aménorrhée (ce qui correspond pour une femme à un retard de règles d'à peine une semaine). Cette communication représente un événement considérable : le diagnostic de grossesse peut donc se faire avant que les classiques tests biologiques se révèlent, ou non, positifs.

Les premières échographies obstétricales furent prati-

quées en France en 1967. Au début des années soixante-dix, l'utilisation de sondes manuelles a permis d'obtenir des images de meilleure définition, mais en temps différé. C'est à partir de 1977, grâce à l'informatique et aux progrès considérables des techniques de pointe, que les appareils d'échographie se sont multipliés. En effet, le traitement informatique des signaux enregistrés a permis de passer de l'image fixe à des images dynamiques en temps réel, soit une vision de l'intérieur du corps en mouvement, celui de la mère comme celui du fœtus.

Ceci mérite quelques explications : sans entrer dans le détail des multiples améliorations apportées à la précision de l'appareil échographique, on peut globalement considérer qu'un tournant décisif a été franchi lorsque l'on est passé des examens réalisés *en temps différé* à ceux effectués en *temps réel*. Par *temps différé*, il faut entendre simplement un document fixe fourni à l'échographe quelque temps après son clichage, et s'apparentant à une photo après son développement. Dans le *temps réel*, il s'agit d'images en mouvement visibles par l'échographe et la future mère, au moment même où elles sont réalisées, ce qui permet un commentaire immédiat.

Ce progrès eut des répercussions importantes tant sur le plan scientifique et médical que sur le vécu de la grossesse par les futurs parents. Nous verrons plus loin les influences de cette révolution technique sur différents domaines de la recherche, sur les modes de pensée et les mentalités.

Des améliorations importantes ont été apportées depuis lors à la qualité de l'image, à sa définition et donc à sa fiabilité, mais il n'y eut guère de changements radicaux. Des zooms sont apparus qui, par l'agrandissement de l'image, donnent plus de détails mais s'accompagnent d'une perte de sa définition. De nombreuses adjonctions informatiques, comme les curseurs et calculateurs, permettent une estimation rapide des dimensions des organes grâce à l'apparition sur l'écran des normes statistiques relatives à l'âge de la grossesse.

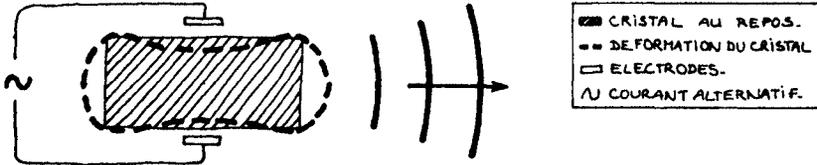
Il existe aussi maintenant, à côté des sondes linéaires, des sondes sectorielles ainsi que des appareils dits « à doppler pulsé », particulièrement précieux pour l'étude de l'activité cardiaque. Des appareils expérimentaux comme le doppler bidimensionnel mettront en évidence dans un avenir proche les flux sanguins en les représentant artificiellement de couleurs différentes selon leur nature et l'importance de leur débit. Enfin, à côté des sondes abdominales apparaissent maintenant des sondes endo-vaginales (introduites dans le vagin) et urétrales qui ouvrent la voie de l'échographie interventionnelle et de la microchirurgie pour le fœtus.

Bien évidemment, ces techniques de pointe, dernières-nées de la recherche médicale, ne sont utilisées que dans des situations extrêmement précises, généralement éloignées du cadre habituel d'une surveillance de la grossesse.

Comment fonctionne un appareil échographique ?

Nous l'avons indiqué plus haut, le processus échographique nécessite tout d'abord l'émission d'ondes ultrasoniques de très haute fréquence.

L'expérience a montré que pour obtenir une bonne qualité de l'image, il est nécessaire que ces ultrasons se situent entre deux et dix millions de hertz (soit dix mégahertz). Cette zone de fréquence est nettement supérieure aux fréquences de l'audition humaine qui ne dépassent pas vingt mille hertz. Plus la fréquence est élevée, plus la définition de l'image est bonne, mais moins la profondeur du champ est grande. C'est pourquoi les appareils de la dernière génération émettent des fréquences de trois et demi à cinq mégahertz qui offrent à la fois des images précises et une bonne profondeur d'exploration.



VIBRATION D'UN CRISTAL PIEZO-ÉLECTRIQUE
SOUS L'EFFET D'UNE TENSION ÉLECTRIQUE ALTERNATIVE.

Ce petit schéma montre que le principe de l'émission d'ultrasons ainsi que celui de la réception sont relativement simples.

L'émission se fait à partir d'un *crystal piézo-électrique*¹ soumis à un courant de faible intensité. Ce cristal, sous l'action du courant, se déforme dans un premier temps puis se rétracte pour revenir à sa position initiale (temps T1) : ce changement de forme déplace les matières avoisinantes à son contact, ce qui produit *l'émission des ultrasons*. Ces ultrasons traversent les tissus à des vitesses variables en fonction de leur nature et de leur densité ; la progression est relativement lente dans l'air, de l'ordre de 332 mètres/seconde, elle est beaucoup plus rapide dans l'eau, environ 1 500 mètres/seconde, ou dans les os, 3 400 mètres/seconde et de 1 450 mètres/seconde dans les autres tissus biologiques.

Dès que les ultrasons rencontrent un organe-obstacle², ils reviennent vers la source de l'émission (temps T2). Ils sont alors *enregistrés par ce même cristal* qui, subissant l'énergie sonore en retour, se met à *vibrer*.

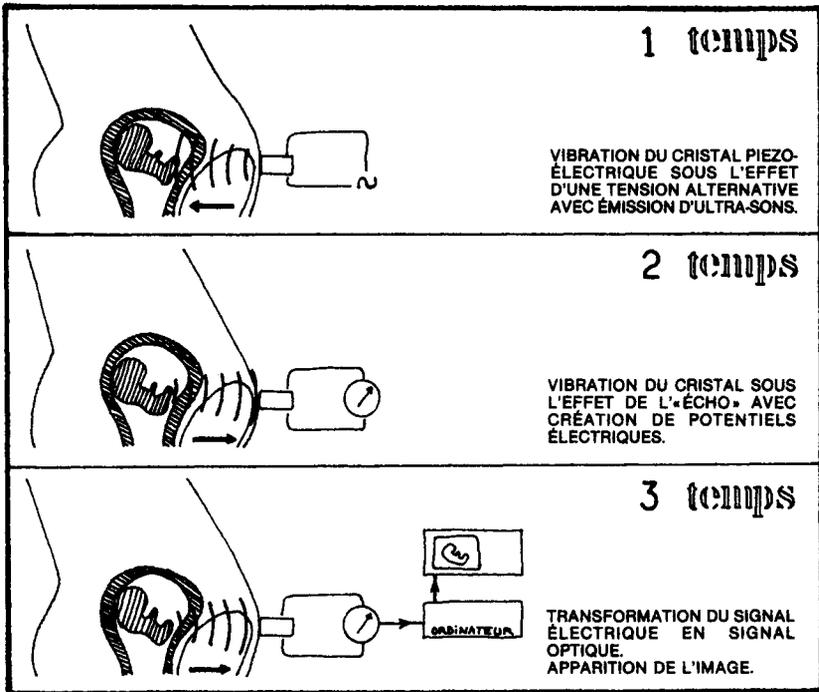
Sa vibration se traduit par des différences de potentiel (petit courant électrique) qui sont enregistrées, analysées,

1. Cristaux bien connus du public, puisque utilisés dans les briquets à quartz ou les allume-gaz.

2. Pour les esprits curieux, techniciens ou spécialistes, l'obstacle organique qui fait écho est en fait l'interface représentée par la différence de nature entre les milieux traversés.

ATTENDRE ET VOIR

filtrées, transformées en *signal optique* qui va servir à la fabrication de l'image (temps T3).



Le cristal vibre au moment de l'émission pendant un millièbre de seconde : pendant le reste du temps, il fonctionne comme récepteur. Des tissus fermes ou solides donnent une image blanche sur l'écran ; par contre, les milieux liquides et les tissus mous se présentent en teinte plus sombre. C'est pourquoi les os du fœtus apparaissent en clair tandis que le liquide amniotique s'inscrit en noir (se reporter aux clichés).

De quoi est faite l'image ?

Les différences de potentiel enregistrées au temps T2 sont traduites sur l'écran sous forme de points lumineux dont

la qualité est dépendante de l'obstacle dont ils sont l'écho.

Un point sur quatre de l'écran correspond à ces signaux d'écho. Tous les autres points sont produits par un ordinateur sophistiqué qui reconstruit mathématiquement l'image à partir de l'analyse et du traitement informatique des différents signaux reçus.

Pour mieux comprendre qu'un point sur quatre, s'il laisse le champ à quelques incertitudes, est néanmoins d'une grande fiabilité, nous prendrons pour exemple la pratique des instituts de sondage, lors des consultations politiques nationales : chacun est surpris et frappé de la précision des estimations annoncées « dès 20 heures », donnant une image globale du paysage politique de l'hexagone, et ce sans même interroger un quart des individus. Autant dire que l'échographie (avec un point sur quatre) — si l'on pousse un peu l'analogie — est nettement plus fidèle et sérieuse que ces instituts.

Du fait de l'épaisseur des points lumineux traçant les contours d'un organe, les mesures réalisées par l'échographe sont fiables à deux millimètres près. Par exemple, la mesure du diamètre bipariétal (qui consiste à évaluer la distance séparant les deux os pariétaux de la tête du fœtus) ne peut s'effectuer, pour chaque côté, qu'à l'approximation d'un millimètre.

Cette relative imprécision n'est pas sans conséquences, puisque par ailleurs, la différence de plus ou moins deux millimètres de cette mesure, rapportée à l'âge de la grossesse, peut représenter une variation d'estimation d'une à deux semaines de gestation.

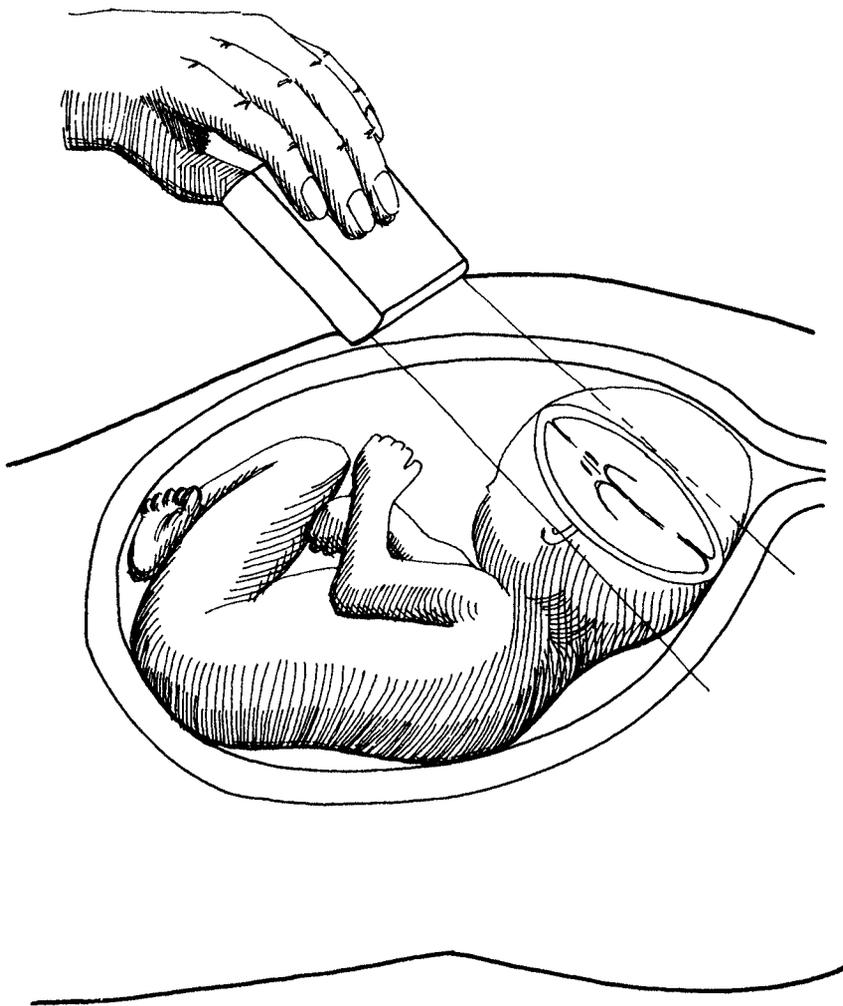
Enfin, il est important, pour bien comprendre les reproductions échographiques, de savoir que les appareils fournissent des images en deux dimensions, c'est-à-dire sur un plan. Ils ne peuvent rendre compte des volumes et des formes dans l'espace. Les images sont donc le reflet d'un plan appelé coupe sans perspective ni profondeur.

L'angle d'incidence des ultrasons définit le plan qui sera

ATTENDRE ET VOIR

observé. Ainsi, en déplaçant la sonde, le corps humain peut être vu en plans successifs rapprochés comme « en tranches ».

De fait, le terme échographie communément utilisé est une abréviation d'*Echotomographie (ETG)* qui, étymologiquement, signifie : représentation graphique des échos d'une coupe.



Les ultrasons sont-ils dangereux ?

Cette question souvent posée est tout à fait légitime ; en effet, le nombre d'examens s'est notablement multiplié ces dernières années, et certains se font de plus en plus précocement. Il est important de savoir que l'énergie utilisée par les ultrasons dans les examens échographiques est extrêmement faible, de l'ordre de 10 mW/cm^2 .

Tel n'est pas le cas des ultrasons actuellement utilisés dans d'autres domaines, avec des intensités d'énergie beaucoup plus importantes et des fréquences beaucoup plus faibles de l'ordre du kHz. Les ultrasons produisent alors de la chaleur et des vibrations mécaniques tout à fait sensibles. C'est pourquoi ils sont utilisés par exemple en kinésithérapie pour leurs effets anti-inflammatoires et en urologie où, grâce aux vibrations qu'ils produisent, ils peuvent réduire en poussière les calculs rénaux.

De très nombreuses expériences ont été réalisées avec les ultrasons qui servent aux échographies (5 MHz et 10 mW/cm^2). Toutes ont montré l'absence de risques ou d'effets nocifs tant pour la mère que pour le fœtus. Il faut atteindre des seuils d'intensité dix fois plus élevés pour que commencent à apparaître des effets nocifs sur le plan cellulaire.

D'ailleurs une étude rétrospective atteste que, contrairement aux rayons X, les ultrasons ne provoquent aucun effet de cumul ou d'addition : le nombre des examens et leur précocité n'ont aucune influence sur le taux de malformations fœtales ni sur la fréquence des avortements spontanés. Ceci ne clôt pas le débat pour autant. Les études se poursuivront encore pendant plusieurs années, les chercheurs se souvenant des effets secondaires des radiations ionisantes.

A cet égard, nous nous devons de dissiper un malentendu créé par les médias s'intéressant aux bébés et cherchant un impact publicitaire sur des lecteurs potentiels. Nous avons tous pu admirer ces magnifiques photos de fœtus représen-

tés en couleur, dans les tons rouge-rosé, et offrant un aspect translucide. Ces images ont fait que des personnes venant à des examens échographiques ont exprimé leur déception face à celles en noir et blanc, difficiles à interpréter pour un profane, et fort éloignées des documents en question. Ces clichés en couleurs ne sont pas des images échographiques, mais des images réelles ; elles sont faites soit après des avortements, soit avec des fibres optiques introduites dans l'œuf humain (embryoscopie) transmettant pour une partie d'entre elles de la lumière froide pour éclairer l'intérieur de l'œuf, les autres fibres optiques servant à enregistrer le fœtus, ou l'embryon suivant le cas. Ces expériences ne sont pas anodines et présentent même de nombreux risques d'infection et d'avortement.

L'échographie obstétricale est-elle économiquement rentable ?

Cette question pourrait paraître choquante quand il s'agit de santé ou d'un bébé. « La santé, ça n'a pas de prix », dit-on communément, en insistant sur le fait que rien n'est jamais superflu pour assurer la plus grande sécurité d'une naissance.

Si la santé n'a pas de prix, elle a néanmoins un coût, et, dans la crise économique que vit le monde actuel, ce coût apparaît excessif aux pouvoirs publics et lourd à assumer pour les assurés sociaux et les entreprises.

Le nombre d'examens échographiques a augmenté de façon exceptionnelle en moins de dix ans. Alors que les appareils étaient rares en 1977, tous les établissements publics et privés sont aujourd'hui dotés d'un ou plusieurs échographes : tout radiologue, gynécologue obstétricien, cardiologue, dispose d'un appareil à ultrasons.

Le nombre de ces examens s'est multiplié à tel point que la Sécurité sociale, en 1984, a dû prendre des dispositions

pour limiter ou essayer de freiner ces dépenses. Très peu de femmes enceintes en 1977 ont bénéficié de la surveillance échographique pendant leur grossesse alors qu'actuellement, en moyenne, trois examens jalonnent le déroulement de la gestation¹. En réalité, le nombre moyen d'échographies au cours de la grossesse est sûrement supérieur à trois. En effet, les consultations de gynéco-obstétrique se concluent fréquemment, surtout en début de grossesse, par un rapide examen échographique non comptabilisé en temps que tel mais comme simple consultation.

Cette augmentation impressionnante des échographies tient, semble-t-il, à un couple de facteurs qui se potentialisent l'un l'autre :

— d'une part la *surprescription médicale* : de plus en plus, les usagers, par les pressions qu'ils exercent, allant parfois jusqu'à tenter des procès, soumettent les praticiens à une sorte d'obligation de résultats qui les poussent à multiplier les examens.

— d'autre part, les parents, aujourd'hui, ayant peu d'enfants, exigeraient presque que leur bébé soit de « bonne qualité » et refusent le risque pour cette vie, d'où la tendance à la *surconsommation* dont la courbe ne peut qu'inquiéter.

Les responsables du ministère de la Santé et de la Sécurité sociale, ont pris, face à cette situation, les mesures suivantes il y a deux ans : pour freiner l'hémorragie financière due à la multiplication des actes (des K dans le jargon médical), ils ont établi deux types de tarification concernant l'examen échographique :

— Un à K 35 qui équivaut (fin 1986) à 441,25 F. Cet acte correspond à un examen échographique complet et très détaillé, et réclame un accord d'entente préalable du

1. En 1979, 19 % des femmes enceintes ont connu une surveillance de grossesse avec une échographie. En 1985, elles étaient 82 %.

médecin-contrôleur de la Sécurité sociale. La prescription et la justification de cet examen doivent être argumentées par un médecin autre que l'échographiste, afin de limiter le plus possible le nombre des échographies dites de « confort ».

— L'autre tarification est à K 15 = 176,25 F. Cet acte comprend :

- l'examen des organes génitaux maternels ;
- la mensuration du fœtus et la localisation du placenta.

Deux de ces actes sont autorisés administrativement par grossesse. Au-delà de deux, une demande d'entente préalable est nécessaire, comme pour les examens K 35. Ces examens sont remboursés à 75 % jusqu'au cinquième mois révolu et intégralement à partir du sixième mois.

Les pouvoirs publics, par ces dispositions, posent ainsi une question fondamentale : la surveillance systématique de toute grossesse à l'aide de trois échographies se justifie-t-elle ? Un certain nombre de praticiens l'affirment ; de nombreux obstétriciens-échographistes, américains ou français, et le ministère de la Santé émettent des doutes sérieux, donnant ainsi son sens à l'entente préalable réclamée par les caisses d'assurances maladie, et qui réduit à deux le nombre des échographies strictement nécessaires.

« L'assurance médicale tous risques », par une surveillance systématique de toute grossesse cliniquement normale, coûte extrêmement cher ; elle fait, par ailleurs, se poser des questions sur l'évolution de la mentalité collective, la phobie du risque et la quête intense de sécurité. Parallèlement, une étude qualitative récente de la surveillance systématique des grossesses « sans problème » montre que l'échographie permet de détecter, dans 5 % des cas, des anomalies ou des difficultés non cliniquement décelables.

Ce pourcentage, qui pourrait apparaître faible, est en réalité très important, comparé aux formes de dépistage systématique pratiquées dans d'autres spécialités médicales (cancer du col, infarctus du myocarde ou tuberculose, autre-

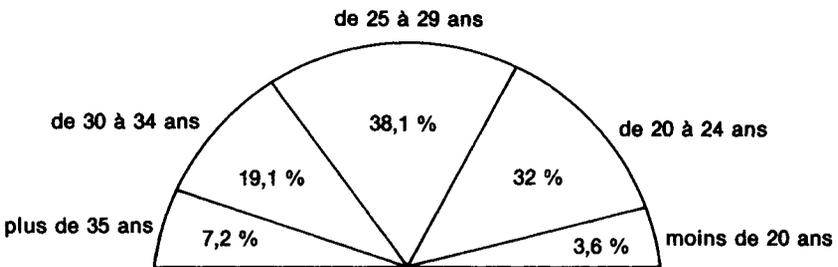
fois). Il représente une pièce importante à verser à ce débat, maintenant largement ouvert.

Dans le contexte économique actuel, s'il faut s'attendre à des choix drastiques dans le domaine de la santé il paraît probable, étant donné le taux de natalité des pays industrialisés, que la naissance des bébés restera relativement prioritaire.

Qui utilise l'échographie ?

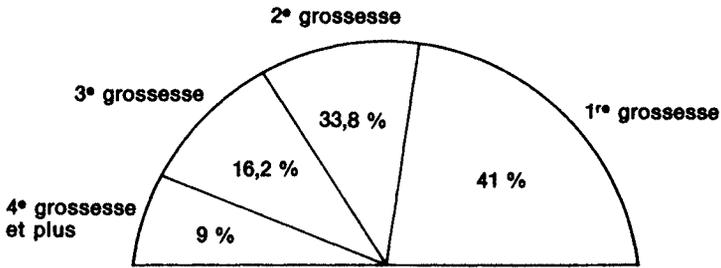
Pour les deux tiers des échographies pratiquées, cet examen a pour but de faire le diagnostic de grossesse, d'évaluer son âge, d'apprécier son développement. Les autres 30 % sont réalisées dans le cadre de suivi de grossesse à problèmes (pathologie maternelle, saignements, antécédents obstétricaux, suspicion de difficultés fœtales).

L'échographie concerne principalement les très jeunes parents. En effet, elle est utilisée sept fois sur dix pour une femme ayant entre 20 et 29 ans ; une fois sur quatre pour une femme de 30 ans ou plus. Dans 3,6 % des cas seulement, la femme a moins de 20 ans.

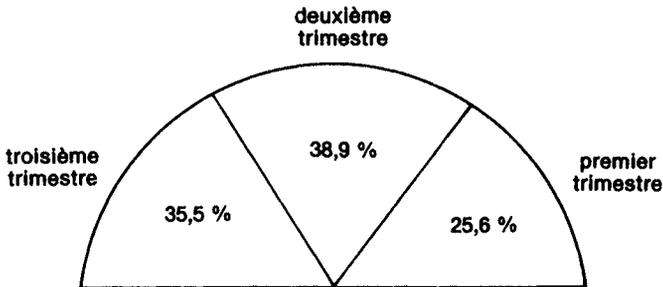


Par ailleurs, quatre fois sur dix, l'échographie concerne une première grossesse, menée à terme ou non. Cinq fois sur dix, elle est pratiquée au cours d'une deuxième ou d'une troisième grossesse. Elle ne concerne les grossesses de rang supérieur que dans pratiquement un cas sur dix.

ATTENDRE ET VOIR



Enfin, les échographies obstétricales ne sont pas pratiquées avec la même fréquence, tout au long de la gestation : un quart des échographies est réalisé durant le premier trimestre de la gestation ; 40 % pendant le second trimestre ; et 35 % au cours du dernier trimestre.



L'accouchement demeura pendant des siècles un événement à risques. Quand on connaît les dangers encourus par les mères et les bébés, il y a à peine dix ans, on comprend les mesures préventives et incitatives mises en place par les pouvoirs publics pour éviter les complications susceptibles de survenir au cours de la grossesse et de l'accouchement.

Aujourd'hui, la surveillance prénatale et la technique obstétricale procurent une sécurité quasi totale en réduisant, entre autres, la durée du travail lors de l'accouchement.

Histoire d'une invention

Quant aux nouveau-nés, leur taux de mortalité dépassait au siècle dernier les 10 %. Il était encore de 3 % il y a quarante ans et est descendu aux environs de 1,2 %, mais se situe en dessous de 0,5 % si on ne retient que les accouchements de femmes bien portantes et correctement suivies.

Néanmoins, l'angoisse de l'accouchement est aujourd'hui très grande, chez certains parents, malgré la disparition du danger vital, et la faible probabilité d'accident foetal.

Nous essaierons d'évaluer, dans les chapitres qui suivent, l'impact de l'échographie, actuellement pièce maîtresse de la surveillance de la grossesse, son influence sur l'angoisse de l'accouchement et de la naissance.

II

La levée d'un voile,
révolution médicale scientifique
et culturelle

L'échographie obstétricale, en permettant de découvrir le mouvement de la vie avant la naissance, a levé un voile sur un mystère qui interroge, fascine tout un chacun et mobilise depuis toujours chercheurs, penseurs et philosophes, celui de la création et du développement de la vie, de la fécondation à la naissance.

Les connaissances dont nous disposions jusqu'à ces récentes années sur cette période de neuf mois et sur les processus en jeu, étaient parcellaires, incomplètes. Elles reposaient essentiellement sur les données de l'examen clinique pratiqué par le médecin généraliste, gynécologue ou accoucheur ; palpation, toucher vaginal, auscultation des bruits du cœur, dosages hormonaux, examens radiologiques et dans certains cas cœlioscopie¹.

L'échographie, par sa technique simple et sans risque, a ouvert la barrière symbolique du corps de la femme et de l'enveloppe de l'œuf humain. Le franchissement, par le regard, de cette frontière, impensable il y a encore quelques

1. Cet examen permet de voir l'utérus, les trompes et les ovaires de la femme au moyen d'un tube introduit dans le petit bassin par le nombril. Celui-ci réclame, de ce fait, une petite intervention chirurgicale qui n'est pas anodine.

années, l'observation de la source du vivant, ont pu apparaître à certains comme le dépassement d'un tabou, la transgression d'un interdit, la profanation d'un espace sacré : l'œuf humain.

La connaissance du corps humain, fondamentale pour le développement de la médecine, s'est toujours heurtée à des obstacles culturels, philosophiques, religieux. Un exemple : il a fallu attendre la fin du XVI^e siècle, il y a à peine plus de quatre cents ans, pour que les dissections clandestines pratiquées par Ambroise Paré (risquant le bûcher pour sorcellerie et sacrilège) apportent les éléments anatomiques indispensables à la naissance de la chirurgie.

Dans un ordre d'idées voisin, tout dévoilement de la féminité et de la maternité a été souvent condamné par la plupart des grandes religions. La femme enceinte demeurait — et demeure encore dans certaines cultures — une figure sacrée, incarnant le mystère de l'humanité, de sa permanence et de ses transformations. L'échographie, par son dispositif, bouscule l'ensemble de ces représentations.

Les frontières qui jusque-là constituaient des repères pour la pensée collective, ont été repoussées et déplacées sur le terrain de la recherche biologique et génétique. L'obstétrique et le savoir sur l'être humain, de sa conception à sa naissance, sont passés de l'ère du tâtonnement scientifique, mené à l'aveuglette, à une vision de plus en plus claire et précise des processus en jeu dans la procréation, le développement de l'embryon et du fœtus. Ce qui constitue une véritable révolution médicale et scientifique, par les découvertes et les recherches qu'elle a autorisées, l'influence qu'elle a exercée sur nos façons de vivre et nos modes de pensée. L'exploration rendue possible de ce continent inconnu — l'intérieur du corps de la femme, l'œuf humain et le corps du futur bébé — a favorisé en quelques années un bond en avant sans précédent dans trois domaines :

— les nouveaux modes de procréation et de lutte contre la stérilité ;

- la surveillance de la grossesse et du développement du fœtus ;
- la découverte du nouveau-né et de ses compétences par l'observation et la connaissance des capacités et réactions du fœtus.

Stérilité et nouveaux modes de procréation

Des progrès importants ont été réalisés dans la lutte contre la stérilité, en partie grâce à l'échographie. Nous ne décrivons pas les multiples connaissances que celle-ci a apportées sur le fonctionnement des organes génitaux féminins, et ne donnerons que quelques exemples. L'échographie permet de voir, de façon simple et précise, les différents organes intervenant dans la procréation : l'utérus, les ovaires, les trompes.

Il est possible ainsi d'examiner leur qualité, leur forme, leur fonctionnement, et de faire le diagnostic des anomalies, infections, dysfonctionnements ou malformations qui pourraient exister (exemple : kyste de l'ovaire, rétroversion utérine¹, salpingite chronique ou trompes bouchées). Ainsi, des indications thérapeutiques peuvent-elles être réalisées parfois avec le concours, ou sous le contrôle, de l'échographie. Grâce à l'utilisation des ultrasons, on peut maintenant explorer le déroulement du cycle menstruel de la femme de façon plus souple et plus précise que par les dosages hormonaux ou par la prise de température. Ces éléments permettent de poser les indications de traitement ou d'interventions chirurgicales réparatrices.

L'échographie a surtout ouvert la voie à d'autres façons d'avoir des bébés. La recherche de pointe en ce domaine avance à grands pas et de nouvelles possibilités peuvent être offertes à des couples stériles, désirant « à tout prix » avoir

1. Utérus basculé vers l'arrière.

ATTENDRE ET VOIR

des enfants. On répertorie une dizaine de modalités en combinant les trois éléments essentiels : ovule, spermatozoïdes et utérus, ces derniers pouvant appartenir aux géniteurs ou faire l'objet d'un don, d'un prêt d'un tiers. Cela va du bébé-éprouvette ou « fivette »¹ à la mère porteuse.

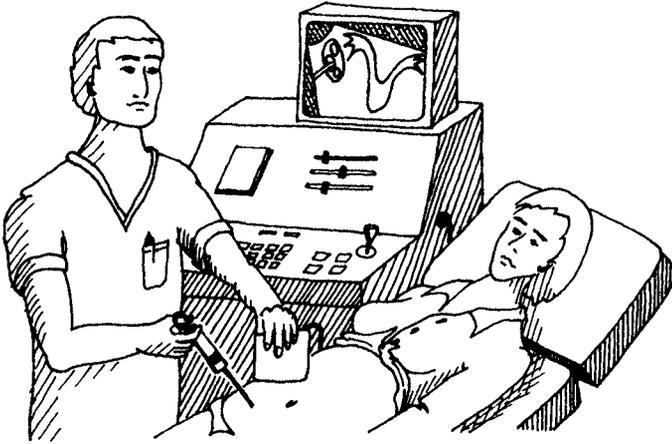
L'accueil favorable de ces techniques par l'opinion publique tient tant au contexte actuel, où, vu la diminution de la natalité, l'adoption est un processus de longue attente, qu'à la fascination ambivalente des médias. Quoi qu'il en soit, ce champ de recherche s'est ouvert grâce à l'apport technique précieux de l'échographie : en effet, la « fivette », comme beaucoup de nouveaux modes de procréation, nécessite :

- de prélever un ou plusieurs ovules arrivés à maturation ;
- d'obtenir un embryon par fécondation de l'ovule en laboratoire ;
- d'implanter l'embryon dans l'utérus, au moment du cycle hormonal le plus favorable à sa nidation.

Nous allons le voir, le concours de l'échographie est essentiel dans deux des phases du processus.

Les ovocytes, ou ovules, non encore matures se trouvent dans des petits sacs disposés à la périphérie de l'ovaire. Au cours du cycle menstruel, peu après les règles, certains sacs, ou follicules de De Graaf, contenant les futurs ovules, augmentent de volume. Naturellement, un des sacs l'emporte sur les autres, en les réduisant par un mécanisme humoral, puis éclate en libérant un ovule prêt à la fécondation.

1. Venant de FIV (Fécondation In Vitro).



**PRÉLÈVEMENT D'OVULE PAR PONCTION
SOUS CONTRÔLE ÉCHOGRAPHIQUE.**

Pour multiplier les chances de succès, on inhibe la production humorale du follicule dominant, ce qui permet à trois ou quatre follicules d'arriver à maturation. L'échographie permet de visualiser les follicules, d'apprécier la qualité des ovocytes qui se développent à l'intérieur, de repérer le moment précis de leur maturation maximale (juste avant l'éclatement des sacs gonflés), de contrôler et diriger la ponction des follicules et l'aspiration des ovules.

Ces ponctions sont réalisées sous échographie au travers de la vessie, du vagin ou de l'urètre. Ces opérations s'effectuent en deux heures, sans hospitalisation. Elles représentent, par rapport aux méthodes anciennes, une diminution importante du coût et un moindre risque pour la mère.

Des embryons sont obtenus par fécondation *in vitro*, réalisée en laboratoire. Pour augmenter les chances de grossesse, plusieurs de ces embryons sont placés dans l'utérus au moment du cycle le plus favorable à la nidation. Ce moment précis est déterminé grâce à une observation échographique.

ATTENDRE ET VOIR

Les ultrasons ont permis ces réalisations et, de ce fait, réjoui des couples qui se désespéraient de ne pouvoir procréer. Cependant le projet représente souvent un parcours difficile, long, pénible, semé d'espoirs et de déceptions, et dont les résultats sont hasardeux, voire incertains.

En effet, on sait maintenant — et ce fait est peu connu du public — que 20 % seulement des ovules fécondés naturellement aboutissent à une nidation et à la naissance d'un bébé; des règles plus abondantes, retardées ou plus précoces, sont souvent le signe d'échec de nidation ou de « fausses couches » de quelques jours. Le pourcentage actuel de réussite, par moyen artificiel, approche ces chiffres sans les dépasser, et ce en dépit de nombreux essais pratiqués.

Une nouvelle surveillance médicale de la grossesse

Depuis l'apparition de l'échographie, et surtout depuis sa très grande diffusion, rares sont les femmes qui ont enfanté ces dernières années sans concours échographique.

En effet, les gynécologues obstétriciens, conscients de l'importance de l'apport échographique dans la surveillance de la grossesse et du fœtus, tiennent largement à avoir accès aux informations qu'offre ce type d'investigation, lequel a profondément modifié leur pratique.

En moyenne, les mamans passent, accompagnées souvent de leur conjoint ou d'un de leurs proches, trois échographies pendant leur grossesse.

La première échographie est pratiquée généralement à partir de dix-sept ou dix-huit semaines d'aménorrhée pour les grossesses sans problème, ce qui est le cas le plus fréquent (80 %). Il ne s'agit pas de dix-sept ou dix-huit semaines de grossesse, c'est-à-dire comptées à partir de la date présumée de l'ovulation, mais à partir *du premier jour des dernières règles*. Cette façon d'estimer le temps de grossesse

est internationale ; elle tient au fait que le premier jour des dernières règles est facilement identifiable par toutes les femmes et peut, de ce fait, constituer un repère généralisable.

Avant la dix-septième semaine, des échographies peuvent être effectuées en cas de saignements, de douleurs dans le bas-ventre faisant suspecter une menace de fausse couche, ou dans la surveillance des grossesses à risques et de celles dites « précieuses », (lorsque les femmes présentent des antécédents difficiles ou si elles ont suivi des traitements contre la stérilité).

A partir de cinq semaines d'aménorrhée (5 SA), le diagnostic de grossesse est possible. Mais la localisation du sac gestationnel n'est pas assurée. De fausses images utérines peuvent faire passer à côté d'une grossesse extra-utérine, ou faire porter à tort le diagnostic de grossesse gémellaire (jumeaux).

Vers sept à huit semaines d'aménorrhée (7/8 SA) et dans les cas difficiles, l'échographie permet d'affirmer la grossesse, d'étudier la morphologie de l'utérus et de ses annexes. Une localisation basse du placenta près du col pourrait poser des problèmes lors de l'accouchement. On peut aussi, à cette période, diagnostiquer les grossesses extra-utérines ou les œufs clairs (c'est-à-dire vide) qui réclament une intervention, et, également, parer à des menaces d'avortement spontané (fausse couche).

De nombreuses femmes doivent être rassurées : les saignements en début de grossesse sont assez fréquents et souvent sans incidences sur la gestation, ainsi « les petites pertes de sang anniversaires ». Il n'est pas rare, en effet, que des saignements interviennent au cours de la gestation à des périodes particulières et précises, rappelant la date habituelle des règles ou commémorant tel ou tel événement important dans l'histoire personnelle de la femme.

A sept ou huit semaines d'aménorrhée, l'embryon est bien visible dans son œuf qui mesure deux centimètres, et l'on

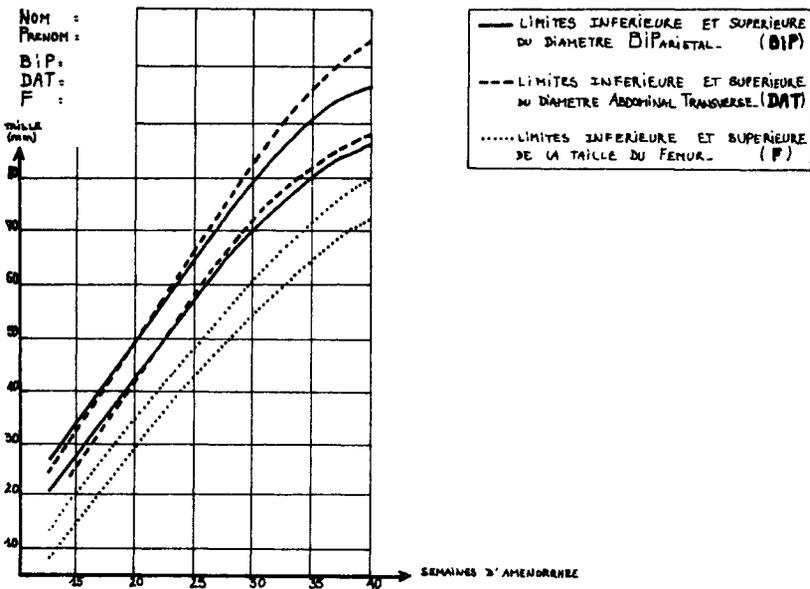
peut déjà voir les battements du cœur. Le diagnostic de grossesse gémellaire est possible, ce qui pose un problème particulier aux échographistes. En effet, on s'est longtemps demandé pourquoi l'être humain ne produisait que rarement des grossesses multiples, contrairement aux autres mammifères. L'échographie a montré que les grossesses multiples n'étaient pas rares, mais que, dans de nombreux cas, un des œufs était très rapidement lysé, c'est-à-dire détruit. L'échographiste doit-il annoncer la présence de jumeaux, expliquer les risques, et ainsi induire dans certains cas, anxiété, attente puis déception ? Doit-il, au contraire, passer cette grossesse gémellaire sous silence, dans l'attente d'une certitude ultérieure ?

La limite légale pour pratiquer des interruptions volontaires de grossesse (IVG) étant fixée à douze semaines d'aménorrhée, un nombre important d'échographies sont indiquées en tout début de grossesse par les obstétriciens sollicités pour pratiquer l'avortement. Ces examens ont pour but de préciser le début de la gestation et de vérifier que l'IVG sera pratiquée dans le cadre prévu par la loi. En effet, le repérage des dernières règles est parfois difficile, en cas de grossesse sous pilule ; et l'examen clinique donne parfois des renseignements imprécis.

L'échographie permet, à partir de la douzième semaine, de déterminer l'âge de la gestation, grâce aux mensurations céphaliques. En effet, à ce moment, tous les embryons humains ont exactement la même taille et les mêmes mensurations et ce, quelles que soient les particularités des parents. Cette donnée générale permet de déterminer à trois jours près la date exacte du début de la grossesse, par la mesure de la longueur cranio-caudale de la tête aux fesses ou du diamètre bipariétal (largeur du crâne).

Aussi, le plus souvent, quand tout va bien, est-il conseillé de passer l'échographie à 17/18 SA. Ce n'est qu'à partir de là que les particularités individuelles des fœtus s'exprimeront. Une étude morphologique précise sera alors faisable,

tous les organes étant en place, même si tous n'ont pas fini leur maturation. Les repères de mensurations seront particulièrement utiles pour suivre la courbe de croissance du fœtus et donner, éventuellement, les recommandations nécessaires aux parents en cas de retard de croissance. (Voir les courbes de mensurations en fonction de l'âge du fœtus.)



COURBES DE MENSURATION EN FONCTION DE L'ÂGE DU FŒTUS.

L'autre avantage de pratiquer la première échographie à cette période 17/18 SA (environ après trois mois et demi de grossesse), est qu'elle permet le diagnostic de malformations majeures (anencéphalie ou spina-bifida importants). C'est aussi à ce moment que sont pratiquées les amniocentèses pour les futures mamans ayant trente-huit ans ou plus. Cet examen consiste, sous contrôle échographique, à ponctionner un peu du liquide dans lequel baigne le fœtus et à faire l'étude du caryotype, ou analyse des chromosomes, grâce

ATTENDRE ET VOIR

aux cellules recueillies, pour éliminer le diagnostic de mongolisme. Ce contrôle est en général fortement conseillé aux femmes enceintes à partir de cet âge, car le risque d'anomalie génétique (2 %) est égal, ou supérieur, au risque même que peut représenter la ponction amniotique.

La première échographie est la plus appréciée par les parents qui découvrent leur futur enfant, entier, remuant, dont le cœur bat et qui ressemble déjà à un petit bébé en miniature. Lors de cette première rencontre, les parents écoutent avec beaucoup d'attention les commentaires de l'échographiste.

Celui-ci apprécie la bonne implantation du placenta, partie vivante très importante de l'œuf, qui sert à la communication et à l'échange avec la mère, et qui est relié au fœtus par le cordon ombilical. Il passe également en revue, en les décrivant, les différentes parties du corps fœtal : la tête, les membres, le cœur, ainsi que les organes sensoriels en cours de maturation. C'est vers cette époque que le fœtus commence à ouvrir et fermer les yeux.

La deuxième échographie, souvent pratiquée autour de la vingt-cinquième semaine d'aménorrhée, ainsi que la troisième passée généralement entre les 30 et 35 SA (c'est-à-dire vers sept mois et demi/huit mois) sont parfois moins prisées par les parents, qui ressentent moins d'enthousiasme et d'émotion qu'à la première : d'une part il n'y a plus l'effet de surprise, d'autre part les dimensions du fœtus n'autorisent pas une image de lui au complet, ce qui déçoit et parfois inquiète les parents qui, découvrant leur bébé partie par partie, ont du mal à se le représenter en entier.

Lors de la deuxième échographie, outre les mesures habituelles sur la croissance du fœtus par la prise de ses mensurations, une exploration détaillée et précise peut être effectuée. Pour donner un ordre d'idées, les doigts et les orteils du fœtus peuvent être comptés un à un. Autant dire qu'il est dès lors, avec un bon appareillage, relativement aisé

d'identifier le sexe du fœtus, une anomalie ou une malformation même mineures (pied-bot, bec-de-lièvre, etc.)

Les différents organes sont passés en revue. Certains dysfonctionnements, anomalies, et maladies détectés permettent la mise en route d'un traitement in utero dans le cas de maladie cardiaque, ou de prévoir un traitement antibiotique à la naissance en cas de malformation urinaire ou rénale; ce qui évitera la lésion du rein par infection et préparera dans les meilleures conditions l'intervention chirurgicale réparatrice.

Des opérations in utero ont été pratiquées, dans de rares cas, lorsque les risques chirurgicaux d'ouverture de l'œuf paraissaient moins grands que l'abstention thérapeutique.

Enfin, des exsanguino-transfusions ont pu être pratiquées sur des fœtus montrant des signes de souffrance liés à des incompatibilités rhésus entre eux et leurs mères.

Tous ces détails médicaux pourraient paraître superflus dans un livre qui se veut accessible à tous, mais, quitte à lasser le lecteur, il nous a semblé important d'attirer son attention sur le fait que le fœtus, à peine découvert et connu dans ses qualités et compétences grâce à l'échographie, a déjà *un statut de patient* comme tout être humain. Ceci n'est pas banal et mérite réflexion!

La troisième échographie trouve essentiellement son intérêt, en dehors des recherches habituelles, dans l'évaluation des conditions d'accouchement. L'étude de la taille du fœtus, comparée aux caractéristiques particulières du bassin de la mère, conduit parfois à prévoir une césarienne, ou un accouchement avant terme afin d'éviter une souffrance fœtale ou de mettre en danger la santé de la parturiente.

Certaines situations à risque nécessitent une surveillance médicale attentive et des contrôles échographiques fréquents en fin de grossesse pour choisir le moment optimum de l'accouchement : par exemple, en face d'une maladie de la mère, diabète, problèmes rénaux, ou hypertension artérielle en cours de grossesse (maladie conjoncturelle fré-

ATTENDRE ET VOIR

quente retrouvée chez 10 % des femmes enceintes), ou encore en cas de grossesse gémellaire.

Nous évoquerons enfin une situation particulière et exceptionnelle. C'est le problème des grossesses multiples (trois, quatre, cinq fœtus) provoquées par la fécondation artificielle *in vitro* (« fivette »). Pour multiplier les chances de voir une grossesse se mettre en route, plusieurs embryons sont donc placés dans l'utérus. Il arrive que plusieurs d'entre eux s'implantent et se développent. Pour assurer le maximum de chances d'obtenir des naissances à terme et dans des conditions favorables, il est « nécessaire » d'effectuer sous échographie ce qu'on nomme pudiquement « une réduction embryonnaire », c'est-à-dire l'élimination d'un ou deux fœtus, par injection intracardiaque.

Les échographistes obstétriciens, qui se sont battus aux côtés des parents pour faire vivre des enfants, et alors qu'enfin le couple demandeur réalise son projet, se retrouvent désespérés face à ces situations de « nécessité » en contradiction avec l'éthique qui a conduit leur action jusqu'à ce moment-là...

Comment l'observation du fœtus nous a aidés à voir autrement les bébés !

La fenêtre ouverte sur l'intérieur du ventre de la mère et le nid du petit de l'homme a permis la découverte d'un être vivant jusque-là inconnu et ignoré dans ses possibilités : le fœtus.

Resté pendant des millénaires à l'abri des regards, il faisait l'objet de fantasmes, de croyances ou de mythes dans diverses cultures qui tentaient d'approcher sa réalité ou, du moins, d'intégrer cet inconnu dans le champ cohérent de la pensée et des croyances religieuses. En Occident, et en France en particulier, on parlait, il n'y a pas si longtemps, de « petit ange ». Cette vie en développement était représen-

tée comme totalement dépendante de celle de la mère. Les femmes parlaient de la « chair de leur chair », disaient, avec insistance, qu'elles « faisaient » ou fabriquaient les bébés dans leur ventre et qu'elles avaient l'entière responsabilité de ce façonnement, de ce modelage. Le grand jour était celui de l'accouchement, de la délivrance : la naissance était vécue comme le début de la vie du petit homme, qui devait « commencer » son développement, éveiller les organes de ses sens jusque-là inaptes à leurs fonctions. En somme, apprendre tout à partir de ce jour.

Ces idées étaient validées par l'autorité médicale qui affirmait que le nouveau-né, et donc à plus forte raison le fœtus, ne voyait pas, n'entendait pas et n'était pas capable de communiquer. Les mères, du fait de leur expérience, ne ressentaient pas les choses aussi clairement et avaient l'intuition que ces nouveau-nés ne se réduisaient pas à un tube digestif. Les bébés, quant à eux, se conformaient à l'image qu'on se faisait d'eux ; après plusieurs tentatives infructueuses d'émettre des messages et de communiquer, ils limitaient le plus souvent leurs possibilités et leur expression à celles qui étaient acceptées, entendues par leur entourage, et donc efficaces...

L'observation aisée de ce petit être dans son œuf, de ses réactions, de ses possibilités, la découverte des multiples processus qui organisent la formidable force de vie par laquelle la première cellule va prendre en charge son cheminement pendant neuf mois, ont remis en question de façon brutale et radicale toutes ces données. Cette révolution considérable nous oblige à penser la vie et la procréation de façon différente. Nous verrons les changements qu'elle a entraînés chez les nouveaux parents.

Mais, pour l'instant, examinons ce nouveau venu : qui est-il ? De quoi est-il capable ?

Les médias s'intéressent aux parents et aux bébés, comme en témoignent les nombreuses émissions télévisées qui ont largement traité ce sujet : nous rappellerons, simplement,

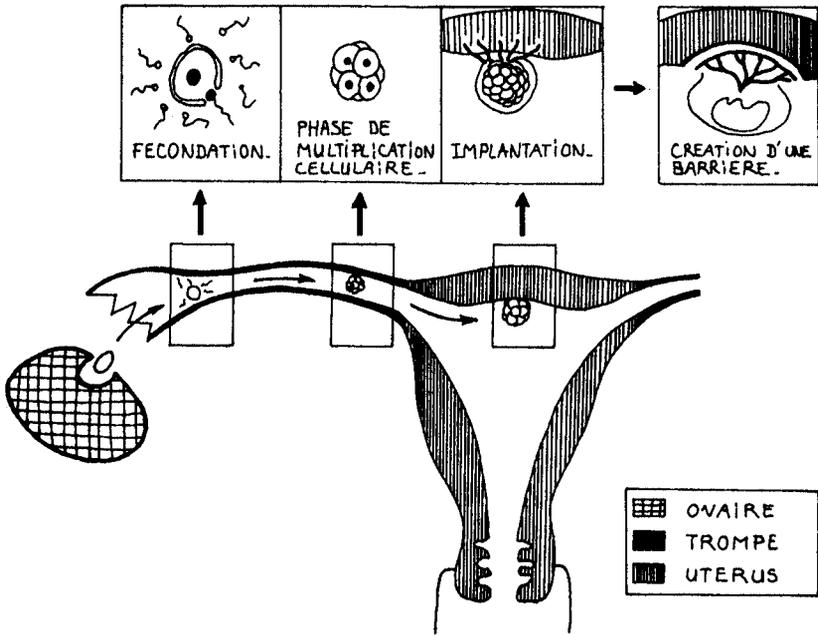
ATTENDRE ET VOIR

un certain nombre d'éléments utiles à la compréhension de la profonde mutation idéologique à laquelle nous assistons.

Tout d'abord, pour juger de la force de vie concentrée dans la première cellule, reprenons quelques éléments fascinants de notre pré-histoire.

L'ovule, ou graine maternelle, vient d'être libéré de son sac (follicule de De Graaf). Arrivé à maturation, il est aspiré par une des trompes maternelles. C'est au cours de son cheminement dans la trompe que se fait la rencontre avec des millions de spermatozoïdes¹ qui viennent se coller à sa paroi : l'ovule diffuse une sécrétion d'antifertilisine afin d'éviter l'invasion par ces nombreux prétendants qui, eux, diffusent une sécrétion de fertilisine visant à ouvrir une brèche. Puis, lorsqu'un point d'équilibre humoral est atteint, un seul de ces spermatozoïdes est admis à entrer dans l'ovule. Il se produit alors un bouleversement interne très important, avec mixage du bagage génétique représentant le potentiel des deux lignées, maternelle et paternelle. Cette combinaison particulière constitue la première cellule, unique en son genre, qui aboutira à la naissance du petit bébé, unique au monde, avec ses caractéristiques propres. Tout en continuant son chemin dans la trompe, cette cellule se divise en deux, puis en quatre, puis en un amas de cellules, à partir de son potentiel énergétique. Au bout de six à sept jours, cet ensemble de cellules qui commence à s'organiser arrive dans l'utérus, s'enfonce dans la paroi et développe des ramifications, comme des racines qui s'implantent dans l'utérus.

1. Si la fécondation se fait par un spermatozoïde X, le futur bébé sera une fille ; par un spermatozoïde Y, un garçon.



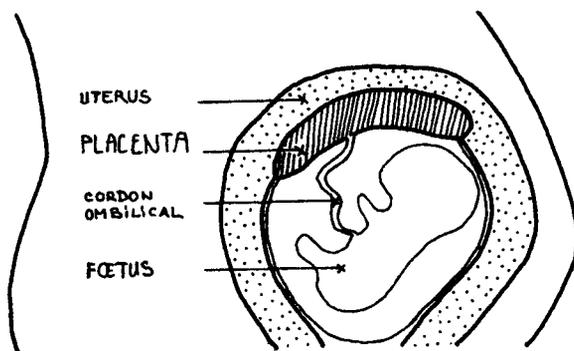
PREMIÈRES ÉTAPES DU CHEMINEMENT D'UNE VIE.

Cette première rencontre entre une vie en germe et la vie de la future mère, nécessite biologiquement de la part de celle-ci des mécanismes de protection : une, puis deux barrières se mettent en place dans l'épaisseur de l'utérus afin d'éviter l'invasion des ramifications proliférantes de l'œuf, qui présentent un fort potentiel agressif et destructif. Une fois l'implantation limitée et l'extension, on pourrait presque dire, négociée, l'œuf commence à s'organiser ; ceci explique que le diagnostic de grossesse puisse se faire à partir de cinq semaines d'aménorrhée, c'est-à-dire deux à trois semaines après la fécondation.

Un organe de transmission, de communication, de protection et d'échange apparaît entre l'œuf et l'utérus, soit la mère ; arrivé à maturation, cet organe, qu'on appelle *placenta*, délimite une zone de libre-échange, neutre, qui n'appartient ni à l'un ni à l'autre, et exclut tout contact direct entre eux.

ATTENDRE ET VOIR

La spécificité de chacune de ces deux vies uniques est maintenue et respectée grâce à cet organe. Cette frontière, perméable dans les deux sens, autorise un échange, tout en sauvegardant l'intégrité et la particularité de chacun¹.



ZONE D'ÉCHANGE : LE PLACENTA.

La mise en œuvre de cette vie induit parallèlement, à l'intérieur de l'œuf, la constitution d'un amas cellulaire qui se différencie et se développe en suivant une programmation harmonieuse, sous forme d'un fœtus avec ses différents organes.

Nous en resterons là, de cette pré-histoire qui prête à rêver, et, par anticipation, fait réfléchir sur les relations (contact, affection et affrontement) qui s'établissent après la naissance entre les différents êtres humains formant une famille. La vie de la mère et celle du futur bébé sont donc dès le départ autonomes l'une de l'autre, mais aussi interdépendantes, de par l'attachement et les échanges biologiques nécessaires à la croissance de cette nouvelle vie. La

1. Comme on sait, des échanges directs peuvent s'avérer préjudiciables pour la santé de l'un ou de l'autre : c'est le cas notamment des incompatibilités de groupes sanguins, qui fournissent une illustration frappante des particularités individuelles.

naissance n'est donc plus, comme on la considérait, un événement brutal donnant la vie à un être, mais un temps d'une vie qui a débuté bien avant le premier cri.

A quoi le nouveau venu est-il sensible et à partir de quand ?

Nous tracerons brièvement l'état actuel des connaissances ainsi que les expériences qui les ont validées. Contrairement à des idées reçues, diffusées notamment par les promoteurs des « tanks », ou caissons d'isolation sensorielle, proposant de revivre l'expérience prénatale, le fœtus ne vit pas dans une bulle, isolé du monde extérieur qui l'entoure, même si les différentes stimulations sensorielles qu'il perçoit sont filtrées.

La vision

On sait que, quelques minutes après la naissance, le nouveau-né voit autour de lui ; son accommodation maximale est à vingt centimètres, ce qui correspond à la distance moyenne des yeux de la mère à ceux du bébé quand il prend le sein.

Les femmes connaissent bien la qualité de cet échange de regards pendant la tétée. Le nourrisson de quelques jours est capable de suivre un objet. Entre plusieurs objets ou formes qui lui sont présentés, il suivra plus volontiers les visages humains, même représentés sur une image. Dès le quatrième mois, il ouvre et ferme les yeux, mais le développement du système nerveux montre que c'est vers le sixième mois que son œil est capable de voir. Dans l'espace clos et sombre où il se trouve, il ne peut distinguer grand-chose, si ce ne sont peut-être ses doigts et ses mains, généralement placés près de son visage.

L'utérus et la paroi abdominale de la mère l'isolent et le protègent des rayons lumineux, mais si, par exemple, sa mère se fait bronzer au soleil, il doit sans doute percevoir

ATTENDRE ET VOIR

des ombres et une lumière rouge tamisée par les tissus maternels.

L'audition

L'appareil acoustique arrive à maturation vers le cinquième mois de la grossesse. D'après des travaux anciens, confirmés depuis, le fœtus est sensible et réagit aux sons graves, d'une certaine intensité. En effet, les messages sonores qu'il perçoit sont filtrés par la paroi abdominale, l'utérus de la mère, et le milieu aquatique dans lequel il vit.

Sous échographie, on peut le voir réagir, bouger et on notera une accélération des battements du cœur lors de certaines stimulations sonores, que sa mère, munie d'un casque isolant, ne peut entendre.

De nombreuses expériences ont montré qu'il se calme systématiquement à l'audition d'une musique appréciée par sa mère. Encore faut-il que cette musique soit tolérable et ne le dérange pas.

Solange, vingt-huit ans, évoque l'expérience suivante : « J'étais sortie danser dans une boîte avec des amis. Dès que je suis entrée dans la salle, la musique m'a semblé très forte. Moi, je supportais bien, mais lui, il a commencé à s'agiter. Au bout d'un moment, j'ai dû partir, il ne supportait absolument pas et faisait un ramdam du diable, il s'est d'ailleurs calmé lorsque je suis sortie. »

Des expériences récentes ont, par ailleurs, mis en évidence que les bébés reconnaissent à la naissance la voix de leur mère : si l'on fait appeler le bébé quelques minutes après l'accouchement par quatre ou cinq mamans, il dirige son attention préférentiellement à l'appel de sa mère.

La mémorisation auditive du fœtus a été également prouvée en lui faisant écouter de façon répétitive une phrase particulière ; à sa naissance, lorsqu'on lui fait réentendre cette phrase, il se calme et se montre attentif ; mieux, si on donne la possibilité au bébé de choisir par son rythme de suçion

entre cette phrase et une phrase inconnue, il fera en sorte de réécouter cette première phrase.

Indépendamment de ses expériences, il est évident que le fœtus n'est pas isolé de son environnement, riche en sons et bruits : tout d'abord, il perçoit les bruits du cœur de la mère et particulièrement des gros vaisseaux comme l'aorte qui passe à proximité, les bruits intestinaux, les conversations, bruits ménagers, brouhaha de la rue, etc. Sa capacité d'adaptation acoustique est déjà très développée. On s'est aperçu que les nouveau-nés qui avaient vécu toute leur gestation près d'un aéroport n'étaient guère gênés par le bruit des avions, alors que ceux qui s'étaient retrouvés dans un tel environnement après leur naissance ou peu avant celle-ci, en étaient fortement perturbés...

Le goût et l'odorat

C'est vers le troisième ou quatrième mois de la vie intra-utérine que l'appareil gustatif et le nez sont présents et fonctionnels.

Très tôt, le fœtus avale (comme on peut le voir sur l'écran échographique) le liquide amniotique, et ce tout au long de la grossesse. Ce liquide est renouvelé intégralement toutes les trois heures, et selon plusieurs mécanismes, à partir du sang de la mère. En fin de grossesse, les échanges entre la mère et le fœtus atteignent dix à douze litres par jour. Un certain nombre d'éléments aromatiques, en rapport avec l'alimentation de la mère, passent dans le sang de celle-ci et sont transmis au fœtus au travers du placenta et du liquide amniotique.

Ainsi, précocement, le fœtus développe son goût et son odorat qui sont, à la naissance, ses organes les plus performants et les plus actifs... Il n'y a qu'à voir la grimace que font les tout jeunes bébés lorsqu'on leur fait ingérer des liquides amers ou acides... C'est à l'aide de son odorat très développé que le nouveau-né, posé sur le ventre de sa mère, se dirige vers le sein juste après la naissance... Une objec-

tion peut être formulée : « Comment peut-on parler d'odorat, dans un milieu liquidien ? » De fait, on lie souvent l'odorat aux odeurs propagées par l'air et auxquelles l'enfant ne sera sensible qu'à sa naissance. Mais il est une forme d'odorat, bien connue des amateurs de bons vins, appelée flaveur (traduction française du terme anglais *flavor*). Il s'agit du mélange goût-odorat, auquel sont sensibles le fond du palais et la partie postérieure des fosses nasales : les émanations des produits ingérés stimulent, de l'intérieur, les fosses nasales. Les gourmets savent que le rhume enlève la moitié de leur goût aux aliments.

La fonction d'équilibration

L'oreille interne est un organe des sens souvent ignoré et pourtant aussi essentiel que l'œil, le nez ou l'oreille externe ; sa partie postérieure assure les fonctions d'équilibration, d'orientation, et participe à la coordination des mouvements. La maturation de cet organe (le vestibule) se fait à partir du cinquième mois. C'est d'ailleurs à partir de cette époque que le fœtus commence à se déplacer en poussant avec les pieds. La maman le retrouve tantôt en haut, tantôt en bas, ou faisant des cabrioles. C'est aussi à cette période que le fœtus devient sensible aux déplacements et mouvements de sa mère ainsi qu'à sa position dans l'espace. Ces diverses stimulations sont importantes pour lui, pour son développement moteur, tant dans sa vie intra-utérine qu'après sa naissance.

La sensibilité cutanée

La peau, organe du toucher, est le premier-né de nos organes sensoriels. Vers sept à huit semaines de vie, alors que l'embryon n'a encore développé aucun de ses autres organes sensoriels, on le voit réagir vivement en cherchant à s'éloigner si on touche la région de son nez. La peau est l'organe sensoriel le plus étendu, qui a une fonction essentielle de réaction instinctive et immédiate. Pendant les der-

niers mois de la grossesse, les contractions sont ressenties comme une vague de caresses ou comme un massage, par toutes les parties du corps en contact avec l'utérus : c'est-à-dire le dos, des fesses aux épaules, et la tête.

Dans certaines cultures africaines et indiennes, les nouveau-nés sont massés intégralement et régulièrement. Ces pratiques, qui se répandent en France, posent comme principe que pour se sentir bien dans sa peau, il faut d'abord bien sentir sa peau. Certains préconisent des techniques corporelles pour entrer en contact avec le fœtus et communiquer avec lui. N'est-ce pas aller trop loin et techniciser une relation intime et affective que chacun doit pouvoir développer à sa façon ?

Autres compétences

Grâce à l'échographie, un certain nombre de comportements du fœtus jusque-là ignorés ont été mis en lumière.

Il boit, déglutit, digère, a parfois le hoquet, suce son pouce. Cette autostimulation précieuse, quand il l'a trouvée, le calme, entre les périodes qu'il ressent comme agréables ou désagréables.

On a constaté qu'à l'approche du terme le fœtus faisait des mouvements respiratoires pour se préparer à la naissance. Dans les derniers mois de la gestation, il commence à établir un rythme relativement régulier, alternant des phases d'éveil et de sommeil avec des périodes de rêves. Nous savons que les premiers rythmes de l'activité cérébrale sont enregistrables à partir de 24 SA. Il semble que le fœtus soit alors plongé dans un état comparable à un long sommeil paradoxal, phase de rêves chez l'humain. En fin de grossesse, à partir de la 32^e SA, le fœtus ne passe plus que 85 % de son temps d'endormissement à « rêver ». Cette proportion s'amenuise jusqu'à la naissance et au-delà... A la naissance, les phases de sommeil lent et agité, ou de rêves, sont équilibrées, 50 % du temps total...

Le temps important consacré à dormir et à rêver lui est

indispensable pour intégrer les nombreuses informations que reçoit son cerveau en développement ; elles sont liées à des changements internes considérables, et aux multiples stimulations et messages qui lui arrivent de l'environnement. Ce rythme d'éveil et d'endormissement est souvent repéré par les futures mamans qui retrouvent, après la naissance, les heures de sommeil que connaissait le fœtus pendant la grossesse.

La sensorialité propre au fœtus ne doit cependant pas faire oublier qu'elle lui vient essentiellement par voie humorale par l'intermédiaire de la mère, de son corps, de ses réactions, impressions, émotions, stress, et vécu.

Ces connaissances peuvent amener à considérer que les conditions de stimulation pour le fœtus et de confort psychologique matériel et moral pour la mère, sont peut-être plus importantes que celles qui sont privilégiées après la naissance.

Pourtant, il n'est pas rare d'entendre : « Je n'ai pas le temps de penser à moi pour l'instant, je me reposerai et m'occuperai du bébé une fois qu'il sera là : maintenant je dois m'occuper de la maison, de mon mari et de mes enfants qui me réclament beaucoup... »

Les mères se demandent quels souvenirs a le bébé de sa vie intra-utérine. Nous avons vu les traces sensorielles, mémorielles qui pouvaient être induites. L'expérience montre que les humains, et les enfants particulièrement, élaborent une conscience corporelle et intuitive des événements de leur vie intra-utérine, ainsi que des traces psychiques qu'ils ont pu enregistrer pendant cette période.

C'est parfois au travers de dessins que s'exprime cette mémoire ; certains dessins de très jeunes enfants ressemblant à s'y méprendre aux différentes phases de la vie intra-utérine.

Dans notre pratique, nous avons toujours été étonnés de ce que des jeunes enfants révèlent, sous forme de symptômes, des tensions ou non-dits relatifs à des événements fami-

liaux importants (décès, accidents) survenus pendant la période prénatale.

La prise en compte de ces événements, et la possibilité qu'ils soient évoqués devant l'enfant par les parents, entraînent le plus souvent la disparition de ces symptômes, une fois que sont mises en mots les émotions et tensions. Cela témoigne du lien symbolique existant dès la grossesse entre le fœtus et son entourage. Il est « présent » au carrefour de ses lignées fondatrices.

Le voile levé par l'échographie obstétricale sur la période de la vie précédant la naissance a fait découvrir toutes les potentialités déjà présentes chez le fœtus, qui s'exprimeront ensuite chez le nouveau-né.

Ces découvertes éclairent de façon nouvelle le bébé, ses compétences, sa force de vie et la richesse relationnelle qu'il développe avec son entourage.

On mesure encore mal aujourd'hui la portée d'une telle révolution... On a ainsi vu apparaître récemment de nouvelles disciplines comme la psychiatrie du nourrisson ; on sait que toutes les données nouvelles sur le bébé engendrées par la connaissance du fœtus ont remis en question bien des modèles théoriques sur lesquels s'appuyaient jusqu'alors les sciences humaines.

Il est vraisemblable qu'au moment où ce livre paraîtra, de nouvelles connaissances viendront encore bousculer les idées reçues, tant en obstétrique que dans d'autres domaines...

La levée du voile a ouvert un champ. L'aventure est loin d'être achevée, et les équipes d'explorateurs ne cessent de se multiplier.

III

L'échographie obstétricale : mode d'emploi

Où se pratiquent les échographies obstétricales ?

50 % des accouchements sont réalisés en clinique privée.

L'échographie, quant à elle, est pratiquée pour une grande part en dehors des milieux hospitaliers. L'utilisation des ultrasons se développe de façon importante dans le privé et plus de la moitié des actes y sont effectués. Ceci est valable pour l'ensemble des examens d'échographie dans tout le champ de la médecine (cardiologie, urologie, neurologie, et bien sûr pour le suivi de la grossesse).

L'intérêt et l'expansion du matériel échographique en clientèle privée tiennent à deux facteurs très compréhensibles :

— d'une part, l'usage des ultrasons apporte immédiatement des renseignements très précieux sur le plan diagnostique et thérapeutique,

— d'autre part, l'investissement du matériel est relativement peu important (trois cent à sept cent mille francs) pour un amortissement rapide, du fait de la multiplication des actes.

C'est entre la pratique libérale et la pratique institutionnelle (cliniques et hôpitaux) que l'on note les plus grandes différences, qui sont essentiellement formelles; le type d'appareil et les modalités de l'examen proprement dit, sont, à peu de chose près, les mêmes.

ATTENDRE ET VOIR

En effet, pour des raisons d'espace, de mètres carrés, les établissements hospitaliers ont dû « repousser » les murs afin de faire un peu de place à ce secteur nouveau venu, qui n'a pas accédé au statut de département (bien que disputé entre plusieurs spécialités).

De ce fait, les conditions de confort et d'esthétique laissent souvent à désirer : fréquemment, des pièces de débar-ras ou d'archives exigües sont récupérées de haute lutte pour installer l'équipement et pratiquer des échographies. Cette situation particulière de « parent pauvre », les conditions matérielles et affectives font parfois penser aux images d'Épinal représentant la crèche et les circonstances de la naissance du Christ. En effet, le décalage est frappant entre la modestie des lieux et l'importance de l'événement.

De fait, les conditions souvent précaires offertes aux futurs parents n'enlèvent rien à l'émerveillement qu'ils ressentent en découvrant leur bébé qui bouge sur l'écran, comme si ce contraste donnait un relief et une valeur accrue à ce qui se passe sous leurs yeux et les fascine.

En pratique libérale, au contraire, l'accent est mis sur le confort : le cabinet dispose souvent, non seulement d'une salle d'attente agréable, mais aussi d'un espace suffisant dans la pièce d'examen. Les jeunes enfants qui accompagnent leur maman peuvent y trouver un coin de jeux, de repos, et les accompagnateurs adultes y jouissent de davantage de place pour assister à l'événement.

Un « plus » est apporté par certains cabinets équipés de matériel vidéo. Les futurs parents peuvent obtenir, moyennant une contribution financière, l'enregistrement de ce qu'ils ont vu. Ces bandes vidéo sont particulièrement prisées par certains, qui se repasseront en famille le film de leur « bébé » : façon comme une autre de ne pas le perdre de vue et de s'aider à patienter. Ce document filmé représente le tout nouveau complément du cliché polaroid, souvent réclamé lors de la première échographie, et qui inaugure l'album photo du futur bébé.

Par qui sont-elles réalisées ?

Cette question est délicate et complexe. Comme dans beaucoup de secteurs nouveaux, la pratique et la formation des techniciens sont au début empiriques ; c'est l'expérience qui donne la compétence.

A l'arrivée des premiers appareils, de nombreux gynécologues obstétriciens se sont formés seuls ; d'autres, au contact des sages-femmes travaillant en maternité. En effet, spécialisées, de grande expérience et en partie responsables du fonctionnement des services de maternité, elles ont été parmi les premières à se servir de ces appareils et ont fait bénéficier de leur acquis nombre de praticiens.

Assez rapidement, les radiologues, qui avaient jusqu'alors une sorte d'exclusivité sur tout ce qui touchait à l'imagerie médicale, se sont intéressés à cette innovation et ont réclamé la reconnaissance de leur compétence dans ce secteur.

Les gynécologues obstétriciens, quant à eux, ne tenaient pas à ce que l'utilisation des ultrasons dans la surveillance de la grossesse ou l'établissement des diagnostics échappe à leur spécialité et à leur compétence.

Les choses sont particulièrement compliquées, car l'utilisation de l'échographie est extrêmement étendue et réclame une formation, un savoir très approfondi dans le domaine médical concerné.

Ainsi, simplement pour la surveillance de la grossesse, l'échographiste doit avoir des connaissances très précises en gynéco-obstétrique, en anatomie, mais aussi en pédiatrie, en cardiologie, en urologie... et en chirurgie pédiatrique.

La surveillance de la grossesse implique l'exploration de l'utérus et des annexes, mais également de la morphologie du fœtus, de ses organes, afin de pouvoir dépister les moindres anomalies ou malformations (cardiaque, urinaire, etc.) et envisager le cas échéant les mesures préventives, théra-

peutiques ou chirurgicales (réparatrices) adéquates. Dans les cas difficiles, une concertation pluridisciplinaire s'impose.

Depuis 1979, un C.E.S. (Certificat d'enseignement spécialisé) d'échographie s'est mis en place dans quelques C.H.U. (Centre hospitalier universitaire). Les premiers lauréats ont été diplômés en 1981. Les radiologues, dont la formation comprend maintenant l'échographie, obtiennent en fin d'études un diplôme de radiologie et d'échographie.

La jurisprudence, par un jugement rendu dernièrement, a établi que les sages-femmes, pionnières dans ce secteur, seraient habilitées à pratiquer des échographies.

Premiers repérages :
« Comment ça se passe » ?

La salle d'échographie comprend¹ : un appareil d'ultrasons relié à une sonde émettrice réceptrice, une table gynécologique pour la femme enceinte, des chaises pour les accompagnateurs.

Enfin, de plus en plus fréquemment, un écran de contrôle supplémentaire est disposé en face de la future maman, tout près du lit. Il permet de regarder plus aisément les mêmes images que l'opérateur¹.

Le plus souvent, le médecin généraliste ou accoucheur qui suit la femme enceinte pendant sa grossesse n'est pas celui qui pratique les échographies. D'ailleurs, même quand il s'agit du même praticien, les examens sont bien distincts ; une vérification échographique rapide et sommaire, qui vient ponctuer certaines visites, n'exclut en aucun cas le temps de l'exploration échographique ; cet examen complet d'envi-

1. Voir photos.

ron vingt minutes, pratiqué dans la salle d'échographie, est exclusivement consacré aux différentes mesures du fœtus.

Le temps passé dans la salle d'attente est assez singulier. La rencontre avec d'autres femmes enceintes pourrait donner lieu à des échanges, des discussions. En réalité, les personnes qui attendent sont généralement dans un état de tension pénible. En effet, aux sentiments bien compréhensibles d'appréhension et d'inquiétude, devant cet examen vécu souvent comme une épreuve de vérité, se mêle la sensation désagréable et très inconfortable, surtout en fin de grossesse, de se retenir d'uriner. La recommandation, généralement bien suivie, de venir au rendez-vous la vessie pleine, présente un double intérêt pour la qualité technique de l'examen :

— La vessie pleine repousse les anses intestinales, qui viendraient, sans cela, se superposer et donc surcharger les images recherchées ; un risque d'erreur serait alors possible.

— Le liquide qui remplit la vessie en s'interposant entre les parois de l'abdomen et de l'utérus limite les interfaces, c'est-à-dire les obstacles à la pénétration des ultrasons, donc le nombre d'échos inutiles.

A son entrée dans la salle, la parturiente est invitée à prendre place sur le lit d'examen, ou sur la chaise face au bureau, pour une prise de contact et le recueil des informations nécessaires. Puis, elle s'allonge sur le lit, relève ses vêtements pour dégager largement la surface de son ventre. En effet, il n'est pas nécessaire de se déshabiller : seul l'abdomen, lieu de l'examen, doit être dénudé. Celui-ci est enduit d'un gel colloïde que l'échographiste étale soigneusement. Ce gel a techniquement la même utilité que la vessie pleine : il diminue les traces d'air entre la peau et la sonde qui gêneraient la pénétration des ultrasons. Il améliore notablement la qualité de l'image. Ensuite, l'opérateur, avec sa main droite, pose la sonde sur le ventre dénudé, et balaie sa surface afin d'explorer et de visualiser sur l'écran les organes de la mère et du fœtus qui se trouvent en profondeur.

ATTENDRE ET VOIR



Des images apparaissent alors sur l'écran, images expliquées par le commentaire qu'en donne l'opérateur, qui est dans une situation tout à fait comparable à celle d'un explorateur qui fait un reportage en direct du « centre de la mère ».

Auparavant, il a effectué un premier repérage silencieux : ce temps de silence, variable selon les échographistes, est parfois mal vécu par les futurs parents qui se sentent comme « laissés en plan » devant l'écran et désarmés devant les images. *Ce mutisme apparent n'a aucune signification négative*; le médecin, tout simplement, a besoin d'un temps d'adaptation et d'exploration préalable; ce n'est qu'ensuite qu'il décrit ce qu'il fait, ce qu'il voit, ce qu'il cherche. Il doit commenter « à chaud » des images très investies affectivement, susceptibles d'être mal comprises ou mal interprétées. Les personnes qui assistent à l'échographie suivent ses propos sur l'écran, demandent des explications, posent des questions, la plupart du temps sans détourner les yeux des images qu'elles reçoivent.

Ce n'est bien souvent que lorsque l'opérateur s'arrête de parler qu'elles « lâchent » l'écran des yeux pour essayer de lire les informations non exprimées sur son visage, et y trouver une réassurance. Ceci réclame de sa part une sensibilité attentive. La qualité de la relation est donc un élément, tout à fait important de la consultation. La durée des séances est variable : de vingt minutes à une demi-heure en

moyenne. Elle peut se limiter parfois à cinq minutes, ou se poursuivre au-delà de trois quarts d'heure.

Qui assiste à l'échographie ?

La grande majorité des femmes enceintes viennent seules aux consultations médicales qui jalonnent la surveillance de la grossesse. Par contre, lors des échographies, elles sont très fréquemment accompagnées.

A ce stade, semble-t-il, sont impliquées non seulement la mère mais toute la famille. Contrairement à ce qui se passe pour les autres actes médicaux, les médecins acceptent et tolèrent cette présence, ce qui pose parfois des problèmes, si celle-ci est nombreuse et si elle comprend de jeunes enfants.

Leur travail technique devient difficile et l'ambiance émotionnelle délicate à contrôler. Un coin aménagé pour les enfants améliore notablement les conditions de l'examen et le confort de chacun.

Parmi les personnes qui assistent aux échographies, on retrouve le plus fréquemment les futurs pères. Dans bien des cas, les femmes s'arrangent pour que leur conjoint soit libre. Ou bien ce sont eux qui insistent pour être présents, ce qui étonne parfois leur compagne. Cécile, vingt-cinq ans : « Mon mari a tenu à prendre le rendez-vous avec moi ; ça m'a surprise, on n'en avait jamais parlé avant, je ne comprenais pas pourquoi il voulait venir ; pourtant, pour lui, c'était évident, c'était sa place, un point c'est tout ! »

Les papas qui s'installent, soit derrière l'échographiste, comme pour mieux surveiller ce qui se passe, ou à côté de leur compagne, participent activement à la consultation. Ce sont eux qui posent le plus de questions, sur le bébé, sur ses mesures, son développement, son sexe, etc., et demandent souvent des explications techniques sur le fonctionnement de l'appareil.

ATTENDRE ET VOIR

En dehors d'eux, les femmes sont majoritaires, qu'il s'agisse de la mère de la parturiente, de sa sœur, ou d'une amie. Pour chacune, c'est l'occasion de revivre le souvenir d'une grossesse ou d'anticiper une gestation à venir.

L'éclairage

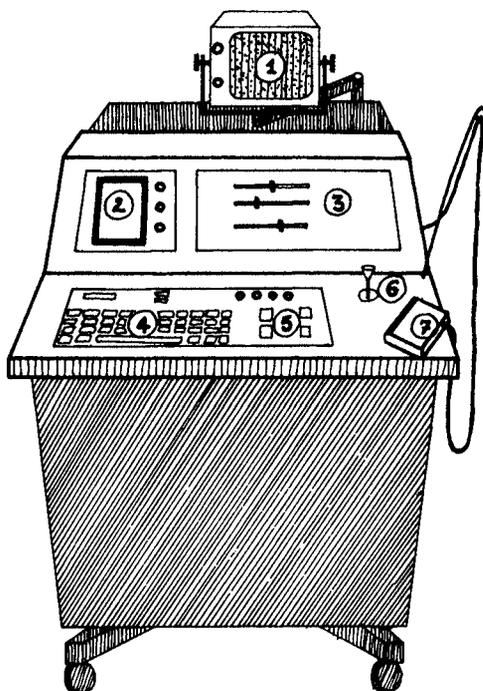
Les amateurs de photos ou de films savent l'importance de l'éclairage pour obtenir de bonnes prises. Pour l'analyse des images échographiques, il en va de même ; la lumière d'ambiance doit être compatible avec une bonne visibilité. Ainsi, quand l'échographiste travaille sur fond noir, comme c'est souvent le cas, la pénombre convient tout à fait ; quand il travaille sur fond blanc, la lumière moyenne du jour n'est pas gênante. Les échographistes apportent une attention particulière à ce point : un mauvais choix d'intensité ambiante peut faire perdre jusqu'à 50 % des informations, donc être source d'erreur.

Chacun sait, quand il regarde la télévision dans la journée sans tirer les rideaux, que l'image est moins bonne et que les détails sont difficiles à percevoir.

Cet instrument très sophistiqué ressemble grossièrement à un vaisselier. De la hauteur d'un homme, il a la largeur d'un petit bureau. Il comprend un écran de télévision, appelé aussi moniteur, produisant des images de huit à dix centimètres de large. Sous l'écran, on trouve un panneau avec des tirettes permettant de régler la qualité de l'image (intensité, luminosité, brillance).

L'appareil à ultrasons

- 1 MONITEUR (ÉCRAN).
- 2 APPAREIL PHOTO DE TYPE POLAROÏD (VOIR AU DOS).
- 3 RÉGLAGE DE LA QUALITÉ DE L'IMAGE.
- 4 CLAVIER DE MACHINE.
- 5 SYSTÈME PERMETTANT DE RÉGLER LA PROFONDEUR DE PÉNÉTRATION DES ULTRA-SONS OU DE «GELER» L'IMAGE.
- 6 MANETTE DIRIGEANT LE CURSEUR.
- 7 SONDE.



L'échographiste assis dispose, à portée de main, d'une sorte de pupitre, sur lequel on peut voir un clavier de machine à écrire à touches digitales ou sensitives, qui permet d'inscrire sur l'écran les données relatives à l'examen : la date du jour, le nom, le prénom, la date des dernières règles, etc.

Les appareils les plus perfectionnés affichent immédiatement, en fonction de la date de l'examen et de celle des dernières règles, le nombre de semaines d'aménorrhée, ainsi que les normes de mensurations correspondant à l'âge de l'embryon ou du fœtus. Par exemple, s'inscrivent sur l'écran, donc sur les clichés, les signes suivants :

ATTENDRE ET VOIR

DDR (15 mars 1986)	date des dernières règles
TT (22 SA)	terme théorique
LCC	longueur cranio-caudale
BIP (54)	diamètre bipariétal (largeur de la tête)
DAT (49)	diamètre abdominal transverse

A côté du clavier sont disposés plusieurs touches ; l'une d'elles sert à régler la profondeur de pénétration des ultrasons, une autre à « geler » l'image afin de pratiquer les mesures du fœtus sur une image fixe et de tirer des clichés. L'écran peut alors être divisé en deux, avec d'un côté une image fixe, tandis que sur l'autre moitié de l'écran, les images continuent à se dérouler.

Enfin, sur l'extrémité droite, se trouve une manette qui sert à diriger un curseur (petite croix sur l'écran) et à tracer des lignes en pointillé pour effectuer les mesures des organes ou même calculer leur surface.

Tous les appareils possèdent un dispositif de reproduction d'images, qui est placé sur la gauche du pupitre, souvent en dessous de l'écran. A côté du classique appareil polaroid, qui donne des clichés instantanés, on trouve de plus en plus souvent des systèmes de reproduction sur imprimante, moins coûteux, mais présentant des documents iconographiques moins nets ; ou des appareils vidéo qui permettent de garder des enregistrements dynamiques, utiles en cas de doute pour un examen en différé.

Que voit-on ?

La qualité des images s'est considérablement améliorée grâce aux apports de l'électronique et de l'informatique. Cependant, pour les consultants, la compréhension de ce qu'ils voient n'est pas évidente. Seule la première échogra-

phie présente un caractère gratifiant. On reconnaît bien l'image d'un bébé en miniature se détachant assez nettement sur le fond plus sombre du liquide dans lequel il baigne. Il est bien visible, en entier, complet, en mouvement, et son cœur clignote.

Les échographies plus tardives survenant après vingt semaines, n'offrent qu'un théâtre d'ombres chinoises. Comprendre et voir ce qu'on regarde, réclame un œil exercé, expérimenté et averti pour distinguer, repérer les différentes parties du corps. Néanmoins, les défauts des images en mouvement, sortes de taches de différents gris mêlées à des formes noires et parsemées de traits lumineux, n'enlèvent rien à la fascination des spectateurs qui savent de quoi il s'agit et tentent de débusquer quelque logique ou renseignement de ces volutes, au travers de ce que l'échographe leur en dit.

Michèle, vingt-cinq ans : « Sans les explications du médecin, nous n'aurions pas compris grand-chose. Sa présence, ses explications rendent ce moment plus appréciable, sinon ça ne nous aurait rien apporté. »

Autant dire que la femme enceinte et ses accompagnateurs voient ce que l'opérateur leur montre et leur explique. Ils voient ce qui est dit ou, plutôt, ce qu'ils entendent. Cela réclame une explication : en dehors de quelques ombres ou silhouettes relativement explicites (profil du fœtus par exemple), ils sont dans la situation d'un téléspectateur qui suit un reportage sur l'intérieur d'une grotte, alors que son appareil est dérégulé : il ne repérera essentiellement que ce qu'il entendra, son imagination fera le reste. D'où l'importance de ce qui est dit, d'autant plus que les mots prononcés par le médecin ne font pas partie du vocabulaire courant, quotidien, ou qu'ils n'ont pas le même sens, la même portée, pour les uns ou pour les autres.

***Une source de malentendus possible :
les mots de l'échographiste***

Il nous paraît important d'examiner quelques-uns de ces malentendus, sachant bien que cela ne limitera aucunement la capacité de chacun, en fonction de ce qu'il est et de son histoire, d'interpréter certaines paroles.

Un exemple récent nous a été fourni par un ami échographiste qui, après avoir montré et expliqué aux parents que leur bébé était tout à fait « dans la norme », a entendu le futur père déclarer d'un ton péjoratif : « Si je comprends bien, nous avons fait un Français moyen. »

Certaines expressions peuvent être objet d'inquiétude : les échographistes parlent ainsi souvent de *coupes* : « Vous voyez sur cette coupe... on va chercher un autre angle, pour avoir une meilleure coupe. »

Ce terme peut choquer et renvoyer, pour certains, à l'idée de blessure. Il tient, en fait, au fonctionnement même de l'échographie, dont les images apparaissent en deux dimensions : l'image est le reflet d'un plan à une certaine profondeur de la surface, appelé coupe ; le balayage de la sonde sur le ventre permet de chercher le plan le plus apte à mettre en évidence tel ou tel organe (en surface ou en son milieu).

Il arrive assez souvent que l'échographiste, malgré une recherche attentive, n'arrive pas à mettre en évidence un organe ou un membre et ce pour de multiples raisons, qui n'ont rien à voir avec l'intégrité du fœtus ou sa qualité. Toutefois, ce constat de difficultés (« je n'arrive pas à voir... ») est souvent interprété par les futurs parents comme un manque du fœtus, une anomalie ou un défaut de celui-ci, alors que les problèmes techniques ne sont pas à mettre sur le compte du fœtus.

Les expressions : « a la limite de la normale, dans la norme... », peuvent générer bien des inquiétudes inutiles.

Aussi, tout terme qui peut paraître ambigu ou flou réclame

explication et toute personne concernée doit poser des questions et demander les éclaircissements qui leur paraissent utiles.

Il n'est pas rare que des parents s'inquiètent de la taille et du poids du bébé. Force est à l'échographiste de les décevoir (cela dépasse ses possibilités) et de leur expliquer les limites techniques de l'appareil.

Il y a un malentendu toujours présent : une des grandes craintes partagées par la plupart des femmes enceintes est de donner naissance à un enfant anormal, représenté par l'enfant mongolien. Or, si l'échographie peut mettre en évidence des malformations ou anomalies, elle ne peut permettre le *diagnostic de mongolisme*, ni d'ailleurs d'aucune anomalie génétique. Ainsi, l'attente anxieuse des parents par rapport à ce qui constitue pour eux l'anormalité par excellence, ne peut être satisfaite par l'échographie.

Un certain nombre de termes médicaux sont employés fréquemment au cours des consultations. Nous allons traduire ceux qui reviennent le plus souvent.

Trophoblaste :

Première plaque d'insertion de l'œuf, qui au bout de quelques semaines de développement, constituera le placenta.

Placenta :

Organe de transmission et de communication entre l'œuf et l'utérus de la mère. La qualité de son insertion, son emplacement, est importante à explorer. Elle conditionne en partie le déroulement de la grossesse et de l'accouchement.

Placenta praevia :

Emplacement particulier du placenta, recouvrant le col utérin, et impliquant de ce fait une césarienne.

Diamètre bipariétal

Distance qui sépare les deux os pariétaux du crâne

ATTENDRE ET VOIR

(au-dessus des oreilles) et qui donne la largeur de la tête¹.

Longueur cranio-caudale

Longueur de la tête aux fesses.

Liquide amniotique

Liquide dans lequel baigne le fœtus, l'amnios étant l'œuf humain.

SA

Semaine d'aménorrhée. Beaucoup de femmes enceintes contestent le début de leur grossesse, qu'elles considèrent plus récente de quinze jours. Cela tient à la façon de compter : les médecins comptent en semaines d'aménorrhée (à partir du premier jour des dernières règles). La grossesse dure 41 SA.

Les erreurs

Hantise des échographistes, possibilité peu envisagée par les parents, les erreurs sont de diverses natures.

Docteur V. :

« C'est ma faute, j'ai bien vu que les jumeaux avaient leurs têtes proches et du même côté, comme lors de la deuxième échographie ; mais je n'ai pas pensé à des siamois, leur développement et leurs mensurations étaient tout à fait normaux. Ils sont morts quelques heures après leur naissance par césarienne. Depuis, Madame B. n'arrive plus à être enceinte... »

Arlette, trente-deux ans :

« Nous avons demandé à l'échographiste si c'était un garçon, il nous a répondu "oui" ; après nos deux filles, on était ravis de la nouvelle, surtout mon mari. A la naissance, c'est une Cécile qui est arrivée ; on était contents tout de même, mais on avait tout prévu pour l'arrivée de Grégoire... »

1. Voir photo.

Marie-José :

« Après nos deux garçons, j'ai vécu les échographies pour Maud comme des formalités et puis à la troisième, le médecin nous a dit que le bébé avait une malformation rénale. On a vécu une fin de grossesse atroce ; je n'en dormais plus, tellement j'étais angoissée. A la naissance, ils ont refait des examens, dont une échographie directement sur Maud ; elle n'avait rien. C'était difficile à croire car nous avions bien vu, avec l'échographiste, que les deux reins n'étaient pas pareils. »

Docteur D. :

« Après plusieurs milliers d'échographies, je suis passé à côté d'une grossesse gémellaire. J'ai vu la maman à trente-trois semaines ; elle n'avait pas eu d'échographie avant. J'ai cherché la tête du fœtus, je l'ai mesurée, puis en cherchant un fémur, j'ai retrouvé la tête ; j'ai pensé que l'enfant avait bougé ; j'ai effectué les mesures. Elles étaient normales. Je ne me suis pas rendu compte qu'ils étaient deux et que j'avais mesuré la tête de l'un et le fémur de l'autre... »

Aucune étude statistique n'a été encore effectuée sur le pourcentage d'erreurs diagnostiques commises lors d'échographies, que ce soit par excès (anomalies qui n'existent pas) ou par défaut (passer à côté de quelque chose, ou se tromper de sexe par exemple). L'impression de tous les praticiens est qu'actuellement, avec les appareils de la nouvelle génération et l'expérience acquise depuis une dizaine d'années, les interprétations erronées sont de moins en moins fréquentes.

Les personnes qui assistent à l'échographie croient à ce qui est dit ; elles sont sûres et certaines que ce qui est dit est vrai : les images qu'elles ont vues et qu'on leur a montrées en sont la preuve et viennent valider, certifier cette opinion. « On en est sûrs. On l'a vu avec l'échographie. » Cette « certitude » rend prudents et met mal à l'aise les opérateurs, plus conscients des limites de l'appareil.

D'ailleurs, hors du moment même de l'échographie, les

ATTENDRE ET VOIR

femmes enceintes sont plus nuancées dans leur propos ; lors d'une enquête que nous avons menée récemment, si 84 % des intéressées expriment leur confiance en l'échographie, 72 % estiment qu'il peut y avoir des erreurs.

Cette situation pose des problèmes de conscience, de responsabilité et d'éthique aux praticiens. D'une part, ils connaissent la gravité et les conséquences néfastes que peuvent avoir une interprétation erronée des images ; d'autre part, il leur est difficile — lors de cet examen en direct, « sur le vif » — de cacher « la vérité » ou du moins la « réalité » de ce qu'ils voient.

De plus, commencent à être intentés, comme en Amérique du Nord, des procès impliquant des accoucheurs et des échographistes : pour ne pas avoir pratiqué assez d'échographies, être passé à côté d'une malformation, ou *a contrario* avoir annoncé une malformation sans conséquence et avoir influencé négativement la relation parents/enfant avant et après l'accouchement. Enfin, quand on sait qu'un certain nombre de découvertes d'anomalies, de malformations même mineures se traduisent par des avortements thérapeutiques, on peut mesurer à quel point l'exercice de l'échographie est périlleux.

Sources d'erreurs

En dehors des fautes dues à l'inexpérience ou à un matériel désuet, les causes ou sources d'erreurs tiennent à deux types de facteurs :

- techniques,
- humains.

Ils peuvent intervenir conjointement.

LES FACTEURS TECHNIQUES

Un certain nombre d'éléments peuvent influencer la qualité de l'image, sa lisibilité, sa netteté, sa défi-

nition... d'où la difficulté d'analyse et d'interprétation.

1. Nous avons déjà évoqué la question de la lumière d'ambiance qui peut aller jusqu'à diminuer de 50 % le nombre des informations analysables.

2. De même, l'importance de la vessie pleine a été soulignée. Une femme ayant une vessie peu remplie rend l'examen très difficile.

3. Il existe des peaux qui transmettent mal les ultrasons : c'est le cas de femmes qui ont subi de nombreuses interventions chirurgicales sur l'abdomen, ou de personnes obèses.

4. Nous savons, pour l'avoir évoqué, que du fait de la taille des points lumineux, on ne peut préciser les mesures qu'à deux millimètres près en plus ou en moins. Cette relative approximation entraîne parfois des écarts d'appréciation surprenants.

5. La superposition d'images peut induire des interprétations erronées, deux ou trois échos pouvant se cumuler sur un ou plusieurs mêmes points.

6. Des milieux biologiques, très proches par leur densité, peuvent apparaître comme ne faisant qu'un. Ainsi, en fin de grossesse, les contacts entre le fœtus et l'utérus ne donnent pas une image nette, alors que le fœtus en début de grossesse apparaît très clairement, du fait de l'importance du liquide amniotique qui l'isole des tissus et organes maternels.

7. Pour les mêmes raisons, quand le liquide amniotique est peu abondant, les images sont de mauvaise qualité.

8. Enfin, l'ordinateur qui a tant apporté à l'échographie possède évidemment le défaut de sa qualité : nous avons vu qu'un point sur quatre correspondant aux échos, l'ordinateur doit reconstruire l'image, c'est-à-dire les trois points manquants. Il peut donc produire de fausses images, ce qui est assez rare, mais arrive néanmoins. Ces fausses images sont généralement repérées lorsqu'on change l'incidence des ultrasons, qu'on bouge la sonde ou fait varier la profondeur de pénétration. La machine n'est pas toute-puissante.

LES FACTEURS HUMAINS

Ils sont de deux ordres :

— Tout d'abord, la fatigue, élément principal avancé par les praticiens, bien avant l'évocation des problèmes techniques.

Il est vrai qu'il est difficile de garder une attention soutenue, une disponibilité égale, un œil aussi vif après avoir passé toute une journée dans une pièce sombre devant un téléviseur et avoir tant parlé... C'est, malheureusement, le cas de nombreux praticiens, tant la demande d'examens est importante et tant les carnets de rendez-vous sont remplis.

— Mais il est un autre facteur humain qui mérite d'être signalé : pour trouver quelque chose (une anomalie, le sexe, etc.), il faut le rechercher, donc y penser, c'est-à-dire qu'il est nécessaire que l'échographiste pense à l'éventualité de tel ou tel problème. Il est bien évident qu'on ne peut penser à tout, ni tout rechercher. La malformation peut revêtir n'importe quelle forme, concerner n'importe quel organe. Elle est donc susceptible d'échapper à l'échographiste, qui n'en a évidemment pas en tête une liste exhaustive. D'ailleurs, le faut-il ? Des malformations rares (mêmes évidentes), si elles ne sont pas recherchées, peuvent rester ignorées tout au long de la vie. Là encore, le facteur fatigue intervient et nous amène, sans toutefois nous faire l'avocat des échographistes, à déplorer que le manque de crédit, dans les hôpitaux ou les cliniques, rende les conditions d'exercices de certains praticiens peu compatibles avec une bonne qualité d'examen.

Avec qui parler de cette expérience ?

L'émotion souvent très grande lors de la première échographie est difficile à contenir. Les futurs parents, au retour de ce « premier rendez-vous avec leur bébé », relatent l'expérience aux amis et membres de la famille, montrent le cli-

ché qui leur a été remis et le commentent abondamment. Ils ont presque toujours besoin de faire partager ce qu'ils ont ressenti et l'émerveillement qu'ils ont vécu.

Toutefois une première enquête, menée auprès de cent femmes enceintes, montre que près de 15 % d'entre elles sont sorties de la séance d'échographie avec des questions en suspens.

En fait, la déception vis-à-vis de l'échographie est à la mesure de l'attente qu'on en a. L'échographie en tant que telle est peu contestée. *C'est la qualité des images et de la relation qui est objet de déception*, notamment lors de la deuxième ou troisième échographie. Le plus souvent, la déception s'exprime ainsi : « Je n'ai rien vu, on ne m'a rien dit et rien expliqué. »

En fait, ces femmes déçues attendent des réponses à des questions non formulées et pas toujours très conscientes.

Réfléchir avant, à ce qu'on veut demander et à ce qu'on attend, paraît une bonne prévention de ce type de déception.

Les maris ou concubins posent, eux, beaucoup de questions, demandent des informations. Ils ont forcément plus de distance, et cela semble être leur façon de participer et de vivre la grossesse.

L'échographiste doit être attentif à ces questions. Leur formulation est parfois ambiguë et, nous le verrons, souvent *une question en cache d'autres*. L'échographiste se doit de répondre à ces attentes. Il peut aussi donner le temps aux futurs parents d'explicitier et de développer leurs interrogations, ce qui permet souvent de mettre en évidence le fond de leurs préoccupations et de leur donner ainsi une réponse plus adaptée.

Par ailleurs, l'échographiste n'assurant pas le suivi médical de la grossesse, ces questions peuvent également être abordées ou reprises avec le généraliste ou le médecin accoucheur. Ce point nous paraît important ; en effet, il est nécessaire de pouvoir mettre des mots sur le déroulement de cette expérience et de ne pas laisser dans l'ombre les préoccupations qu'elle a pu soulever.

IV

Le choc des photos

« Au début, on ne voyait pas grand-chose, raconte Sonia. C'était en noir et blanc, je ne comprenais pas très bien tout ce qu'on me montrait. C'est un peu comme quand on regarde les étoiles et que quelqu'un nous explique les planètes, les constellations. On ne sait pas trop si c'est bien ça qu'on voit. Mais au bout de quelques minutes, cette petite silhouette qui gigotait, *c'était bien lui!* C'était incroyable et formidable! J'ai regretté que mon ami n'ait pas été là pour découvrir cela. »

La réaction de Sonia rejoint celle de nombreux parents. Lors de l'entrée dans la salle d'échographie, l'intensité émotionnelle est déjà grande : anxiété devant ce qui est vécu comme un « examen », excitation et curiosité devant cette expérience dont on leur a déjà tant parlé... Ces différents sentiments agissent comme une pression qui donne d'emblée une certaine tonalité affective à la séance. Ils accentuent de manière non négligeable l'émotion provoquée par les images.

Les premières minutes de l'examen échographique font habituellement apparaître les organes de la mère (utérus) et mettent en évidence l'emplacement du placenta. Ces organes sont en général peu ou mal identifiables pour la parturiente, qui ne leur accorde souvent guère d'attention. Ce n'est pas pour ça qu'elle vient ; ce n'est pas cela qui motive ceux qui l'accompagnent : qu'il s'agisse du futur papa, souvent intimidé, debout dans un coin de la pièce, d'une amie, qui, n'ayant pas encore d'enfants, est là un peu « pour voir », ou d'une future grand-mère : tous veulent découvrir le « petit ».

Les yeux écarquillés, la nuque tendue, le souffle coupé ou la respiration haletante, tous ces témoins scrutent les deux écrans dans le silence. L'échographiste, pendant ce temps, promène doucement la sonde sur le ventre maternel, à la recherche de ce qu'il contient.

Ces premiers instants sont fréquemment vécus comme décevants : « Ce n'est pas clair ! déclare Bernard. Au début, ça n'était pas ce à quoi je m'attendais. Je ne voyais pas grand-chose. Pourtant, j'y mettais toute mon attention. Cela a basculé dès qu'il m'a semblé l'apercevoir. Je n'en étais pas sûr, l'échographiste ne disait rien. J'étais ému : quand il nous l'a montré, c'était bien ça, j'ai eu presque envie de pleurer, tellement j'étais content. »

La première consultation échographique se déroule dans une ambiance d'émerveillement, de découverte et de fortes émotions. La vue de la silhouette du fœtus, des battements cardiaques, ou de ses mouvements, provoque un véritable choc affectif, émotionnel, psychologique. L'intensité de ce moment est telle que les conjoints s'oublient l'un l'autre : chacun est absorbé dans sa contemplation et semble coupé de tout ce qui l'entoure. La future maman regarde silencieusement les formes qui apparaissent sur son écran et qui s'organisent, grâce aux commentaires de l'échographiste. Son compagnon fixe le récepteur. Chacun enregistre, vit, découvre ce qui lui est présenté. Parfois, un bref regard complice, accompagné d'un sourire rapide, se glisse entre eux. Peu de questions viennent interrompre le rythme précis et continu des paroles de l'échographiste. « Ça m'a bouleversée, raconte Brigitte, quand j'ai pu voir tous ses mouvements et même la forme de ses petits doigts. Heureusement que l'échographiste était là, car sinon, je n'y aurais pas compris grand-chose. Mais quelle émotion de le voir, si petit et déjà si formé. Autrement on ne pourrait pas l'imaginer. »

L'inimaginable apparaît ainsi en image. Est-ce pour autant délaisser toute imagination ? Les échographistes sont tou-

jours étonnés des descriptions fantaisistes que peuvent faire les futurs parents du document qui apparaît sur l'écran : « C'est incroyable, l'imagination qu'ont les gens, relate l'un d'entre eux. C'est pourtant difficile à comprendre et à interpréter, un cliché. Mais eux, ils voient toujours des trucs impossibles. »

D'autres parents ne verront rien, tant ils feront d'efforts d'« intégrer » les informations et les commentaires de l'échographe. Pourtant, même dans ces situations, assez rares, la consultation sera vécue et rapportée comme un événement « extraordinaire, émouvant, inoubliable ».

L'échographie est vécue comme *un examen qui concerne le couple* en tant que tel. La plupart du temps, le conjoint ou futur père assiste à l'une, sinon à l'ensemble des consultations. Son absence est ressentie avec tristesse par la femme enceinte : comme si cette expérience ne pouvait être pleinement vécue et ressentie par elle que *dans la mesure où son compagnon partageait avec elle le choc des photos*. Cette expérience vécue en commun, amplifie de ce fait les émotions, aide à les intégrer tout en enrichissant les liens de couple. Sans doute y a-t-il là une caractéristique tout à fait propre à l'échographie qui, plus que tout autre technique, sollicite la présence du couple. Le paradoxe réside dans le fait que cette « exigence » n'en est nullement une sur le plan strictement médical. Nous approfondirons ce point dans les chapitres suivants.

L'impact affectif des images échographiques est aujourd'hui bien connu : les femmes qui ne tiennent pas à « garder » l'enfant évitent de regarder l'écran, pressentant le risque d'être émues à la vue du fœtus et de renoncer à leur projet en s'attachant à lui.

Ce caractère émouvant des images échographiques a conduit parfois certains accoucheurs à indiquer cet examen précocement, dans un but dissuasif lorsque le projet d'IVG est ambivalent, ou à titre préventif dans les cas de grossesses mal tolérées. L'échographie peut alors favoriser l'éta-

ATTENDRE ET VOIR

blissement d'une relation affective avec l'enfant à naître et modifier le vécu pénible de la gestation.

Certains parents sont déçus par le manque de précision de l'image. Influencés par les multiples clichés en couleurs de bébés (réalisés aux moyens d'autres techniques) qu'ils ont vus un peu partout, ou attendant trop de l'échographie, ils regrettent de ne pas voir apparaître l'enfant « tel qu'il est », c'est-à-dire en couleurs, et en formes. Cette déception ne dure pas et n'enlève rien au choc de la rencontre.

La nature du choc

On peut s'interroger sur ce qui cause réellement ce choc. Quatre éléments reviennent le plus souvent dans les propos tenus par les parents :

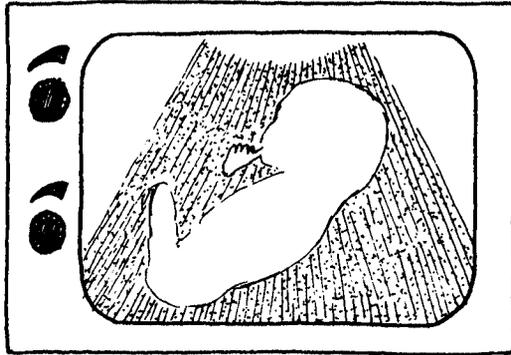
— *La vue de la silhouette du « bébé » en mouvement :*

Perceptible seulement lors de la première consultation, la vue du profil du fœtus en mouvement déclenche des réactions émotives très importantes. Elles s'expliquent par le fait qu'un fœtus est le plus souvent imaginé par les parents comme un organisme inerte, en constitution, « pas suffisamment complet pour être vraiment vivant ». L'échographie bouleverse, dans la surprise, ce qu'ils imaginaient.

— *La vue des battements cardiaques :*

Si l'audition du rythme cardiaque constituait autrefois un temps privilégié et marquant de la grossesse, il semble que la vue des battements du muscle cardiaque soit également profondément ressentie. L'image de ce cœur qui bat touche à l'expression même de la vie. De plus, elle fait prendre conscience de l'existence autonome et irréductible de cet être à l'état foetal. Remarquons, à ce propos, le vif étonnement, mêlé parfois d'inquiétude, des parents devant la rapidité du rythme cardiaque (cent trente à cent cinquante

pulsations par minute). « Mais il bat bien vite, est-ce normal ? » Ils comprennent alors que le « bébé » ne vit pas au même rythme que sa mère. Deux cœurs battent différemment et indépendamment.



REPRÉSENTATION D'UN INSTANTANÉ D'UNE ÉCHOGRAPHIE :
FŒTUS SUÇANT SON POUCE. SEULES SONT VISIBLES LES PARTIES
DU CORPS CONCERNÉES PAR LA COUPE.

— *La vue des extrémités des membres (doigts de pied ou de main) :*

La finesse, la précision et la distinction déjà possibles de ces organes sont source d'émerveillement et d'étonnement. Parties du corps décisives dans l'hominisation, les pieds et les mains sont porteurs du savoir-faire de l'humanité.

Voir ces extrémités déjà bien constituées permet de mettre en valeur les compétences potentielles du petit de l'homme.

— *La vue du fœtus suçant son pouce :*

C'est probablement l'image la plus frappante et la plus fortement conservée dans la mémoire, lorsqu'un hasard de la consultation permet de la mettre en évidence. On sait, depuis peu, qu'il arrive que le fœtus exerce ses mécanismes de succion in utero, mais le voir agir évoque irrésistiblement une scène propre à l'enfance : les parents présents devien-

ATTENDRE ET VOIR

nent ainsi par anticipation les parents d'un fœtus devenu imaginativement bébé, enfant.

Pour Roselyne, l'écho, « *c'est inimaginable* : on voit son petit cœur battre, il vit ! On prend conscience de cette vie. On comprend combien il n'est pas insensible à ce qui se passe autour de lui. »

Les premières émotions relèvent donc de cette prise de conscience d'un être *déjà* formé, *déjà* en vie, *déjà* constitué, *déjà* sensible. En d'autres termes, c'est un peu comme si, par moments, les futurs parents découvraient *un bébé avant le fœtus*.

Ainsi, pour nous résumer, disons que l'échographie ne montre pas des organes en cours de constitution, des morceaux de corps non encore unifiés. Elle ne découvre pas non plus un fœtus inerte, inanimé. Elle suscite déjà des processus imaginaires chez les futurs parents qui se trouvent en face de quelqu'un présentant *déjà* des allures d'enfant.

L'impact émotionnel se manifeste notamment dans l'utilisation fréquente de l'expression : « A l'échographie, j'ai réalisé... que je portais vraiment un enfant..., qu'il y avait une autre vie en moi..., que j'étais déjà papa de ce petit bonhomme. » Cette « réalisation » a quelque chose d'une révélation. Elle laisse le plus souvent les parents cois. Leur immobilité absolue (ils ne cillent même pas des yeux) contraste avec les mouvements tranquilles et insoucians du « bébé » sur l'écran.

Créations poétiques

« Après l'échographie, raconte Sylviane, on est rassuré, impressionné, ému. On reparle de ce que l'on a vu sur l'écran : de ce petit cœur qui bat, du pouce dans sa bouche, de sa petite cage thoracique qui ressemble à une volière. » En d'autres termes, l'échographie a des effets qui débordent

la seule consultation. Ces images parfois bouleversantes, en tout cas émouvantes, ne sont pas prises, ressenties, vécues comme un document brut, sec. Elles génèrent un travail imaginaire chez les futurs parents. Elles font penser. Elles font parler.

Ces images sont associées à d'autres images, d'autres représentations, tirées d'autres contextes. C'est ce tissu d'associations, de représentations, se formant dès la perception de l'image sur l'écran, qui contribue à donner aux photos le caractère d'un choc.

Il est tout à fait étonnant de repérer, dans la manière dont la femme enceinte parle du fœtus qu'elle a « vu » sur l'écran, *la fréquence des comparaisons, des métaphores, des analogies* : si Sylviane évoquait une volière à propos de la cage thoracique de son enfant, il n'est pas rare d'entendre d'autres créations poétiques ou imaginaires : « plumes » pour les doigts, « petite boule de vie » pour la silhouette, « comme un poisson dans l'eau » pour exprimer ses mouvements, etc.

Dans d'autres cas, sont évoqués des qualités et des traits de caractère : « Vous avez vu ces doigts ? Il sera sûrement chirurgien ou pianiste »... « Qu'est-ce qu'il est vif, il sera comme son grand-père. »

L'image, par sa soudaineté, ne reste pas extérieure, isolée, étrangère. Le plus souvent, elle est intégrée et interprétée par eux, les futurs parents, à partir des modes de représentations de pensée, d'imagination qui sont les leurs avant l'échographie. *Le choc des photos dépasse donc ce qui est réellement montré par les images.*

Par ailleurs, il faut conserver à l'esprit le fait que l'échographie aborde (sans le résoudre) l'un des mystères les plus fascinants de l'humanité : celui de la vie et de ses origines : comment un être se constitue-t-il ? A partir de qui ou de quoi ? Quand et comment peut-on situer son origine physique, psychologique ? Quand commence la vie, si elle a vraiment un début ?

C'est en ce sens que la plupart des expressions des parents

devant l'image de leur fœtus s'accompagne d'un « déjà » que nous soulignons plus haut.

Il leur apparaît comme « en avance » par rapport à ce qui devrait être son origine, sa genèse. Tout se passe comme si, avant sa naissance, le fœtus ne devait pas encore présenter de caractéristiques humaines : il devrait ne pas être encore tout à fait terminé. Or, la réalité bouleverse ce que s'imaginaient jusqu'alors ses futurs parents. Mais quand la vie commence-t-elle ? Mystère, dont le voile levé ne résout en rien l'énigme.

Réactions et commentaires

On ressort différent de la première consultation échographique. Telle est la conclusion de nombreuses femmes enceintes et de leurs compagnons, qui mettent le plus souvent en avant deux effets :

— Avant la première échographie, la femme était enceinte. Maintenant, elle attend un bébé.

— L'irruption de cet être sur l'écran et dans le champ de la pensée suscite des sentiments, des images difficiles à contenir : on a besoin d'en parler entre conjoints, avec les familles. Cet intense besoin de parole, d'exprimer ce qui a été vu ou entrevu, s'appuie sur le document-photo, le cliché, remis à l'issue de la consultation. Parfois de mauvaise qualité, très contrasté et nécessitant le commentaire autorisé de l'échographe, il est, pour les parents, chargé d'émotion ; il prolonge l'effet des images d'une manière d'autant plus paradoxale qu'il est, par nature, difficile à déchiffrer.

« C'est un souvenir, quelque chose qui reste », dira Frédérique. Pour Françoise, « c'est comme un trésor, on se les garde précieusement ». L'importance de ces phénomènes imaginaires liés à la vue, au regard, est plus vive lors de la première consultation échographique qu'ultérieurement. En effet, au cours de la deuxième et de la troisième séance, la

taille du fœtus et le niveau de définition de l'appareil rendent impossible la vue globale et entière du futur enfant, qui est alors « découpé », c'est-à-dire vu par étapes successives. Cette succession de plans peut paraître parfois inquiétante et donne lieu à de nombreux commentaires ; la plupart évoquent l'image d'un corps déstructuré, ou plus exactement désuni : une tête, des membres, tel ou tel organe... Si la silhouette unitaire aperçue lors de la première consultation échographique constitue à coup sûr une aide précieuse et un support pour la suite de la grossesse, il est pourtant loin d'être évident que les deux suivantes impliquent le sentiment de morcellement, d'éparpillement parfois avancé dans les premiers ouvrages relatifs à l'échographie.

Des commentaires, chargés d'angoisse, émane une tonalité suspicieuse ou inquiète : « Quand on présente le bébé, partie par partie, par ses membres, ses organes, raconte Agnès, on se demande parfois si le bébé est entier, s'il ne lui manque rien. » Autrement dit, l'absence d'une image entière du fœtus (qui lui donnait par anticipation son statut de bébé) fait davantage apparaître des peurs de malformations possibles.

Toutefois, ces deux dernières consultations permettent de mieux appréhender certains organes du fœtus ; par cet effet de « loupe », qui grossit les parties de son corps, le fœtus est découvert comme *presque déjà* un bébé.

La deuxième consultation, par ailleurs, permet d'apercevoir le sexe de l'enfant. Nous y reviendrons dans un chapitre ultérieur. Elle a une importance décisive : que les parents aient choisi de connaître ou de rester dans l'ignorance du sexe de leur enfant, le simple fait que cette possibilité leur soit offerte, charge l'activité visuelle et imaginaire d'un poids supplémentaire : « Nous ne voulons pas savoir, précise Bernard. Nous préférons rester dans la surprise. Mais qu'est-ce qui se passera si, sans que l'échographe ne nous le dise, nous voyons le sexe de notre enfant sur l'écran ? Nous ne sommes pas tranquilles à l'approche de cet examen... »

A la deuxième consultation, les futurs parents viennent pour « revoir » leur enfant. Nombreuses sont les femmes qui parlent de leur impatience, de ce temps qu'il leur a fallu attendre avant de le « retrouver », de le « revoir ». Le « papa », s'il avait été absent à la première séance, est convié avec insistance par sa femme. Parfois, les futurs grands-parents y assistent. Cette fois, l'affaire devient sérieuse : on peut savoir si c'est un garçon ou une fille.

C'est également alors qu'apparaît le plus souvent, s'il y en a, le grand frère ou la grande sœur. S'ils ne sont pas encore pubères — la grande majorité des cas —, le choc des photos ne se produit pas. Venus à la demande des parents ou pour satisfaire leur impatience, ils affichent très rapidement un désintérêt profond pour cette image sur l'écran dont tout le monde s'acharne à leur affirmer qu'il s'agit du futur petit frère ou de la petite sœur. C'est là une image télévisuelle bien inférieure à ce qu'ils ont l'habitude de voir...

Par ailleurs, ils se demandent pourquoi ce document — si difficile à déchiffrer — révolutionne toute la maisonnée.

S'ils n'ont pas douze ans, ils ne se sentent *pas concernés*. Turbulents, ils s'intéressent davantage au maniement technique de l'appareil, dont les multiples manettes les amusent davantage que ces taches en noir et blanc. Parfois, l'attitude de leurs parents les préoccupe. Pourquoi leur mère se trouve-t-elle là, dans cette tenue ? Quel plaisir prend-elle à contempler ce qui est, pour eux, si peu digne d'intérêt ? Pourquoi leur père — d'habitude au travail — s'est-il dérangé ? On les voudrait sages « comme une image », attentifs, intéressés et émus comme les adultes.

Ils manifestent les questions qu'ils se posent par de l'agitation ou un silence figé. Leur attitude exprime les émotions contenues des adultes et l'ambiance tendue qui règne dans la pièce. Ils semblent sous le poids de questions qui les tourmentent silencieusement, qui bouleversent leur manière de penser la vie... Ils ne « voient » pas ces images qui fascinent tant les adultes. Leurs oreilles s'ouvrent là où leurs yeux

se ferment. Les bribes de paroles qu'ils entendent servent de réponses à leurs questions encore informulées. D'autres, apparemment, veulent défendre leur place par rapport à cet inconnu présenté sur l'écran : ils se pressent contre leur mère et tentent discrètement de conserver une partie de son attention.

Lorsque les enfants ont atteint l'âge de la puberté, la situation diffère sensiblement. Les filles se montrent davantage intéressées que les garçons. Elles y voient une information sur leur future condition de mère. Leur émerveillement est souvent plus accentué que celui des adultes, à la différence près qu'elles s'extasient de la perfection attachante d'un futur petit qui n'est pas le leur ; pourtant, il leur fait deviner et vivre par avance l'un des moments de la féminité et de la maternité.

Les jeunes adolescents, eux, assistent beaucoup plus rarement aux consultations échographiques. Peut-être parce qu'ils ont généralement tendance à se détourner de toute manifestation de la sexualité de leurs parents pour vivre la leur hors du cadre familial, d'autant plus qu'à la différence des filles de leur âge, la maternité les concerne moins dans leur devenir immédiat.

La présence d'un garçon à l'échographie de sa mère pourrait réveiller en lui des restes de relations imaginaires incestueuses, héritées de l'enfance, et dont le bref retour pourrait sembler menaçant. En effet, si la participation à l'échographie représente pour la jeune fille une possibilité de promotion, de promesse pour l'avenir, pour le garçon elle peut présenter un risque de régression, de retour à des sentiments et souvenirs de l'enfance. Ce qui lui apparaît comme une manifestation de la sexualité de sa mère, ou de ses parents, ne l'intéresse pas, l'embarrasse...

Les rares adolescents que nous avons pu rencontrer sont généralement très gênés par cette situation. Toujours accompagnés de leur père, leur attitude est empreinte de gauche-

rie corporelle et ils opèrent un retrait silencieux. Le choc des photos semble pour eux céder le pas au choc de la situation. Moins sujets que leurs jeunes frères aux affres de la peur et de la jalousie dévorante que suscite souvent l'arrivée d'un nouveau venu, c'est davantage au mystère de la conception, de la procréation et de l'amour conjugal qu'ils se heurtent. C'est là que se situe le choc qu'ils éprouvent.

La situation des grands-parents est sensiblement différente : nous avons déjà indiqué que, souvent, de futures grand-mères assistaient à une échographie de leur fille. Elles se déclarent pour la plupart extrêmement émues ou bouleversées par la vue du fœtus à l'écran. Très nombreuses sont celles qui regrettent profondément ne pas avoir bénéficié de ce dispositif de surveillance qu'elles envient. Il n'est pas rare de les voir écraser furtivement une larme ou de les entendre congratuler leur fille, la voix brisée par l'émotion.

Nombreuses sont celles qui confient à quel point cet examen les touche : « C'est formidable ! ça nous fait quelque chose, ce n'est pas notre enfant, et pourtant ça concerne quelque chose en nous. »

« Je me sens déjà grand-mère en voyant ce petit », dit une dame d'une cinquantaine d'années, accompagnant sa fille et son gendre. Je suis venue pour le voir ; je ne suis pas déçue ; je suis émerveillée. Ce n'est pas croyable ce qu'on peut faire aujourd'hui. »

Ces futures grand-mères s'investissent autant que leur fille ; après quelques instants de nostalgie, cet examen semble leur permettre d'accepter la venue de celui ou de celle qui les place en position de grand-mère.

Tout se passe comme si l'échographie opérait au sein du groupe familial un effet « rassembleur ». Sans doute peut-on penser que cette consultation permet aux femmes qui y assistent aux côtés de leur fille de « passer plus facilement le cap », c'est-à-dire de renoncer à leur propre maternité ou de la voir s'éloigner pour pouvoir devenir grand-mère.

En revanche, nous n'avons pas de témoignage de futurs grands-pères.

La durée de l'impact

Elle est bien entendu variable selon les cas. Cependant, d'après notre expérience, cette séance — et les émotions ressenties — laisse une trace durable dans le souvenir des personnes concernées.

On l'évoque souvent, tant pendant la gestation qu'après la naissance, à l'occasion d'une autre grossesse ou, plusieurs années plus tard, au cours d'une consultation médicale autour de l'enfant en question. A ce propos, on ne saurait trop insister sur *l'importance des paroles échangées* lors de cet examen. Les témoignages recueillis font apparaître que ce choc est vécu comme *un moment fondamental de la gestation* et qui — fait sans précédent — engage *les partenaires du couple*.

Par ailleurs, de nombreux couples ont déclaré qu'après chaque échographie, mais plus particulièrement la première, ils se repliaient sur eux-mêmes pour vivre une attente tranquille autour de ce bébé qu'ils venaient d'apercevoir.

L'échographie obstétricale provoquerait-elle un rapprochement des liens filiaux, conjugaux, parentaux ? On pourrait le penser à première vue. Nous y reviendrons.

Que l'image commentée par le médecin soit comprise ou non, la consultation échographique reste, au dire des intéressés, un moment inoubliable, un tournant dans la grossesse. Le choc des photos, les profonds remaniements psychologiques survenant dans le vécu de la grossesse n'ont pas empêché, il s'en faut, le développement et la multiplication de ces examens. Mieux, dans les années quatre-vingt, l'enthousiasme des femmes enceintes les a parfois poussées à passer six ou sept échos, lorsque cela était possible, pour le seul plaisir :

ATTENDRE ET VOIR

« Je ne pouvais pas m'empêcher d'avoir envie de le voir, de le revoir. A chaque fin de séance, *c'est comme si on me l'ôtait des bras* », nous confiait l'une d'elles. « Comme j'avais des facilités et que ce n'était pas encore réglementé, j'ai pu *le voir tout au long de ma grossesse.* »

Peut-on donc encore parler ici de choc, ou doit-on évoquer un phénomène d'accoutumance ? Comment comprendre cet engouement massif et répété ?

V

Une expérience médicale originale

Le caractère étonnamment précis des images de la morphologie fœtale données par l'échographie, risque de faire perdre de vue le caractère médicalement utile de ces indications... (Prescrire.)¹

Des images en mouvement, un mouvement d'images

L'échographie obstétricale a considérablement progressé en une décennie, au point qu'on parle aujourd'hui d'appareils échographiques de la troisième, de la quatrième, ou de la cinquième génération. De multiples avancées ont amélioré la fiabilité, la précision ou la lisibilité des images produites.

Ces progrès sont ressentis par les parents qui ont mené à terme plusieurs grossesses et qui témoignent, avec émotion, de la précision des images produites aujourd'hui.

Cette amélioration de l'image a permis non seulement une meilleure surveillance et un dépistage plus précis d'éventuelles malformations, mais aussi une sensibilisation du public à la dimension affective que représente cette expérience pour les futurs parents.

Ce vif intérêt pour l'image se traduit parfois par la multi-

1. Voir bibliographie.

plication des examens, demandés par certains parents pour le seul plaisir de « ne pas perdre de vue » le futur enfant... Cet abus, ou ce détournement de l'examen échographique de son utilité première, a, en général, indisposé le corps médical, qui y a vu, rapidement, un danger... L'échographie allait perdre son caractère strictement médical pour « satisfaire » autre chose. Il a fallu l'intervention de la Sécurité sociale pour limiter et réglementer l'usage, le nombre d'examens devant intervenir dans le cadre d'une surveillance normale de la grossesse.

Cette réglementation ne diminue en rien le *désir de voir*, de revoir, ou de savoir. De nombreux parents, en effet, seraient volontaires pour plusieurs examens supplémentaires, tant cette expérience les touche.

L'attrait visuel n'est pas le seul élément de l'expérience : les futurs parents, seuls face à l'écran, ne pourraient pas en ressentir l'impact. L'échographie unit la parole et l'image ; les commentaires de l'échographiste tirent leur force des images, qui s'organisent en fonction de ce qui est dit et sont ainsi dotées de cohérence et de sens.

On peut rapprocher ce phénomène de l'harmonie, indispensable entre des images cinématographiques et la musique qui leur donne un poids, une ambiance particulière.

Aujourd'hui, au classique cliché remis à la fin de chaque examen, qui inaugure souvent l'album de l'enfant, s'ajoute parfois dans certains cabinets, la possibilité d'obtenir un enregistrement vidéo. Bon nombre de cercles familiaux peuvent ainsi, aujourd'hui, contempler à loisir la première photo de l'album de famille ou la silhouette mobile et silencieuse du futur arrivant.

L'amélioration technologique, introduite par l'enregistrement vidéo, *sort l'échographie de son contexte strictement médical*, tout en augmentant encore le pouvoir de l'image, puisque le document remis peut être utilisé autrement qu'à de simples fins de surveillance ou de dépistage.

Ce phénomène, encore essentiellement parisien, mérite plusieurs observations :

— Il gêne de nombreux échographistes qui y voient un détournement de la fonction médicale de l'examen, ces enregistrements vidéo ayant à l'origine une destination strictement professionnelle (recherche, relecture de bandes dans les cas difficiles, etc.).

— Mouvement encore isolé, il vaut d'être analysé ; il indique, pour la première fois dans les examens couramment pratiqués, la possibilité et la volonté d'une partie du public de *s'approprier*, ou de *reprendre à son usage propre, un matériel et une expérience jusque-là du domaine de la médecine*.

On peut ainsi mesurer le formidable changement qui, en moins d'une génération, s'est installé dans les familles du fait de nouvelles possibilités techniques, et l'impact psychologique qu'elles peuvent produire.

Sophie, trente-six ans, fait part de la différence qu'elle a perçue entre ses deux premières maternités vécues sans échographie, et sa grossesse actuelle où elle l'a découverte : « L'échographie n'est pas un examen neutre, sans effet. J'en ai fait l'expérience, *puisque pour mes deux premiers enfants, je n'ai pas passé d'échographie. J'ai pu faire la différence* : pour mes deux premiers, j'ai vécu ma grossesse comme un ensemble, un déroulement aboutissant à l'accouchement ; j'ignorais tout du bébé. Il n'y avait que mon corps qui changeait. Avec mon mari, on vivait avec, et on s'habituaient à mon état en attendant que j'accouche. Alors qu'avec les échographies que j'ai passées pour Paul, ça nous a apporté quelque chose ; *on a pris conscience de son existence, on a vécu cette grossesse avec notre bébé*. Avec l'image du bébé, par ce côté merveilleux, on accepte plus facilement son sexe, quand ce n'est pas celui qui est désiré. »

Pour Sophie, le changement le plus important est cette apparition d'un nouveau personnage dans le long processus

de la gestation : Paul ou plus précisément une image de celui qui deviendra Paul, mais qui est déjà identifié, présenté, reconnu par sa mère et son père comme étant Paul.

La différence, telle que la rapporte Sophie, est essentiellement *qualitative* : aux repères que constituaient les transformations de son corps au cours de sa grossesse et qui en faisaient le centre et le pivot de l'attente auquel « on s'habituaît », s'en ajoute un autre : l'image de Paul.

Un acte médical particulier

La nature précise de l'acte médical que constitue l'échographie obstétricale mérite quelques éclaircissements. Traditionnellement, tous les examens cliniques prescrits dans le cadre de la surveillance d'une grossesse normale, s'effectuant sur le corps de la mère, la concernent au premier chef, qu'il s'agisse de la visite médicale mensuelle ou bimensuelle, ou des examens complémentaires. Le temps fort de cette surveillance médicale était en fait constitué par l'audition des bruits du cœur du fœtus ; la vie faisait brutalement irruption dans la salle de consultation : un premier battement, une pulsation, une différence rythmée, présence sensible, oh combien, mais non visible.

Cet instant, aujourd'hui, reste toujours chargé d'émotion mais il apparaît souvent chronologiquement *après* la première échographie. La grossesse, très rapidement, se déroule donc sous le signe du « visible », de l'image. Le mode de perception de la grossesse en a été profondément changé : si, autrefois, la future maman *se sentait* d'abord enceinte avant d'entendre, puis de voir son bébé, aujourd'hui elle le voit avant de l'entendre, ce qui lui donne souvent davantage le sentiment d'être enceinte.

Il y a un peu plus d'une dizaine d'années, la seule représentation visuelle du fœtus était exclusivement fournie par les clichés radiographiques, qui n'étaient indiqués que dans

de rares cas, pour effectuer des mesures précises du bassin de la mère par rapport aux dimensions de la tête du fœtus. Ce cliché instantané, figé, est bien différent de la silhouette pleine, entière, en mouvement, obtenue par l'échographie.

En outre, le document échographique est donné non pas *a posteriori* (après le clichage, comme dans le cas de la radiographie), mais en temps réel, c'est-à-dire qu'il apparaît simultanément et consécutivement au déroulement du processus.

Autrement dit, le fœtus est vu dans son milieu naturel, en même temps par l'échographe, la future mère et son entourage. Il est vu « vivant » et non représenté par son squelette, image peu propre à évoquer sa vitalité.

L'échographie obstétricale ne se réduit donc pas à la place qu'occupait autrefois la radiographie. Plus complexe, et surtout, intervenant dès le début de la grossesse, elle en modifie considérablement la surveillance, comme le mode d'attente des futurs parents.

Qui est examiné ?

L'échographe, à la différence du gynécologue ou du médecin accoucheur qui s'occupent principalement de la future mère, s'intéresse, lui, essentiellement au fœtus.

L'échographie obstétricale constitue *un temps unique de la surveillance* de la grossesse (singulier à chaque fois), *centré essentiellement sur le fœtus*, lequel absent jusque-là, occupe soudainement le devant de la scène. La femme enceinte, de personnage central, prend un rôle évoquant davantage celui de la spectatrice.

En schématisant un peu, on pourrait dire que *l'échographie obstétricale constitue le temps du suivi du fœtus*, les autres examens généralement pratiqués étant celui du suivi de la grossesse.

De ce fait, le fœtus devient, précocement, un patient, un

individu déjà repérable et *individualisable*. L'enfant n'est plus ce petit être éthéré, hors du temps et de l'espace ; vu, localisé sur un écran, *il entre dans le monde du commun des mortels*.

Pour Solange, vingt-six ans, vivant sa première grossesse, l'échographie fut un événement tout à fait nouveau : « Mon mari et moi, nous ne connaissions pas cet examen. *Nous étions très émus de voir notre bébé bouger, se retourner dans mon ventre, alors que je ne sentais rien et que je n'avais pas encore physiquement changé.* »

Autre originalité de l'échographie ; le sujet principal de l'examen, qui prime tant sur le plan médical que sur le plan affectif pour les parents, n'est pas celui sur qui il est pratiqué. Par ailleurs, la mère est renseignée, informée des changements intervenus en elle avant qu'elle ne puisse en avoir conscience (« alors que je ne sentais rien et que je n'avais pas encore changé », dira Solange).

D'autre part, si c'est à *partir* du corps de la femme que l'investigation est faite, ce n'est pas lui qui en est *l'objet*. Il s'opère ainsi une dissociation entre ce qu'elle sent (sur elle, et en elle) et ce qu'elle peut voir (d'elle, ou de son intérieur) sur l'écran. Ce qu'elle sent ne correspond pas à ce qu'elle voit. Elle vit alors sur deux plans radicalement différents : celui du fœtus dans son ventre, et celui de son apparence sur l'écran.

Un examen à double face

Plus que tout autre examen médical, l'échographie est un acte fortement investi : il présente une double face :

- de surveillance médicale ;
- d'expérience affective et relationnelle modifiant le vécu de la grossesse.

Cette dualité soulève parfois des difficultés : certains parents, répugnant à l'examen échographique, se heurtent

parfois à une attitude tout à fait intransigeante de la part des médecins, lesquels refusent de se priver de renseignements médicaux qu'ils jugent indispensables et, de ce fait, ne comprennent pas la position des parents.

L'échographie obstétricale fait aujourd'hui partie intégrante du « paysage médical » dans lequel se déroule la surveillance d'une grossesse. La plupart des praticiens, gynécologues ou obstétriciens, soulignent combien la fiabilité et les multiples performances de cet appareil en font un outil indispensable, tout en reconnaissant ses limites. Nombreux sont ceux qui estiment « qu'un retour en arrière est impossible et impensable », soit une surveillance rigoureuse et stricte de la grossesse sans échographie.

Si, de leur côté, la mère ou les futurs parents sont peu enclins à « passer une écho », soit par crainte de la nocivité des ultrasons, soit le plus souvent pour préserver la façon qu'ils ont choisie de vivre la gestation, la dualité se transforme en contradiction difficilement contournable : comment, disent les médecins, suivre le déroulement de la grossesse et le développement du fœtus, si la mère refuse de se prêter à l'examen ?

La surveillance systématique de la grossesse par l'échographie et la formation des gynécologues obstétriciens, qui, l'ayant intégrée à leur pratique, ne peuvent plus s'en passer, ne prennent pas en compte la dimension affective et émotionnelle que représente cette expérience, ni le fait que certains parents désirent préserver la surprise de la naissance et ne connaître l'enfant qu'à ce moment-là. Certes, ils sont assez rares, ce qui les marginalise d'autant, eux que la sensibilité ou la réflexion ont conduits à craindre cette expérience.

Le dialogue est, pour ces différentes raisons, difficile. Les praticiens ne comprennent pas qu'on puisse refuser un examen si utile pour le bébé et la grossesse ; les parents ne comprennent pas pourquoi le médecin insiste tant pour imposer un examen qui modifiera la façon qu'ils ont choisi

sie d'attendre leur enfant. Rappelons à ces derniers que la consultation échographique peut parfaitement se dérouler autour d'un unique écran, visible seulement de l'échographe, comme cela se passait, d'ailleurs, au tout début de l'échographie. Cette possibilité n'est pas toujours envisagée par le médecin, souvent enclin à vouloir faire partager son « enthousiasme » devant l'image produite.

Il peut également être demandé à l'échographe de ne pas faire de commentaires. Ces éventualités sont rarement envisagées, car elles gênent les différents protagonistes.

Ces circonstances, assez exceptionnelles, ont l'intérêt de montrer les deux faces de l'expérience — médicale et psychologique — qui, toutefois, dans la majorité des cas, s'harmonisent à la satisfaction de tous.

Paule, vingt-huit ans, professeur de français, attend son premier enfant : « L'échographie, *c'est un moment qui est à vivre à deux, plus que l'accouchement. J'ai assisté seule aux échographies ; mon ami n'a pas pu venir, mais il le souhaitait vraiment. Je le regrette vraiment, car pour moi c'est un moment de bonheur que l'on veut faire partager. Je connaissais déjà cet examen, ayant assisté aux échographies de ma sœur, mais quand c'est son bébé qu'on vient voir, ça change tout... Et puis, c'est amusant de le voir bouger... Mais en ce qui concerne tout le côté médical, je me serais bien dispensée des échographies.* »

A côté de la fonction strictement médicale de l'échographie à laquelle se soumettent les futurs parents, — avec, dans le cas de Paule, une certaine indifférence —, apparaît bien sa fonction *psychologique, affective et relationnelle*, qui peut être primordiale.

L'échographie est donc parfois plus importante à vivre à deux que l'accouchement, son intérêt médical passant nettement au second plan.

Les aspirations des futurs parents se présentant à la consultation échographique, demandée par le médecin gynécologue ou accoucheur, peuvent ainsi être fort différentes.

Nous touchons ici à ce qui a été souvent dénoncé comme le « détournement » du sens et de l'intérêt de l'échographie obstétricale, au profit du désir des futurs parents de se rassurer, de s'investir, de se « dédommager » à propos d'un examen demandé par un tiers (le médecin) et réalisé dans l'intérêt immédiat d'un autre (le futur enfant).

L'échographie dans ses implications « psychologiques », agirait comme une forme de compensation, de gratification, de réassurance par rapport à l'indication strictement médicale de l'échographie obstétricale qui, déjà, fait du fœtus un être à part. Si l'échographie est un examen médical prescrit, parfois sans demande expressément formulée par les parents, les aspects psychologiques présents dans la séance agissent comme un dédommagement, une manière pour les intéressés d'en faire quelque chose de gratifiant, au-delà de toute indication strictement médicale.

Un examen exceptionnel

La consultation échographique constitue l'unique expérience médicale où les personnes qui assistent sont des participants à part entière. Tout leur est expliqué : ils peuvent suivre le déroulement de l'exploration, « un peu comme le médecin », avec les commentaires. Elle est également le seul examen ouvert à toute personne choisie par la mère pour l'accompagner. Par ailleurs, elle implique une relation d'un type particulier et jusqu'alors inconnu.

Différente de la relation médecin/malade traditionnelle (ou examinateur/examiné), la consultation se centre sur l'image du fœtus sur l'écran, alors que la femme enceinte n'est plus « l'objet » de l'examen, mais est devenue entre-temps spectatrice.

La consultation échographique apparaît dans un premier temps comme un acte médical particulier intéressant un patient — le fœtus — au travers du corps d'un autre — la

ATTENDRE ET VOIR

mère —, laquelle se prête souvent passivement à ce processus. Par contre, les multiples implications affectives de cet examen permettent à cette dernière et à son entourage de lui donner une valeur positive, en l'investissant de forts contenus affectifs.

Lors de multiples enquêtes et entretiens effectués dans le cadre de notre recherche, auprès d'une population de femmes enceintes et de leurs conjoints, à la question : « Pouvez-vous dire, en quelques mots, ce que l'échographie vous a fait ressentir ? », de multiples réponses ont confirmé cette dualité de la consultation échographique (indication médicale, rassurante mais parfois jugée peu importante, implications affectives ou psychologiques surinvesties) : « L'échographie, dira un homme, c'est avant tout la réalité physique d'un monde inconnu, la première rencontre avec le bébé avant qu'il ne bouge. » Sa compagne, témoignera avec le même enthousiasme : « J'ai tout d'abord ressenti l'impression qu'il était déjà là ; quand je l'ai vu, c'était comme si je le tenais dans mes bras, c'était super... »

« Première rencontre, découverte, faire connaissance », le vocabulaire utilisé par les futurs parents insiste sur l'aspect profondément relationnel de l'échographie qui agirait comme un intermédiaire, un médiateur.

L'importance de ces réactions contraste avec certains commentaires portant sur la nocivité éventuelle des ultrasons sur le développement du fœtus. Un débat s'est ouvert, il y a quelques années, sur l'utilité ou la pertinence d'un tel examen pour les géniteurs, les futurs parents.

Un examen mal vu ?

Le succès un peu bruyant de l'échographie obstétricale et les abus quant à son utilisation systématique ont donné lieu à plusieurs études relatives à ses conséquences psychologiques sur le long processus d'attente que sont les neuf

mois de grossesse, appelé encore « gestation imaginaire ». Cette expression indique la manière dont le couple parental et leurs partenaires vont se représenter, imaginer, parler, rêver, jusqu'à l'accouchement, cet enfant présent mais non encore là.

L'échographie obstétricale permet-elle d'aider, de soutenir, d'entretenir cette attente, cette gestation imaginaire ? Se révèle-t-elle sans effet, ou, au contraire, peut-on considérer qu'elle est dommageable, nuisible à cette dernière ?

Certains travaux, réalisés au début des années quatre-vingt, défendent cette thèse. Citons une remarque de M. Soulé pour qui « l'échographie peut être à l'origine de difficultés, réalisant de véritables avortements du fantasme (I.V.F.)¹. En effet, l'évolution et la maturation fantasmatique qui exigent sans doute de suivre la durée d'une grossesse, se trouvent figées, bloquées... ».

Cette réflexion considérerait l'échographie obstétricale comme une opération un peu analogue à un avortement, une interruption volontaire de la grossesse imaginaire. La visualisation, trop précoce, à l'écran, d'une image ou d'une représentation du futur enfant, dans une réalité trop immédiate, se substituerait ou rendrait impossible même le travail ou l'activité imaginaire de représentation de l'enfant nécessaire au bon déroulement d'une grossesse. L'échographie présenterait, dans cette hypothèse, un effet traumatisant. A l'enfant imaginaire se substituerait trop tôt, et de manière irrémédiable, « l'enfant de la réalité » visualisé sur l'écran. L'échographie empêcherait par son aspect réaliste de rêver l'enfant.

1. I.V.F. : interruption volontaire de fantasme ; cette expression veut rapprocher l'échographie de l'I.V.G., interruption volontaire de grossesse ou avortement, in *La Dynamique du nourrisson*, T. Brazelton, B. Cramer, L. Kreisler, R. Shappi, M. Soulé, éd. E.S.F., 1982.

Ces réflexions, exprimées « à chaud », au début de l'échographie, par des personnalités éminentes de la pédiatrie ou de la psychanalyse, entraînèrent une vive surprise chez les gynécologues obstétriciens, teintée de réticence parmi les personnels travaillant dans le champ de la santé mentale et de la prévention. Nous aurons l'occasion de revenir ultérieurement sur cette activité imaginaire, accompagnant toute grossesse et généralement appelée « gestation imaginaire ». Elle consiste principalement à évoquer, rêver et donc parler du futur bébé, pendant les neuf mois d'attente précédant la naissance.

Quelques années plus tard, un travail clinique¹ et statistique, mené en Suisse, soutiendra, avec plus de nuances, des thèses voisines.

« Au niveau de la confrontation enfant visualisé/enfant imaginaire, notre conclusion est qu'en général l'ultrason court-circuite la fantasmatique habituelle de la parturiente ; la représentation de l'enfant donnée par l'échotomographie peut être perturbante (...). De toute façon, les images projetées sur l'écran ne correspondent jamais à la représentation que se font les futurs parents de l'enfant à naître, d'où parfois leur déception face aux images échographiques. De plus, l'ultrason évoque immanquablement l'enfant perdu, que ce soit par abortus spontané, IVG, mort in utero, à la naissance ou après... »

On retrouve dans l'expression « court-circuit » un effet proche de celui dénoncé par M. Soulé : l'échographie bloquerait toute créativité de pensée en liant toutes les représentations possibles à la seule image du fœtus sur l'écran. L'échographie aurait un effet essentiellement contraignant sur l'imagination.

L'ensemble de ces travaux et réflexions, apparemment très

1. W. Pasini, A. Courvoisier, *Sexualité et Gynécologie psychosomatique*, éd. Masson, tome 2, Paris.

éloignés du vœu généralement exprimé, a eu le mérite d'attirer très tôt l'attention sur l'importance des aspects émotionnels et affectifs contenus dans l'échographie. La prudence ou la défiance qu'ils expriment révèlent l'importance des processus déclenchés et soulignent la remise en question des modèles théoriques jusque-là admis.

Deux échographistes¹, plus circonspects dans leurs conclusions, publièrent en 1980 une première réflexion sur la question de « la confrontation avec la réalité, de l'image de l'enfant sur l'écran de l'échographie, avec l'enfant imaginaire ». Les auteurs insistent sur l'importance que prend l'interprétation, c'est-à-dire le poids des paroles de l'échographiste, par rapport à l'image qui est de mauvaise qualité et indéchiffrable sans entraînement. L'image proposée, concluent ces auteurs, « est donc suffisamment floue pour avoir un sens différent pour chaque femme ». La contradiction entre enfant imaginaire et enfant réel ne serait donc pas aussi irréductible que sa formulation pourrait le laisser penser. Autrement dit, l'imprécision de l'image laisserait une place suffisante aux processus imaginaires accompagnant la grossesse.

Si lors de l'introduction de l'échographie à la fin des années soixante-dix, les hypothèses pessimistes pouvaient s'appuyer sur un certain nombre de personnes « traumatisées » par l'expérience, la banalisation et l'extraordinaire diffusion de l'examen ont, depuis, provoqué un changement des comportements sociaux. Ce nouvel examen est maintenant « digéré », les usagers en ont progressivement intégré les différents effets. L'échographie obstétricale est entrée dans les mœurs et nous verrons, dans les chapitres suivants, l'influence qu'elle exerce sur les processus imaginaires de maturation et d'identité, à l'œuvre au cours d'une gestation.

1. M. Garel et M. Franc (voir bibliographie).

VI

Un conte à rebours ?

Qui peut garantir l'issue d'une grossesse ? Peu d'hommes assumeraient neuf mois durant pareille incertitude. Cariotype et échographie sont bien des inventions d'hommes, destinées à réduire le doute, ou tout au moins l'attente.

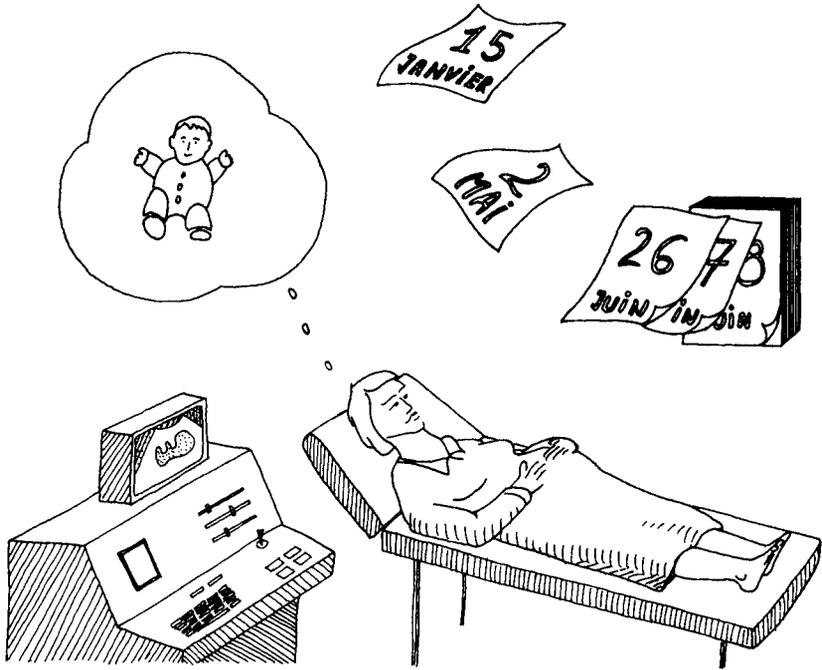
Lucien Israël.

La première consultation échographique est souvent rapportée par les futurs parents comme le premier moment où ils se sont « sentis attendre réellement un enfant ». La plupart témoignent que cet examen leur fait négocier un tournant radical. Écoutons Marie-Christine, trente-six ans, sans profession, qui vient de mettre au monde son troisième enfant :

« Attendre un enfant, c'est beaucoup de choses : il faut d'abord s'habituer à être enceinte ; puis, *après la première échographie, il faut s'habituer à attendre un enfant, s'habituer à sa présence parmi nous, parce que avant même sa naissance, il est en quelque sorte déjà là ;* enfin il faut s'habituer à sa séparation, à sa naissance. »

Marie-Christine rend compte clairement du « travail » psychique que constitue toute gestation, qui, pour elle, s'inscrit dans une succession précise, organisée autour du temps.

L'échographie obstétricale précise l'attente : à celle de la grossesse se substitue, se superpose, celle de l'enfant.



Attendre un enfant déjà là

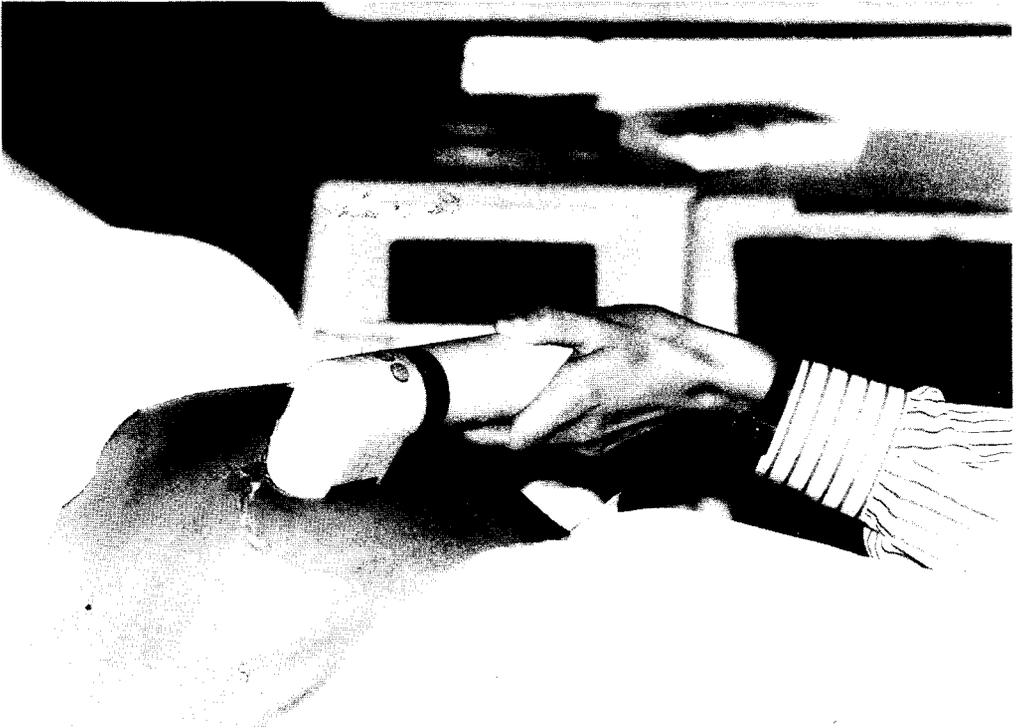
De nombreux auteurs ont insisté sur les caractéristiques de l'attente de grossesse et sur les transformations psychologiques qui l'accompagnent. Rappelons les travaux de G. Lévy : « Quelque chose lui manque à la femme enceinte, ce sont ses règles. Et c'est plus en ce défaut qu'en un excès qu'elle découvrira son nouveau corps. A l'écoute de cet intérieur inconnu, attentive, elle guette. Or, ce qui lui parvient n'est pas ce qu'elle attend. Inquiète, elle attend quelqu'un d'autre, mais c'est d'elle-même que ça vient. C'est entre elle et elle-même que ça se passe. Et c'est dans le silence de ses organes que ça parle. »

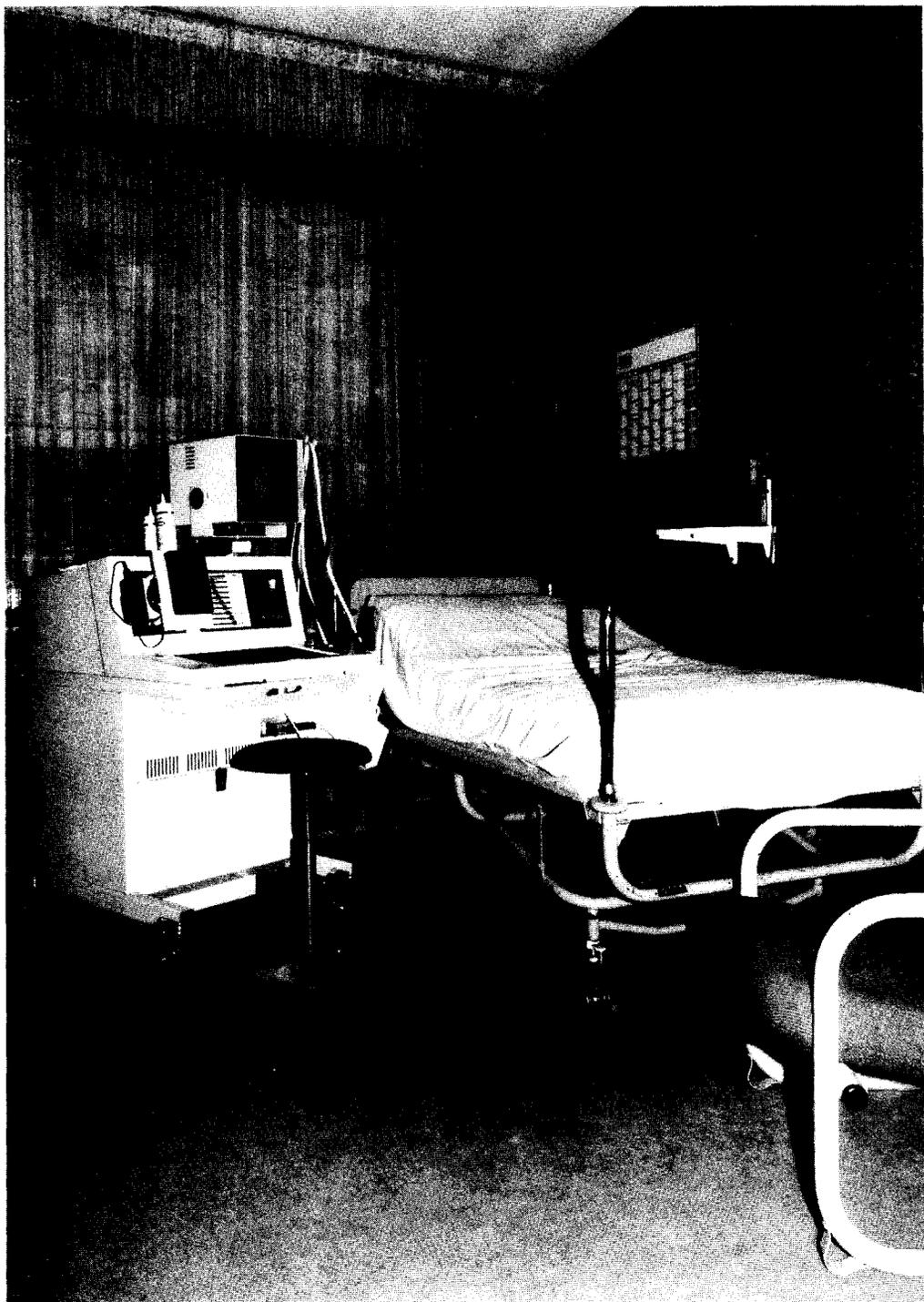
La première échographie remplit ce silence, en ouvrant le temps de l'attente de l'enfant. Elle modifie et organise une chronologie. Un temps nouveau se découpe. Il apparaît dans



Séance d'échographie.

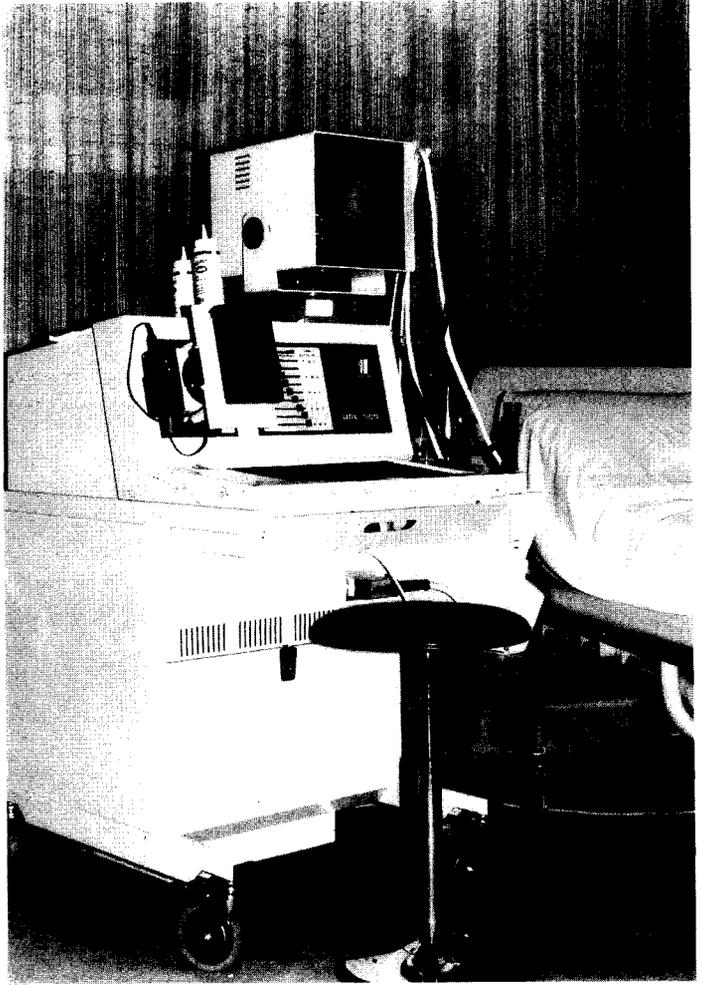
Sonde sur le ventre d'une femme enceinte.





Salle d'échographie.

Appareil
d'échographie.



Echographiste
commentant l'image.



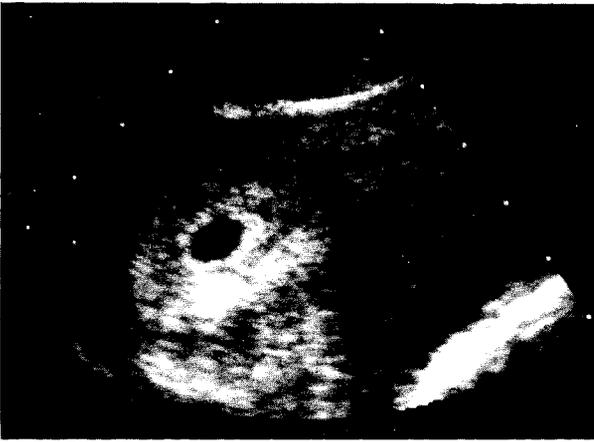
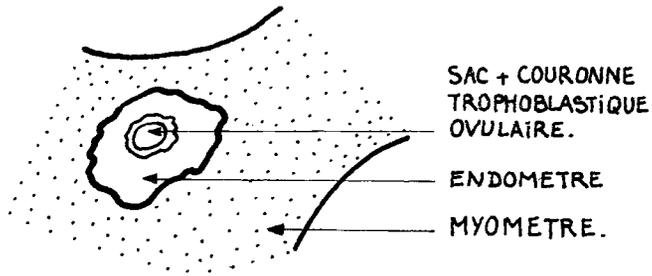
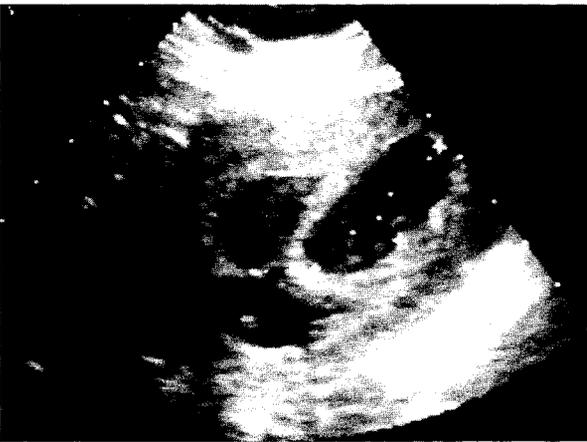


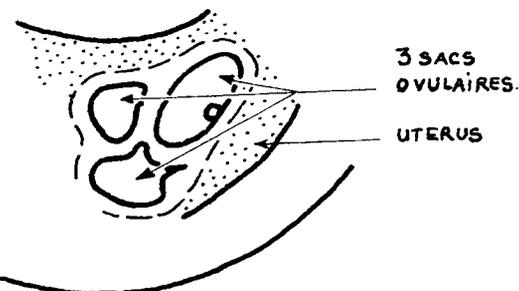
Image de début de grossesse
à 4,5 S.A., soit 4 à 7 jours de retard
de règles.



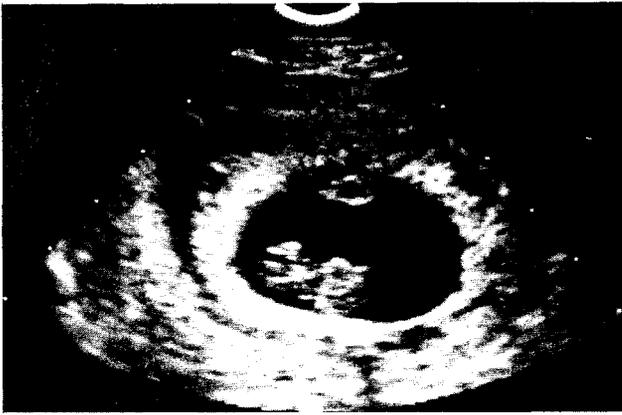
SAC + COURONNE
TROPHOBLASTIQUE
OVULAIRE.
ENDOMETRE
MYOMETRE.



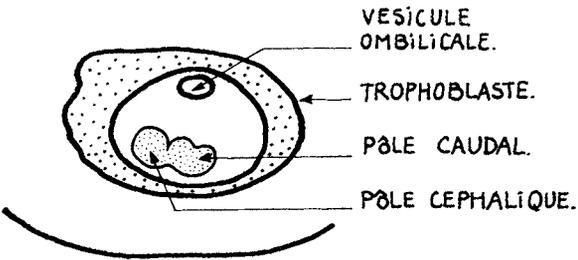
Grossesse multiple. Image de
3 sacs ovulaires dans l'utérus
à 6,5 S.A.



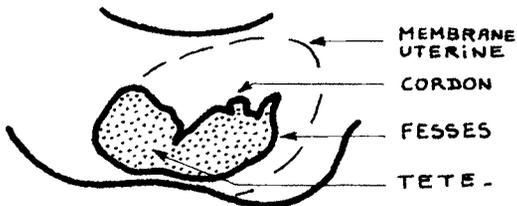
3 SACS
OVULAIRES.
UTERUS

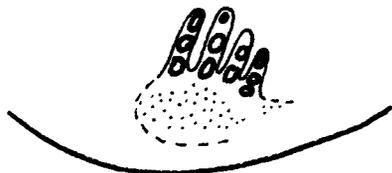


Grossesse de 8 S.A. + 2 jours.
La silhouette commence à apparaître.

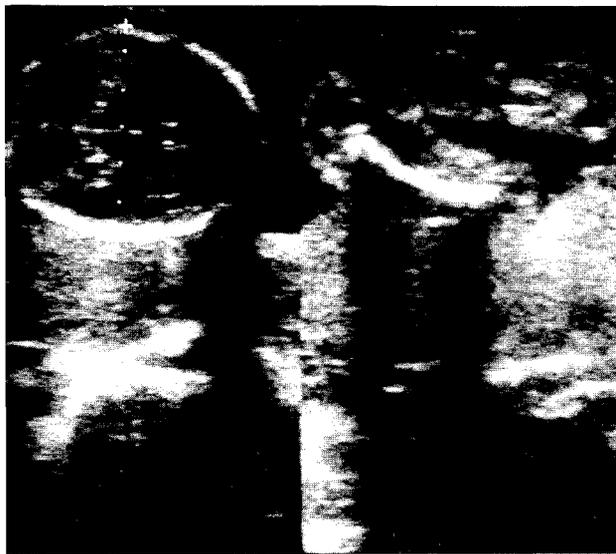


Fœtus à 10,5 S.A.

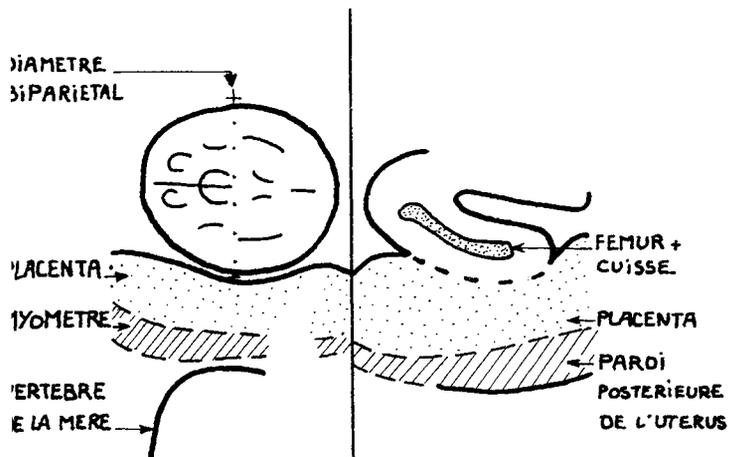




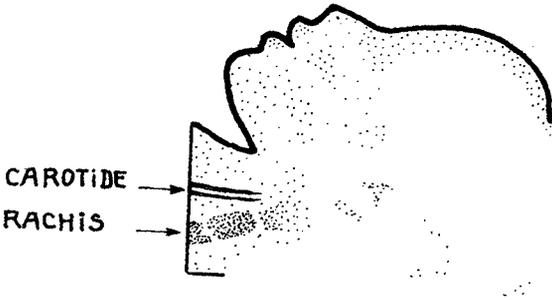
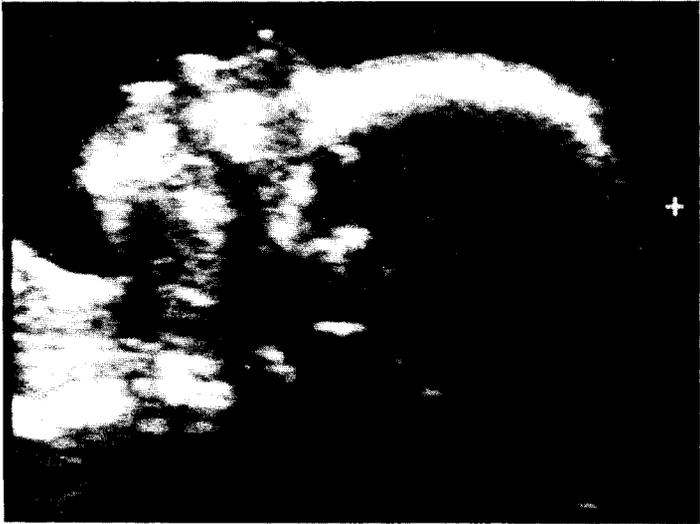
Vision des 3 phalanges de chaque doigt d'une main (le pouce n'étant pas dans le plan) à 20 S.A.



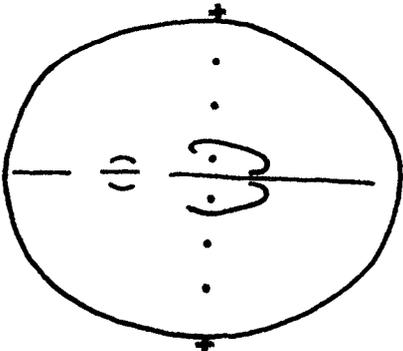
Double cliché à 23,5 S.A.
Mesure du fémur et de la tête.



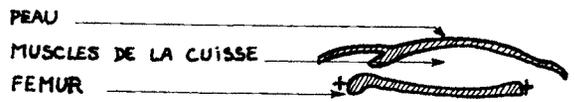
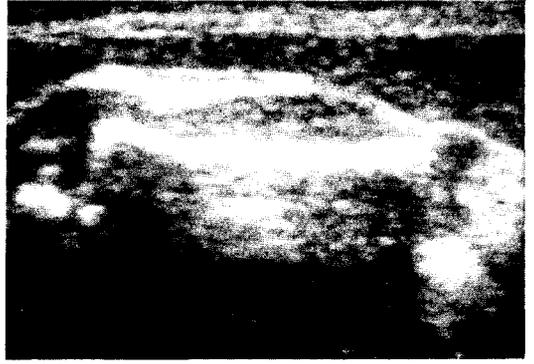
Tête vue de profil
à 23,5 S.A.



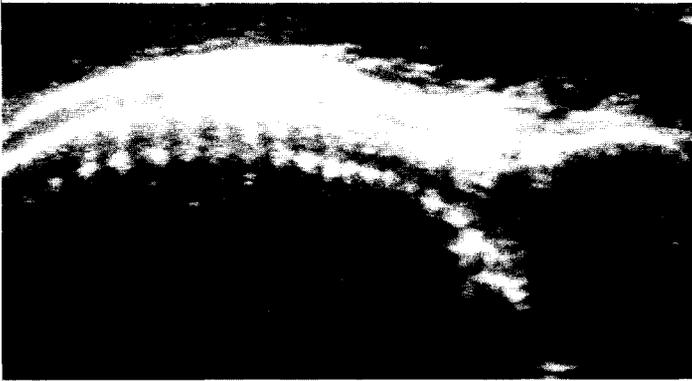
Mesure du diamètre bipariétal (= 72 mm) à 28 S.A.



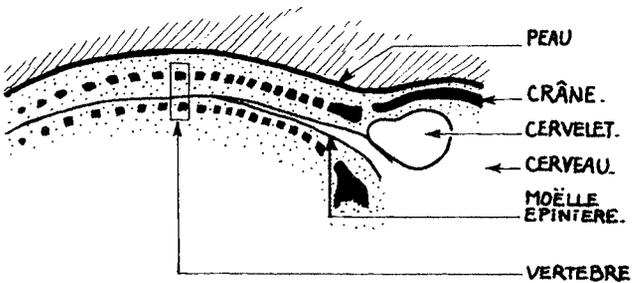
Mesure du fémur à 31,5 S.A.



LONGUEUR DU FEMUR : 59 mm.



Coupe longitudinale passant par le rachis cervico-dorsal à 34 S.A.



deux phénomènes, différents de nature, mais simultanés :

— Cette consultation est principalement celle de l'enfant-à-naître, qui en devient le patient principal. Ce premier examen inaugure son « temps » d'existence.

— Par ailleurs, les repères chronologiques permettant de dater la grossesse ne sont pas ceux qu'utilisent la plupart (pour ne pas dire la totalité) des femmes enceintes. Le recours à la date du premier jour des dernières règles (norme internationale) ne correspond nullement à la tendance générale de dater la grossesse, soit du jour présumé de l'ovulation, soit de celui du rapport supposé fructueux.

La première consultation échographique modifie le temps : elle introduit celui du fœtus, mesuré, comptabilisé suivant une logique qui n'est pas celle de la parturiente :

Deux vies coexistent et deux cœurs battent la mesure à un temps différent, ce qui n'est pas sans surprendre et parfois même inquiéter les mamans : en effet, le cœur du fœtus bat à un rythme de cent trente à cent cinquante pulsations par minute, soit près du double de celui de sa mère.

On peut avoir une idée plus précise de ce phénomène de nouvelle temporalité, si l'on se reporte aux travaux antérieurs à l'échographie relatifs à l'évolution « psycho-affective » de la femme enceinte. Selon certains¹, on distinguait alors trois étapes au cours de la grossesse :

« Le premier trimestre correspondrait à une période d'angoisse en rapport avec la disparition des règles et l'ambivalence du désir de grossesse. A ce stade, il est fréquent que l'enfant soit totalement étranger au couple, d'autant que l'image corporelle de la femme n'est pas encore franchement modifiée et qu'elle ne perçoit pas de mouvements actifs.

« Avec le deuxième trimestre, s'instaure une période de calme végétatif qui oscillerait de la résignation à la couvaison ; la femme se sait enceinte avec certitude. Les modifica-

1. L. Schneider et M. Engelstein (voir bibliographie).

ATTENDRE ET VOIR

tions anatomiques rapides et importantes s'imposent, le fœtus se manifeste maintenant de façon patente pour le couple, parfois même par les bruits du cœur entendus en consultation.

« Au troisième trimestre enfin, l'anxiété liée à l'appréhension de l'accouchement, aux divers fantasmes acquis, rendrait la femme plus fragile, plus vulnérable aux agressions. »

L'échographie obstétricale a bouleversé ce découpage. Sa caractéristique principale pourrait se résumer à l'anticipation qu'elle opère, transformant radicalement le temps, le rythme et les phases de la grossesse. Ainsi, c'est dès le premier trimestre que se *manifeste* de façon patente l'existence du fœtus ; il arrive même que ce soit sa manifestation, visible sur l'écran, qui confirme la grossesse !

Le fœtus est mis en évidence *avant qu'il ne se manifeste lui-même* dans le corps de la mère. Ce n'est plus elle qui annonce son existence « vivante, palpable ». On lui annonce, on lui montre cette vie différente, pleine de mouvement « objective ».

Ce fait bouleverse les processus psychologiques des deux premiers trimestres. Dès lors, les futurs parents doivent en même temps faire face à l'ambivalence du désir de grossesse et au travail de couvaion.

Mesure et temps sur une portée

La première consultation d'échographie apparaît ainsi comme l'irruption d'une nouvelle temporalité : elle fixe un temps, celui du fœtus, *qui est déjà compté*, distinct de celui de la mère ; elle détermine (par ses mesures) de façon extrêmement précise l'âge du fœtus, et fixe donc le terme supposé de la grossesse.

De ce fait, elle agit principalement comme un *compte à rebours*, dont le point de départ fixe automatiquement, logiquement, le point d'arrivée.

Cette temporalisation « objective » de la grossesse est un phénomène nouveau. Elle rend difficile les « oublis » ou les imprécisions fréquentes des jeunes femmes enceintes, qui, auparavant, gênaient tant les gynécologues dans le calcul de la grossesse, mais qui permettaient aux intéressées de vivre « hors du temps ».

La formalisation que permet l'échographie, dans le même temps où elle fournit aux futurs parents une image, un support à leurs représentations, leur indique une existence avec ce qui peut faire pression sur elle (la malformation, la mort). Ainsi, de cette formalisation hors du néant (l'enfant est tout ou rien) naît une question existentielle, celle devant la vie, toujours menacée par la maladie, la mort : « Est-il normal ? »

Avec l'échographie, l'enfant qui va naître, du silence matriciel, imaginé par les humains, hors de leur espace-temps, merveilleux parce que sans ces limites qui nous font précisément exister, devient *soumis aux mêmes exigences, limitations* qu'un être humain.

Il y a une rupture psychologique capitale : l'utérus, la matrice maternelle ne constituent plus cet espace utopique, intemporel, dont les mythes et les légendes faisaient la source et le berceau du monde.

L'une des premières conséquences de l'échographie obstétricale, c'est *l'introduction du temps* : il décentre la femme enceinte du processus de la gestation : *c'est lui qui déjà la sépare inéluctablement de son enfant.*

Le temps de la grossesse n'est pas le même que celui du fœtus. Le premier est souvent repéré au volume du ventre maternel (« vous devez en être au moins au sixième mois ! »), alors que l'âge du fœtus est fixé par son développement, dont la progression saisit les parents à chaque consultation :

« Ah tiens ! cette fois-ci, on ne peut plus le voir en entier à l'écran, comme la dernière fois ? », demande une mère. L'échographiste : « Bien sûr que non, il a grandi ! » La mère : « Je ne pensais pas que c'était à ce point-là... on ne le dirait pas en voyant mon ventre. »

L'échographie, par son dispositif particulier, va ainsi peser de tout son poids entre deux dynamiques souvent opposées : celle du désir de grossesse d'une part ; celle de toute démarche scientifique, et médicale en particulier, d'autre part.

En effet, comme le souligne G. Lévy : « Le temps de la grossesse ignore le compter, ou plutôt est une autre façon de compter. Le temps de la grossesse n'est pas un temps défini, même s'il peut être souhaité infini. C'est le rôle essentiel du discours scientifique ; il vient assurer que ce temps prendra fin, qu'il connaît une durée et une limite, que la délivrance aura bien lieu un jour. »

Cette dualité était présentée jusqu'alors comme une opposition incontournable. L'originalité de l'échographie pourrait bien se situer au niveau du paradoxe qu'elle suscite :

— Par l'introduction du temps qu'il suppose, cet examen pousse à l'extrême la limitation impartie au discours scientifique. L'échographie va naturellement dans le sens d'une séparation initiale entre mère et enfant.

— Pourtant, loin d'être ressentie comme une agression, l'échographie est généralement vécue par les futurs parents comme une ouverture, une révélation, parfois proche d'une annonce.

Loin d'être un déchirement, elle est rapportée comme une découverte, une rencontre, faite du sentiment de « vivre avec quelqu'un ». Comme l'indique Murielle, vingt-six ans, employée de banque : « De toutes, c'est la première échographie que j'ai trouvée la plus intéressante, parce qu'on voit le bébé tout entier. Avec mon mari, nous étions fous de joie. C'est merveilleux, on réalise que le bébé est dans mon ventre¹. A partir de là, on a vécu toute la grossesse avec le bébé, on lui parlait, on le caressait. »

1. Nous avons respecté les « temps » que cette patiente utilisait. La non-concordance des temps, eu égard à la syntaxe, reflète la prégnance de la première consultation, réévoquée au présent.

La consultation échographique pourrait ainsi apparaître comme une médiation, par l'image qu'elle propose, entre le besoin d'imaginer propre à toute gestation et la limitation qu'amène toute surveillance de la grossesse.

La tension, née de la contradiction entre cette envie de voir l'enfant, de savoir, et l'angoisse que provoque cette forme vue, constituent le temps fort de chaque consultation échographique, se précisant parfois davantage au fur et à mesure qu'approche le terme de la grossesse.

Examinons l'expérience de Sophie :

« Pour moi, la première échographie a marqué *le premier contact avec mon bébé*. Cela a été un moment très agréable, la confirmation de ma grossesse. A la deuxième échographie, je l'ai revu. Je l'aimais déjà, mais on l'aime pour lui, pas pour l'image. On a l'impression qu'il est déjà là. C'est un contact très important, on détaille tout, c'est la quasi-certitude de son existence, de sa réalité.

« Après les échographies, surtout après la deuxième, il m'a beaucoup manqué : *c'était comme un accouchement et que l'on me le retire après*.

« Quant à la troisième échographie, c'est beaucoup moins impressionnant : elle rassure pour l'accouchement qui approche. Disons qu'à ce moment-là, on laisse un peu de côté cette troisième séance : la préparation à l'accouchement se termine, et on se préoccupe plus de l'accouchement même. »

L'échographie obstétricale rythme la gestation selon le profil schématique suivant :

- La première consultation échographique bouleverse la gestation. Par le support imaginé qu'elle offre, elle donne corps aux représentations mentales déjà présentes du futur enfant. Elle marque le passage du sentiment d'être enceinte à celui d'attendre un enfant, précis, individualisé, nommé.

- La deuxième consultation augmente ce phénomène puisqu'elle correspond généralement à la possibilité de

connaître le sexe du fœtus. Au bébé ou à l'enfant asexué (ou investi provisoirement des deux sexes), se substitue un enfant, limité dans son corps à une identité sexuelle unique : il est *ou* garçon *ou* fille. Que les parents décident ou non de connaître ce qu'on appelle le « diagnostic » du sexe fœtal, cette possibilité même de choix qui leur est laissé modifie les conditions de la gestation : l'échographiste, les conjoints peuvent voir, savoir, connaître une caractéristique essentielle de l'enfant.

De nombreux parents insistent sur la maturation produite par ce second examen : par rapport à la première consultation, il atteste des changements intervenus chez le fœtus, et marque une étape très importante de la gestation : au « déjà là » de la première séance succède un « déjà avec un sexe ».

Une nouvelle fois, l'échographie a une *fonction anticipatrice* : elle permet de dire, dans la réalité, quelque chose qui est encore difficilement appréhendé, ou même imaginé par les futurs parents. Si, autrefois, les parents se posaient imaginativement la question « est-ce une fille ou un garçon ? », sans pouvoir répondre, maintenant, elle est posée dans un contexte réel. Dès lors, chacun est contraint de se situer par rapport à cette interrogation, à ce moment précis ; cette possibilité technique offerte *bouleverse donc le temps*. L'évolution technologique produit ici un effet de contrainte : elle oblige les individus à répondre à certaines questions à des moments non choisis par eux. Si la question « garçon ou fille » se pose pendant toute la grossesse, les deux éventualités sont le plus souvent officiellement ou secrètement conservées. L'échographie, et plus particulièrement celle pratiquée vers la vingtième semaine, va trancher la question dans la moitié des cas.

- La troisième consultation privilégie davantage l'événement qui est proche : l'accouchement.

Un détachement par rapport à l'enfant s'amorce, et cette

échographie marque un arrêt ; la « délivrance » étant proche, elle concerne au moins autant la mère que l'enfant, puisqu'elle permet de déterminer, en fonction des éléments relevés, les conditions de l'accouchement et de la naissance.

Cet examen est souvent évoqué comme le dernier rendez-vous avec l'enfant de la grossesse, le dernier visa avant sa sortie. De nombreuses femmes, et certains couples, signalent la valeur de *repères* que constituent les trois séances échographiques généralement pratiquées. Chacune marque une étape, avant la suivante, le temps d'attente étant ainsi moins long, moins pénible. Plusieurs pères ont exprimé « le second souffle » qu'ils reprenaient après chaque séance d'échographie, qui, dans leur succession, les aidant à « s'y retrouver » dans ce long processus d'attente. Certains parents ressentent, dans les jours qui suivent les séances, une impression de séparation et le sentiment que leur enfant leur manque. Ils attendent avec impatience le prochain examen, qu'ils vivent comme un rendez-vous précieux avec leur bébé.

Ainsi, l'échographie obstétricale, introduisant le fœtus dans le temps, permet, en retour, aux futurs parents de *temporiser leur attente*.

Elle permet, et est utilisée comme tel, un accompagnement dont l'indication semble au moins aussi psychologique que médicale. On pourrait dire, en d'autres termes, qu'elle remanierait en la prolongeant jusqu'à son réveil, *une forme de rêverie* dont la plupart des éléments s'apparenteraient à la réalité. Elle scande, ponctue, nourrit, fournit du « matériel » à la gestation imaginaire. Celle-ci se reprend, se reconstruit, perdure puis se transforme après chaque consultation. Et, grâce à l'échographie, elle a un rythme qui la mène harmonieusement vers son dénouement.

Chaque consultation échographique rappelle les futurs parents à la « réalité » du fœtus. Elle n'arrête pas les processus imaginaires mais, au contraire, les relance, à partir des informations qu'elle donne. Lorsqu'il y est fait état de

ATTENDRE ET VOIR

malformations possibles, cette relance imaginaire prend la forme d'un cauchemar.

L'échographie obstétricale fournit, dans bien des cas, des informations permettant à la rêverie de se relancer, en les intégrant de telle manière qu'elles aboutissent spontanément ou naturellement à un réveil, non causé par l'extérieur, mais de l'intérieur même ; c'est d'ailleurs le cas de bien des rêves qui trouvent une fin pour des motifs propres à la vie onirique, et non relatifs à la réalité extérieure.

*Ce déjà là
Est aujourd'hui trop petit
Comme un vêtement d'enfant.*

J. Debruyne.

VII

Lorsque l'enfant paraît...

A chaque fois qu'un enfant s'introduit dans le monde, les hommes se trouvent interrogés par ce qui parle, dans l'obscurité de leur chair, et qui demande impérativement à prendre corps dans l'histoire...

D. Vasse.

L'arrivée d'un enfant dans une famille n'est pas chose simple. Le nouveau venu modifie complètement les liens qui organisaient le monde familial avant son arrivée : les amants ou les époux se retrouvent parents, d'autres adultes grands-parents, tandis que des enfants se trouvent promus à la responsabilité redoutable de grande sœur ou d'aîné.

Ces modifications bouleversent la réalité familiale, et les neuf mois de grossesse sont souvent vécus comme un délai nécessaire pour faire face à ces multiples réaménagements : la venue du bébé donne à chacun une nouvelle place.

Dans ce processus, quel est l'impact spécifique de l'échographie ? La présence de l'enfant sur l'écran engage très tôt les membres de la famille dans le processus de préparation à la naissance.

Le petit dernier de la famille : le fœtus

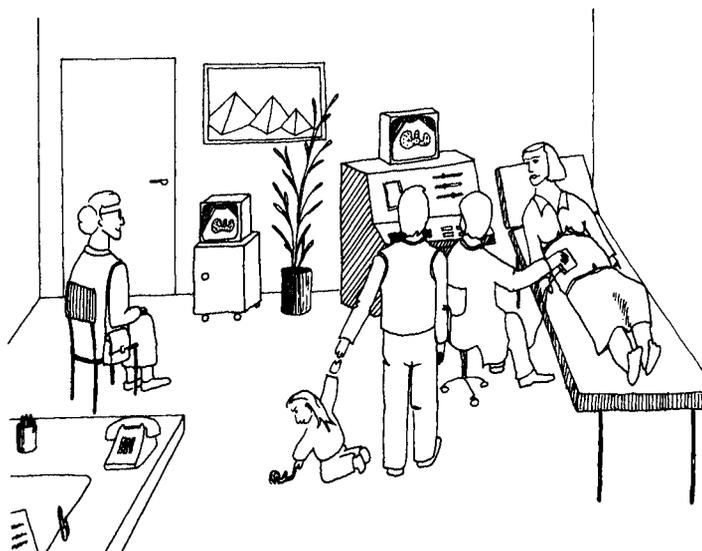
Cette présentation précoce du fœtus que réalise l'examen permet-elle à chacun des spectateurs familiaux de trouver sa place ?

La consultation échographique présente, en image, un étranger, inimaginé parce que inimaginable : la vie n'a pas de représentation, en tant que telle. Cet être étrange, inconnu jusqu'alors, surprend, déroute, bouleverse les futurs parents, mais souvent les rassure.

Comment concevoir que ce que l'on ne sent pas encore dans son corps, apparaisse déjà si vivant, mobile, entier ? Le fait de voir le fœtus, si proche par son allure de futur bébé, le rend émouvant, familier, accepté, déjà adopté. « Miracle » de la technique ? D'un seul coup, cette vie étrangère devient « réalité » dans l'esprit des membres présents de la famille. Tous, quel que soit leur lien de parenté avec ce nouveau-né, prennent acte — par anticipation — de sa présence. La soudaineté de cet attachement participe pour beaucoup à l'intensité des émotions ou des sentiments exprimés...

Le fœtus est déjà investi par ceux qui le regardent, alors qu'il n'a pas encore vu le jour... Un clan familial apparaît ainsi aux séances dans une indifférenciation collective qui n'est pas, parfois, sans peser sur l'échographiste : qu'attendent-ils ? De quels rêves, secrets et anciens, est-il le passeur, le temps d'une consultation médicale ? Pourquoi sont-ils là, eux qui, à l'exception de l'une d'entre eux, ne vont pas accoucher ?

Une grossesse dont chacun se sent partie prenante



Plus que tout autre examen, l'échographie fait apparaître les multiples résonances d'une grossesse. Son caractère public en fait le seul examen où le praticien soit confronté à d'autres « manières de voir » que celles du patient ou du bénéficiaire de l'examen. Et l'embarras de l'échographiste est grand, au moment de la demande de diagnostic de sexe fœtal, lorsque plusieurs attentes contradictoires se sont déjà exprimées. Doit-il prendre le risque d'accentuer des différences dans ce groupe familial provisoirement uni par l'attente ?

La multiplicité des spectateurs — y compris l'échographiste — modifie considérablement la portée de cet examen médical pour la femme enceinte. Tant que l'enfant restait à l'abri des regards, elle en gardait l'exclusivité ; c'était en elle, et en elle uniquement, que sa gestation se déroulait. Elle pouvait en rapporter certains aspects à son entourage, mais cette expérience restait, pour l'ensemble, strictement personnelle.

Dès lors que chacun peut voir le fœtus, le regarder, puisque sa mère le voit avant de le sentir dans son corps, elle est dans la même position que ceux qui sont à ses côtés sans toutefois le porter. Chacun se croit, se sent concerné, « partie prenante » d'une grossesse qui n'est plus seulement l'affaire des futurs parents de l'enfant.

Certaines consultations sont à cet égard révélatrices : la parturiente, allongée, regarde silencieusement l'écran, tandis que des membres de sa famille (sa mère, une sœur) scrutent avidement l'image et ne cessent de poser des questions à l'échographiste.

Dans d'autres cas, les futurs parents participent activement à la consultation. Leurs proches expriment dans un silence chargé d'émotion, leur étonnement et leur joie : cet enfant qui paraît, c'est déjà leur fils, leur neveu, leur petit-fils...

Chacun voit au travers de l'image la projection de ses désirs, de ses attentes secrètes. Même si les parents espèrent l'un et l'autre un garçon, il ne s'agit pas du même garçon.

Femme enceinte et mère porteuse

C'est parfois à l'occasion de la première échographie que certaines femmes apprennent qu'elles sont enceintes. L'examen confirme ce qui n'était qu'une présomption. L'émotion suscitée par la nouvelle s'efface vite devant celle provoquée par la découverte d'un être en elles. Josiane s'en souvient encore : « Je n'ai pas eu le temps de réaliser que j'étais enceinte ; déjà je voyais l'enfant que je portais. »

L'anticipation que provoque l'échographie s'avère donc être à double tranchant : la future maman attend « maintenant » un enfant, mais elle peut aussi « sauter » ou dépasser trop rapidement le simple état d'être enceinte.

La consultation échographique modifie le statut de la

femme enceinte. Traditionnellement (et actuellement encore avant la première échographie), l'état de grossesse confère à la femme enceinte une position particulière, privilégiée. Elle est le centre d'intérêt, l'objet d'attentions, de prévenance. Ses proches ou son conjoint se préoccupent de sa santé, l'entourent d'affection, s'inquiètent de ses malaises, de ses sensations, de sa fatigue, de ses vomissements.

L'échographie, en focalisant l'intérêt des membres de la famille sur l'image du bébé, fait de celui-ci, nous l'avons vu, l'objet des préoccupations et des intérêts, reléguant parfois la parturiente au second plan. Ce n'est plus elle, son état, qui sont pris en considération, mais sa fonction de mère et sa responsabilité vis-à-vis (vie à vie) de l'être qu'elle porte.

Céline, vingt-huit ans, en témoigne : « Avant ma première échographie, je me sentais enceinte. Maintenant, j'ai conscience de porter un enfant, auquel tout mon entourage s'intéresse... »

Certaines femmes vivent cette transformation comme une privation, et d'autant plus que l'enfant est fortement investi. Il est alors fait sans cesse référence à son intérêt, à son développement, à sa protection nécessaire, et par là même à la responsabilité prioritaire et supplémentaire qui en incombe à la mère qui le porte : « Repose-toi, pense au bébé... Arrête de fumer, tu sais que ce n'est pas bon pour lui... Tu devrais manger plus, n'oublie pas que vous êtes deux... » Conseils qui accompagnent bien souvent la gestation. « Et moi, là-dedans, s'écrie Sonia, je compte pour quoi ? Il n'y en a que pour le bébé... »

Ce mouvement de l'entourage n'est pas caractéristique de l'échographie, mais il en est accru, par le déplacement qu'elle provoque : par la projection « au-dehors » d'un dedans jusqu'alors réduit aux sensations maternelles et aux palpers médicaux, l'échographie, le temps de chacun de ses examens, place au centre de son dispositif l'enfant que tous peuvent voir, tandis que la mère occupe une place plus modeste.

Ce changement est le plus souvent bien accepté. D'abord,

parce que les trois séances de l'échographie ne constituent pas toute la grossesse, et qu'à leur suite la future maman reprend sa position centrale; ensuite, et surtout, parce qu'il s'intègre dans un réaménagement relationnel, qui offre d'autres satisfactions jusqu'alors insoupçonnables. Car il n'y a pas que les mères qui soient transformées par l'échographie...

Des pères en attente

L'arrivée des maris ou des compagnons dans les salles d'échographie, leur assiduité sans cesse plus importante à ces examens surprennent le personnel médical. En cabinet privé, un peu plus de 50 % des femmes enceintes viennent accompagnées du futur papa. Cette proportion semble moins importante dans les services publics de maternité, sans qu'il soit possible d'en expliquer les raisons avec précision.

Les motivations de la présence masculine sont intéressantes : « Tout à fait dans la logique des choses », « C'est ma place, c'est tout à fait normal », « Je ne comprendrais pas de ne pas y être », ces propos qui reviennent extrêmement souvent surprennent parfois, par leur détermination, les futures mères. Ces « nouveaux pères » se sentent concernés, intéressés, impliqués, responsables de leur progéniture au même titre que leur compagne.

Leur participation aux séances est souvent active; selon qu'ils se trouvent aux côtés de leur femme, partageant le même écran qu'elle, ou derrière l'échographe, leur comportement est sensiblement différent. Rassurants, tendres et affectueux dans le premier cas pour leur compagne, ils se montrent dans le second volontiers questionneurs, ils demandent des éclaircissements au praticien dont ils deviennent aussi l'interlocuteur privilégié. Parfois même, dans cette proximité du médecin, ils ont tendance à s'intéresser aux techniques liées au dispositif.

Dans tous les cas, ils font, par les examens échographiques, leur entrée dans un monde dont ils étaient jusqu'alors exclus : celui de la grossesse.

« L'échographie, raconte Ferdinand, trente-trois ans, a été pour moi la rencontre avec la réalité physique d'un monde habituellement inconnu, la première rencontre avec le bébé avant qu'il ne bouge... »

Pour Thierry, elle lui a permis de « visualiser mes enfants dans leurs premiers stades de vie... ». Enfin, pour Djamel, elle a apporté « affectivement, beaucoup de bonheur, de puissance et d'humilité; raisonnablement, une perception de meilleure qualité de l'enfant... »

Les hommes, par le biais de l'échographie, vivent imaginairement et partagent davantage ce que leur constitution physique rend impossible. Nous assistons à un curieux phénomène : d'une part les femmes obtiennent de plus en plus la reconnaissance de leur égalité sociale et professionnelle; les hommes, par ailleurs, souhaitent être davantage associés à la grossesse et à la gestation imaginaire. Le statut de la paternité semble évoluer et faire l'objet de profondes interrogations : le souci des hommes de partager « à part égale » les joies et les difficultés de la grossesse avec leur compagne, les conduit parfois à calquer leur comportement sur celui de la future maman : ainsi apparaissent les nouveaux pères.

Ces nouvelles fonctions masculines ne sont pas pour déplaire aux femmes enceintes, qui sollicitent la présence de leurs compagnons, et apprécient de partager davantage avec eux l'attente de cet enfant, paradoxalement vécu comme « déjà présent » parmi eux.

La plupart des réponses aux questions relatives aux consultations échographiques sont données à la première personne du pluriel.

« Nous avons l'impression de mieux le connaître. » « Nous nous sommes sentis plus proches de lui. » « Il était déjà présent parmi nous. »

Rébecca résume cette situation particulière : « Mon ami a assisté aux quatre échographies avec moi. Nous avons reparlé, après chaque séance, de ce qui avait été dit ; ça nous rapprochait du bébé, on pensait tous les deux beaucoup plus à lui. Nous avons rapporté une photo comme un trésor ; on la garde précieusement, pour nous deux. Attendre un enfant dans ces conditions, ça change beaucoup de choses dans la relation du couple... »

Nouvelles relations de couple

La présence des hommes aux consultations échographiques, alors que leur compagne ne ressent encore aucune transformation notable de son corps, a pour conséquence fréquente une relative indifférenciation des « jeunes parents », qui ont l'impression très nette de « vivre quelque chose vraiment en commun ».

Autrefois, les femmes ressentaient souvent le sentiment d'être seule, isolée, de vivre un événement que leur conjoint ne comprenait pas vraiment. La grossesse en faisait des « presque déjà mères » auxquelles leurs conjoints « non encore pères » reprochaient de délaisser la vie conjugale.

Le lien intime et privilégié entre la future mère et le fœtus, dans un rapport corporel excluant souvent le futur père, entraînait des modifications profondes au sein du couple, devenu déséquilibré :

— D'un côté, un homme ne comprenant pas toujours les transformations physiques, physiologiques, psychologiques accompagnant la grossesse, et ne voyant la révélation de la paternité qu'au moment de la naissance de son enfant.

— De l'autre, une femme, impliquée dans un processus de transformation physique et mental auquel elle se laissait aller...

Les consultations échographiques ont fait évoluer cette situation ; à la profonde émotion dont témoignent la plupart

des hommes à la vue de « leur » bébé s'ajoute le fait de partager cette émotion avec leur compagne, et ce bien avant l'accouchement.

De nouveaux liens s'établissent entre les conjoints au travers de cette expérience, qui est souvent pour les couples à la fois une occasion de découverte et de rapprochement, et la possibilité pour les hommes de ne pas « oublier » la grossesse et de découvrir un nouvel intérêt « chez » leur femme.

Au moment de l'échographie du début de grossesse, celle-ci est déjà enceinte, pas encore mère, mais plus « femme comme avant ». Préoccupée de son corps, elle est provisoirement en mal d'identité. Ce premier examen donne une réalité accrue à son état, à son statut. A ce stade, nombre d'entre elles ressentent une certaine inquiétude : peur de ne plus plaire, d'être délaissées par leur mari, susceptible d'être attiré par des femmes au corps plus svelte. L'échographie, développant l'intérêt de leur conjoint pour leur grossesse, représente un lien supplémentaire entre eux, et non un objet de distance.

Les enquêtes pratiquées jusqu'à présent ne font pas apparaître de modifications dans leurs habitudes sexuelles. Cependant, des hommes insistent sur l'aspect rassurant et valorisant de l'échographie, tant sur le plan de leur virilité que sur celui de la paternité. Cette nouvelle confiance rééquilibrante crée une certaine complicité et apporte une forme plus ludique à la communication amoureuse.

Enfin, pour de nombreuses femmes, le fait d'avoir vu sur l'écran l'intérieur de leur corps sans effraction de leur intimité, lève certaines inquiétudes, réserves ou inhibitions qui pouvaient exister dans l'expression de la tendresse et du désir.

En d'autres termes, l'échographie permet au futur père de participer à cette sorte de rêverie que constitue la grossesse. Mieux, l'échographie permet au couple de « rêvasser » l'enfant qui va naître.

Sonia sourit encore en évoquant ce rapprochement : « Mon mari se sentait un peu à part au début. Il disait que c'était plutôt une histoire entre la mère et le bébé, parce que j'avais mon propre rythme et que je sentais directement ses petits mouvements. Il a pu assister aux échographies, et peu à peu, il s'est rapproché : on a reparlé du bébé en regardant les photos ; on s'est resouvenu et on a longuement recommuté tout ce qu'on avait entendu... ça lui donnait envie de le sentir à sa manière, il se sentait vraiment concerné... »

Quand le fœtus crée les parents

Il est maintenant fréquent de dire que si la mère fait l'enfant, c'est toujours l'enfant qui crée la mère. Ce renversement de l'expression signifie qu'il ne suffit pas pour une femme d'avoir été enceinte, puis d'accoucher, pour se sentir maman ; le passage de l'état de femme à celui de mère dépend des relations, des échanges qui s'organisent et se développent avec le bébé, en fonction de ses particularités et des messages qu'il émet. Les femmes qui, pour des problèmes de soins, se voient séparées de leur enfant juste après l'accouchement, en savent quelque chose ! Seuls la présence du bébé et leurs échanges permettent progressivement de se sentir vraiment maman de *ce* bébé, avec l'appui des paroles réconfortantes de l'époux.

Il en va, bien sûr, de même pour le papa. Avant l'apparition de l'échographie, le processus de « parentalisation » se jouait essentiellement à partir de la naissance, quand la présence *réelle* du bébé permettait de *réaliser* cette mutation.

La consultation échographique permet, à partir d'un support visuel, d'établir une première relation entre cet homme, cette femme, et ce futur enfant, qui pour eux n'est plus futur mais déjà présent. Dès lors, le fœtus crée les parents.

Plus de la moitié des femmes enceintes, répondant à des

questionnaires, indiquent qu'elles étaient accompagnées aux échographies non pas de leur mari, conjoint ou ami, mais du *papa de l'enfant ou du bébé*. Elles traduisent ainsi le mouvement d'anticipation par lequel le fœtus est déjà investi comme un bébé, et comment ainsi l'homme est conforté dans sa fonction paternelle, et non plus dans son rôle conjugal uniquement.

La consultation échographique crée également un lien nouveau entre cet homme et cette femme par le biais d'une tierce personne, « ce bébé dans le ventre » qui, leur ayant été présenté en « projection privée », les rend déjà un peu parents, leur donne un sentiment de responsabilité à son égard. Un tiers des personnes interrogées déclarent se sentir plus responsables de l'avenir de leur enfant depuis qu'elles ont passé l'échographie. Gilberte soupire, en réévoquant cette période : « Je me suis arrêtée de fumer, et j'ai essayé de faire attention à ce que je mangeais. Pourtant, les médecins ne m'avaient rien dit de particulier. Mon mari m'aidait beaucoup dans ce sens-là, car nous pensions tous les deux à l'intérêt du petit, que nous avons vu... »

Cette relation avec l'enfant-à-naître peut parfois être si forte que la vie du couple en est profondément modifiée, tant dans ses habitudes que dans l'organisation de la vie quotidienne. La grossesse semble vécue comme une aventure à trois. Elisabeth évoque le temps de sa grossesse : « Nous avons vécu ces neuf mois très, très bien *tous les trois*. L'image de *notre bébé* a joué un rôle très important sur *ma* grossesse : elle l'a rendue plus agréable ; *avec mon mari nous faisons attention au bébé* ; j'essayais de me reposer le plus possible, je n'étais pas fatiguée. Nous écoutions de la musique douce, pensant que cela lui serait agréable. *Avec ce que nous avons vu aux échographies, nous connaissions notre bébé.* »

Certains couples préservent jalousement cette relation à trois en vivant pendant quelque temps en cercle fermé, comme pour protéger leur bonheur. Écoutons Maude : « Avec mon mari et notre bébé, on se mettait un peu à part

comme pour s'enfermer dans une bulle. Nous étions à l'écart par rapport à la famille pour apprécier notre bonheur. »

Dans un certain nombre de cas, l'expérience échographique est pratiquement vécue comme un pré-accouchement et une pré-naissance. En effet, outre l'intensité émotionnelle ressentie, l'impression de ce premier contact avec l'enfant fait que, pour certains parents, il est là présent et actif dans ses relations avec eux. Cette « réalité » semble aider grandement les femmes dans les épreuves qu'elles rencontrent lors de leur gestation. Renée, qui avait été mutée dans le Nord, loin de son mari, nous dit l'importance qu'a eue pour elle cette impression de présence de son bébé : « Notre vie de couple a été perturbée, on n'a pas pu vivre ensemble cette grossesse, mais la présence de mon bébé m'a aidée à supporter cette séparation ; je lui parlais, je n'étais pas toute seule. »

L'échographie : un rêve d'enfant ?

Nous avons évoqué, à plusieurs reprises, la gestation imaginaire comme une forme de rêverie, en insistant sur le fait que l'échographie augmentait souvent, et plus particulièrement pour les futurs pères et les primipares, cette capacité de rêverie.

Peut-on, dès lors, établir un lien entre échographie et faculté de rêver ?

L'échographie obstétricale semble exercer une influence sur l'activité onirique : 51 % des femmes enceintes interrogées ont cru remarquer que l'échographie avait augmenté leur capacité de rêver, ou leur temps de rêverie.

Bon nombre des rêves rapportés semblent liés directement à cet examen, aux paroles entendues, échangées ou prononcées par l'échographiste.

Il y a là un phénomène particulièrement important dans la mesure où plusieurs chercheurs, insistant sur l'analogie

profonde existant entre grossesse et rêve, développent l'idée que l'échographie obstétricale marque un arrêt et un réveil brutal, traumatisant, du rêve que constitue l'attente d'un enfant.

Les nombreux rêves qui nous ont été relatés par les femmes enceintes semblent infirmer cette opinion. En voici des exemples :

1. « Je voyais mon enfant dans un jardin public. Il jouait calmement. Puis tout à coup, il s'est mis à remuer beaucoup, et à se retourner dans tous les sens, et dans l'air, comme si son corps n'avait pas de pesanteur... Deux jours avant, ajoute la rêveuse, j'avais été très émue et frappée des mouvements de mon enfant lors de l'échographie. »

2. « J'emmenais mes enfants jouer dehors. Il y avait mon enfant. Dans le rêve, il était né, mais curieusement, je ne le distinguais pas bien. Nous marchions tous dans la neige et, en me retournant, je pouvais voir s'étaler derrière nous la trace de leurs pas, sauf des siens. Pourtant, je savais qu'il était là, avec nous. »

3. « Jusqu'au moment de passer l'échographie, je rêvais que j'avais quatre enfants dans mon ventre, raconte une future maman. Depuis, il n'y en a plus qu'un... »

Ces trois rêves ont tous la particularité de reproduire des détails empruntés à une consultation échographique précédente. Ils ne sauraient, bien sûr, y être limités : leur signification ne peut être recherchée qu'à travers les associations propres à la rêveuse, relatives à sa propre histoire.

Ils reproduisent simplement des fragments de paroles ou des pensées de la rêveuse lors de l'échographie : le bébé du premier rêve se met soudain à bouger, comme cela s'était produit lors de la consultation échographique, provoquant l'étonnement inquiet et silencieux de sa mère... L'enfant du second rêve est là sans être là : présent, mais dégagé de la pesanteur terrestre, il ne laisse pas de traces dans la neige.

ATTENDRE ET VOIR

La rêveuse indiquera plus tard que la deuxième échographie n'avait pas permis de voir le corps de son enfant en entier, et plus particulièrement ses jambes. Le troisième rêve, lui, prend acte d'une limitation apparue au moment de la consultation échographique.

Ces trois rêves montrent clairement que l'expérience échographique se prête au rêve, lui fournit du matériel sans perturber le déroulement de la gestation imaginaire. Lorsque l'enfant paraît sur l'écran, les futurs parents ne sont nullement empêchés de rêver de lui.

Une autre forme de rêve se produit fréquemment chez la plupart des femmes enceintes, et surgit de manière significative, souvent après une échographie :

1. « Je sortais mon bébé de mon ventre pour le nourrir. Il mangeait comme une grande personne ; je le remettais dans mon ventre pour qu'il continue à grossir, et c'était tout à fait normal... C'était plutôt un enfant qu'un bébé, parce qu'il était déjà gros, mais tout me paraissait normal. »

2. « J'ai fait un rêve quelques jours après l'échographie : mon bébé sortait d'une boîte à chaussures ; il était déjà tout habillé. Quand je me suis réveillée, j'étais déçue parce qu'il n'était plus là : il me manquait... »

3. « J'accouchais, quand, tout à coup, au lieu de voir mon enfant comme un bébé, je le voyais comme un beau petit garçon. Il s'est levé de son lit, il était grand, il avait au moins deux ans. Il m'a regardée et il m'a dit : "Maman, c'est moi, tu as vu comme je suis grand !" »

Ces trois exemples qui, répétons-le, reviennent fréquemment, pourraient être caractérisés par « un effet kangourou », soit un mouvement de sortie et de rentrée dans le ventre maternel, ce qui apparaît à la rêveuse comme à la fois dans l'ordre des choses et absurde.

Les thèmes de séparation et de manque sont également récurrents. Ils sont à rapprocher (et y sont souvent associés

par les rêveuses) à l'image de l'enfant qui disparaît à la fin de la séance d'échographie.

Cette disparition provoque chez la future mère un sentiment de manque et parfois l'impression d'être séparée de l'enfant du fait de la seule absence de l'image. La consultation échographique « fait sortir » le fœtus du ventre de la mère pour le « faire apparaître » à l'écran, puis disparaître à la fin de l'examen ; elle provoque, en un temps réduit, l'expérience de la rencontre, de la présence et de l'absence.

Certains de ces phénomènes ne sont pas imputables à la seule échographie. Bien avant son apparition, la production onirique des femmes enceintes était riche de naissances par anticipation, ou de sorties puis de rentrées dans le corps maternel. Nous pensons toutefois que l'échographie obstétricale amplifie ce phénomène.

Nous mentionnerons enfin un rêve particulièrement intéressant qui montre la manière dont la consultation échographique peut être reprise, au service de la rêveuse.

« J'étais dans une pièce sombre, très sombre... Une porte, entrouverte devant moi, laissait voir une pièce éclairée, où se trouvait mon enfant. C'était un peu comme dans le conte des lutins et du couple de cordonniers. Je savais qu'il était là mais je ne le voyais pas encore. Je ne sais pas ce qu'il faisait. Je l'apercevais, parfois rapidement, mais il était toujours *de profil*¹. »

Des familles en changement

La vision de ce futur parent sur l'écran *dérange* ses proches, frères et sœurs en particulier ; chacun envisage le chan-

1. Rappelons que l'échographie ne permet d'apercevoir que des coupes, des profils.

gement de *rang et de statut*, que cette naissance entraînera dans la famille.

Nous avons évoqué précédemment les attitudes des enfants et des adolescents lors des consultations. Rappelons qu'elles mettent souvent en évidence différentes formes d'intérêt. Comme le souligne, avec un gros soupir, Émilie, trente-deux ans, employée de bureau : « Ma fille, qui a sept ans, a assisté aussi à l'échographie. Elle n'y a rien compris. Elle s'attendait en fait à voir un vrai bébé. Elle a été indifférente à tout ce qu'on a vu. Quand l'échographiste disait "voilà ceci, voilà cela", elle regardait une minute et après elle laissait tomber. »

Les enfants qui n'assistent pas aux examens échographiques sont également concernés, dans la mesure où, après, de profonds changements interviennent dans la vie familiale, dont ils sont les témoins : entendre parler leurs parents de ce bébé qu'ils ont vu, qui les a émerveillés, mais qui « reste dans le ventre de maman », n'est pas sans heurter leur compréhension.

« Le bébé que vous avez vu, demande Éric, qui c'est sa maman ? » « Mais, c'est moi, mon chéri », répond sa mère. Et Éric : « Non, toi, tu es ma maman ! la sienne, c'est qui ? »

Ce bébé, inconnu mais si souvent invoqué dans les conversations, devient, avec l'émerveillement que l'échographie a provoqué chez les parents, de plus en plus présent, détournant une partie importante de l'intérêt dont l'enfant bénéficiait jusqu'alors. Lutter contre un rival invisible et pourtant évoqué de manière si présente n'est pas une tâche facile. C'est néanmoins une partie des difficultés que cet enfant est amené à affronter, dans l'attente de la naissance du puîné.

Il semble cependant que l'introduction de l'échographie dans le déroulement de la grossesse, en mettant en place très tôt les données de ce problème affectif, facilite sa résolution, si les parents y sont attentifs, en le rendant plus conscient, plus concret. Les sentiments de jalousie, si redou-

tés par les parents, apparaissent ainsi au grand jour, révélant un travail de maturation auquel leur enfant se livre pour se défendre et s'organiser vis-à-vis du nouveau venu.

De nombreux parents espèrent, en amenant leur enfant « voir le bébé », régler les problèmes de jalousie ; cette démarche donne rarement les résultats escomptés, malgré les déclarations de certains praticiens qui disent avoir « guéri » la jalousie d'enfants particulièrement agressifs, ceux-ci se trouvant soudainement rassurés et soulagés par les formes peu esthétiques et incompréhensibles de leur rival.

A côté des manifestations agressives classiques vis-à-vis de la mère et du bébé — petits coups dans le ventre par maladresse, bêtises, colères, ballons crevés, poupées déchirées —, on retrouve des comportements régressifs : recherche de câlins, demandes de reprendre le biberon. Toutes ces expressions sont le reflet du cheminement intérieur de l'enfant qui essaie de se situer vis-à-vis de ses parents et de ce bébé. En effet, l'arrivée du petit dernier dérange la fratrie existante car chacun des enfants va changer de rang et devoir assumer le nouveau statut de grand frère ou de grande sœur.

A l'autre bout de la chaîne, pour les futurs grands-parents, une constatation s'impose : l'absence quasi généralisée des futurs grands-pères. Sans doute, ce phénomène relève-t-il de cette situation œdipienne qui marque un éloignement entre un père et sa fille au moment où elle devient mère. Reste à savoir si cette observation restera valable dans la prochaine décennie. Y aura-t-il des grands-papas poules ? Il est encore trop tôt pour se prononcer...

Les seules réactions ou changements intervenus au niveau des grands-parents concernent donc essentiellement les grand-mères. Pour elles, l'attente d'un petit enfant représente un changement important. L'arrivée de la nouvelle génération les contraint à occuper dans la lignée la place et le rang dévolus jusque-là à leurs propres parents. Il est souvent pénible et difficile de prendre conscience de l'importance du temps écoulé depuis la naissance de ses propres

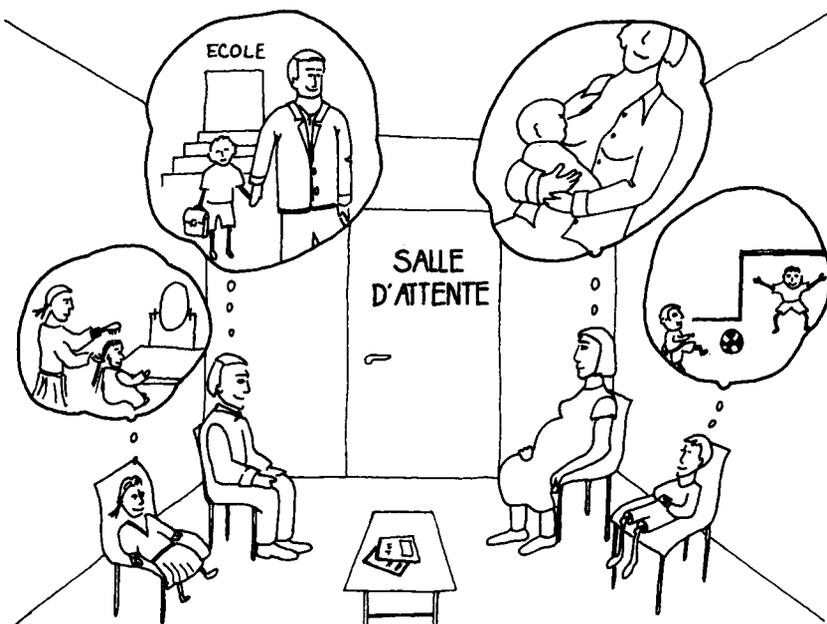
ATTENDRE ET VOIR

enfants. L'échographie va, à la manière d'un choc, le leur imposer.

L'enregistrement vidéo d'examen échographiques avec des futures grand-mamans met en évidence l'importance du bouleversement affectif qu'elles ressentent. Contrairement aux autres participants, leur visage exprime une certaine gravité et un malaise intense. Elles semblent très éprouvées par la prise de conscience brutale des changements relationnels à venir et le rappel des souvenirs déjà lointains de leur maternité.

Elles expriment leurs impressions confuses sous la forme : « Ça a été un drôle de "choc" » ou « en voyant le bébé sur l'écran, j'en ai pris un coup ».

Ainsi, toutes les générations se préparent à accueillir le nouveau membre de la famille; chacun imagine à sa façon sa relation avec lui, en fonction de ses propres besoins affectifs. L'image que chacun s'en fait lui est particulière. Les enfants envisagent toujours le bébé comme un copain de leur âge...



Lorsque l'enfant paraît...

Coup de cœur, coup au cœur, lorsque l'enfant paraît, à travers son image sur l'écran, c'est le bouleversement de la vie qui s'entend : tout bouge, se déplace, et chacun se trouve pris dans un tourbillon, dans un déplacement dont il n'est pas maître, mais qui « l'agit ».

La consultation échographique rassemble, organise en donnant lieu, espace, et temps à ce travail. Nous allons voir qu'il ne peut se faire que dans une parole qui nomme, organise, sépare et différencie les présents...

D'où suis-je venu ?

Où m'as-tu trouvé ?

Demande l'enfant à sa mère.

Elle pleure et rit tout à la fois

Et, le pressant sur sa poitrine lui répond :

Tu étais caché dans mon cœur, mon chéri,

Tu étais son désir.

Tu étais dans les poupées de mon enfance

Et quand chaque matin je modelais dans l'argile,

C'est toi que je faisais et défaisais alors.

Dans tous mes espoirs, dans toutes mes amours

Dans ma vie, tu as vécu.

Rabindranâth Tagore.

VIII

Savoir et prévoir

En tant que tel ou tel, évidemment, chacun existe déjà. Mais personne n'est ce qu'il dit, encore moins ce qu'il représente. De naissance, en réalité, tous n'étaient pas trop peu de choses, mais bien trop, au contraire, pour ce qu'ils sont devenus. Plus tard, ils s'habituent à vivre dans leur peau, la peau où ils seront logés, où on les a logés surtout, par leur métier ou autrement.

Un garçon avait trouvé un miroir, un jour, dans un pays lointain : il n'en avait jamais tant vu. Il ramassa le morceau de verre, le regarda et le tendit à son ami : « Je ne savais pas que c'était à toi », dit-il. Mais le visage n'appartenait plus à l'autre, un joli garçon pourtant...

Ernest Bloch, *Traces*.

Le petit nombre d'enfants par famille, deux en moyenne, les rend particulièrement chers et précieux à leurs parents. Par ailleurs, les moyens de contraception et la législation de l'avortement permettent aujourd'hui de « choisir » le bon moment pour avoir un bébé.

Cette possibilité a modifié de façon considérable les mœurs, les habitudes et les rapports entre époux. En effet, avoir un enfant aujourd'hui représente un projet auquel le couple réfléchit longuement ; il discute de son opportunité, de la date souvent choisie avec précaution, en fonction du travail (carrière, promotion) et des vacances. Dans la plu-

part des cas, cette « aventure » est programmée soigneusement ; il ne s'agit plus de subir ou d'accepter « le hasard ou la nécessité » mais de réaliser un désir. De fait, le bébé d'aujourd'hui, cher, précieux, est désiré autant pour lui-même que comme projet de vie de ses parents.

Si autrefois, l'angoisse de donner la vie était liée à celle de trouver la mort, tant le taux de mortalité périnatale et en couches était élevé, aujourd'hui l'angoisse n'est pas moins grande et tient à l'importance de l'enjeu que représente pour ses parents ce nouveau-né porteur de tant d'espoirs et d'attentes. Or, s'il apparaît possible de choisir le moment de la fécondation¹, le choix de l'enfant, de son sexe, de sa forme, de ses qualités n'est ni programmable ni maîtrisable, du moins pas encore. La nature et la vie conservent leur mystère et font du temps de la grossesse une période d'inconnu pleine d'incertitudes, de risques et donc, à certains moments, d'angoisse.

L'échographie est considérée par la majorité des couples comme *un examen rassurant*. En effet, elle leur permet d'avoir accès à ce monde étrange, d'en savoir plus sur cette période de la vie, d'apprécier la qualité de la grossesse et du fœtus, de suivre l'évolution de la gestation et de prévoir en quelque sorte ce qui va se passer.

Lors de nos enquêtes, 70 % des femmes enceintes ont indiqué que l'échographie avait modifié leur inquiétude par rapport à la grossesse et à l'enfant à venir, et qu'il était plus sécurisant d'être enceinte actuellement qu'il y a quelques années. Cette fonction de réassurance mérite réflexion.

Avant l'ère échographique, l'inquiétude des femmes enceintes pendant la grossesse était latente, discontinue, marquée par des périodes où la crainte d'accoucher prématurément et la peur d'avoir un enfant anormal prévalaient.

1. Ce qui, à l'expérience, se révèle très souvent illusoire. « Décider » n'est pas « réaliser »...

L'échographie, dont on sait qu'un des apports essentiels est de pouvoir établir le diagnostic de difficultés ou malformations fœtales, inquiète tout d'abord fortement les parents qui redoutent le verdict de « l'examen ». Avant d'avoir été vu sur l'écran, le fœtus est perçu comme un être étrange, difficilement imaginable. Il est à la fois proche et inconnu, attirant, redoutable et tourmentant par ce qu'il pourrait révéler de lui qui briserait rêves et espoirs. Il est potentiellement dangereux, tant que sa silhouette n'est pas vue, son image rencontrée et commentée positivement par l'échographe. On lui est alors particulièrement reconnaissant de se montrer sans faille et sans défaut.

L'émotion et la réassurance sont telles que les spectateurs ne se souviennent plus à quel point leur angoisse avait été forte. Ainsi, chaque examen échographique provoque-t-il d'abord des questions, des inquiétudes, des tensions avant de les dissiper — du moins dans la plupart des cas.

Certains praticiens considèrent que l'intérêt principal de l'échographie est de rassurer ; pour d'autres, c'est de savoir ; et l'on peut savoir des choses rassurantes ou des choses inquiétantes.

Les malformations

Toutes les enquêtes montrent que l'attente principale des parents en matière d'échographie est de savoir si le fœtus est normal ou non. 88 % des femmes enceintes tiennent à savoir la vérité.

L'éventualité d'avoir un enfant anormal est statistiquement relativement faible : 1 %, dont la moitié est dépistée par les examens échographiques. Ce chiffre recouvre l'ensemble des malformations, des plus bénignes aux plus graves. Ce faible pourcentage ne diminue en rien la peur des parents ; le seul fait que des risques existent, justifie leur appréhension. L'imagination anxieuse des parents n'envisage

que « tout ou rien » ; il y a, ou il n'y a pas de malformation. Le terme généralement employé n'est d'ailleurs pas celui de malformation mais d'enfant anormal, qui renvoie à l'idée de conformité à une norme esthétique. Dans un cas, la rêverie parentale peut se poursuivre le temps de la gestation ; dans l'autre, elle bascule en un véritable cauchemar.

Chaque parent ressent confusément la peur de se trouver confronté à cette cruelle réalité : avoir un enfant anormal. Cette peur et toute la production imaginaire développée à cet égard tentent de préparer à cette éventualité ; cependant, un certain nombre de parents focalisent cette angoisse sur des lieux du corps, particulièrement sensibles et affectivement investis dans leur famille.

L'échographie facilite l'évocation à demi-mot de ces problèmes délicats. *Une question posée, lors de ces examens, en cache souvent d'autres plus importantes* et, si le médecin est attentif, il peut permettre l'expression et le dépassement de certaines angoisses :

Ainsi, Monsieur P..., demandant des précisions sur la signification du diamètre bipariétal, exprime sa crainte que le cerveau du bébé soit mal formé, un de ses frères cadets étant mort d'une tumeur du cerveau en bas âge.

« Est-ce que vous voyez l'estomac ? » demande une future grand-mère assistant à l'échographie de sa fille. L'échographe s'étonnant de sa question, elle évoque les avatars digestifs de sa lignée : son fils aîné est mort d'une atrésie duodénale à quelques semaines, son père décédé d'un cancer à l'estomac ; quant à elle, elle est souvent sujette à des gastrites.

L'annonce d'une malformation ou d'une pathologie foétale est vécue comme une catastrophe, un piège de souffrance.

M. et Mme C. attendent impatients, tendus, l'heure de la deuxième échographie. Madame C. est mal à l'aise, son ventre commence à être proéminent et accentue son envie d'uriner ; son mari est silencieux ; ils repensent aux images de la première échographie qui leur a donné tant de joie. Cepen-

dant, chacun agite silencieusement des questions, des curiosités, des appréhensions, des images fugaces qui se superposent à l'impression qu'ils ont gardée du dernier examen.

Le médecin les fait entrer, ils s'installent dans la pénombre et fixent leurs regards sur l'écran. L'échographiste, après un bref moment de silence, commente les images ; puis, à un moment, Madame C. sent que la pression de la sonde se fait plus forte, plus insistante, l'image sur l'écran se déforme mais reste centrée sur une tache plus sombre dont la taille varie avec les mouvements de l'appareil. Un lourd silence s'installe ; les parents détournent leurs regards de l'écran pour essayer de lire sur le visage du médecin ce que signifie ce temps de suspens qui leur coupe la respiration. Ils remarquent immédiatement le sillon qui barre son front. La tension est grande dans la pièce. Les parents redoutent les mots qui vont sortir de ses lèvres auxquelles ils sont suspendus : « Il y a quelque chose qui n'est pas parfaitement normal dans son ventre. »

L'image se fige sur l'écran, en même temps que le corps des parents. Madame C. éclate en sanglots, Monsieur C. demande des explications en cherchant ses mots. « Au niveau du rein, il y a une image qui ne me paraît pas tout à fait normale ; je vais me mettre en rapport avec votre médecin accoucheur, nous allons en discuter ensemble et il faudra vraisemblablement refaire une échographie pour vérifier cette image... »

L'imagination fluide et joyeuse qui habitait les parents se glace ; ils se sentent lourds, écrasés, impuissants, l'angoisse les envahit progressivement et l'image de cette tache sombre les hante.

Ils reverront leur médecin, puis referont une échographie qui confirmera une malformation rénale. L'accoucheur leur en expliquera longuement les risques, les précautions à prendre, les différentes probabilités. L'accouchement sera déclenché, des soins et une opération seront pratiqués en espérant que tout se passe bien...

ATTENDRE ET VOIR

La première échographie ne permet de détecter que des malformations graves et importantes. Les deuxième ou troisième peuvent diagnostiquer des anomalies ou des malformations mineures et permettre, dans nombre de cas, de mettre en route des traitements dès avant la naissance ou immédiatement après ; parfois aussi, de prendre des précautions, de surveiller plus étroitement la gestation, d'envisager le meilleur moment pour l'accouchement et de préparer l'accueil du bébé pour pratiquer soins ou opération s'il y a lieu.

La découverte d'une malformation ou d'une pathologie fœtale constitue la principale hantise des échographistes. Comment l'annoncer ? Quelle attitude avoir ? Que dire ? Souvent, ils nous ont posé ces questions. La plupart indiquent qu'ils n'ont pas d'attitude systématique ; celle-ci est fonction de ce qu'ils découvrent et de ce qu'ils savent ou sentent des parents, tout en étant toujours un peu la même. S'ils savent que l'appareil ne peut tout montrer, que les erreurs sont possibles, devant une image suspecte, ils ne peuvent se taire. « En direct », « sur le vif », comment pourraient-ils passer sous silence ce qu'ils ont vu ? D'autant que le silence serait parfois une façon d'en dire plus que ce qu'ils ont à annoncer.

Prudents dans un premier temps, ils indiquent l'image suspecte et l'organe concerné. Ils répondent succinctement aux questions et invitent les parents à prendre rendez-vous avec leur médecin-accoucheur, lequel leur expliquera la conduite à tenir, à partir de l'ensemble des éléments d'information, des clichés échographiques, et après une discussion avec l'échographiste, indispensable pour évaluer le diagnostic¹

1. L'évaluation diagnostique, pronostique et thérapeutique réclame assez souvent la concertation entre divers praticiens (échographistes, chirurgiens, accoucheurs). Dans certaines villes se sont constituées à cet effet des Comités pluridisciplinaires de concertation pour un diagnostic anténatal.

et estimer le pronostic. Les futurs parents vivent alors une situation très difficile : à la souffrance qui surgit de l'annonce d'une malformation possible, mais dont la nature, la gravité ne sont pas encore confirmées, s'ajoute l'attente. Ils sont suspendus au prochain rendez-vous avec l'accoucheur, avec qui ils devront reparler de ce qui ne peut être encore défini et expliqué ce jour-là. Entre-temps, ils ressassent indéfiniment ce qu'ils ont vu ; leur imagination anxieuse leur fait envisager tous les avenir possibles.

Le principe, auquel la majorité des échographistes se réfère, nous a été résumé par le Dr V. : « Nous n'annonçons aux parents que les éléments susceptibles d'avoir une influence sur le déroulement et le suivi de la grossesse, ou qui pourraient entraîner des mesures, des précautions particulières à l'égard de l'enfant après la naissance. »

Ce principe répond à la question si souvent posée : « Quand il n'y a rien à faire et qu'on ne peut rien y changer, n'est-il pas préférable de ne rien dire et d'éviter aux parents une fin de grossesse très pénible ? »

Cette attitude, généralement répandue, de ne rechercher que ce qui peut servir au suivi de la grossesse, est souvent mal perçue, comme en témoigne la réaction de ce père, retourné voir l'échographiste : « Vous auriez dû nous dire qu'il manquait des doigts à notre bébé ! »

L'échographiste, qui nous a rapporté cet exemple, explique la difficulté qu'il y a à faire comprendre aux gens qu'il n'est pas possible de tout voir, ajoutant : « Qu'est-ce que cela aurait changé si je l'avais vu, et si je le lui avais dit ? Cela l'aurait fait souffrir plus tôt et pour rien. »

Un échographiste de renom, Roger Bessis¹ déclarait

1. R. Bessis, « L'échographie » in *L'École des parents*, n° 5, mai 1983.

récemment dans une interview, pour une revue de parents : « Pour les malformations, la consigne donnée chez nous est de ne pas délibérément rechercher les malformations mineures qui seraient facilement diagnosticables à la naissance ; un diagnostic prénatal n'apporterait alors aucune différence à la surveillance de la grossesse comme, par exemple, dans le cas d'un bec-de-lièvre ou d'une non-descente des testicules. En effet, ce sont des cas qu'il est très facile de traiter, alors qu'il est dangereux de porter atteinte à l'enfant imaginaire, dangereux même pour sa survie au cours de la grossesse... On peut, en annonçant ces malformations qui seront parfaitement curables, créer un refus de l'enfant qui débouchera par exemple sur le non-respect des consignes de sécurité pendant la grossesse. »

Apprendre que l'intégrité de leur bébé, qu'ils désiraient parfait est entamée, fait éclater les rêves et les espoirs des parents. Ils ne contiennent plus ce qu'ils ressentent : détresse, colère, peine, culpabilité, face à ce verdict qui les blesse très profondément.

Certains sont anéantis, effondrés, en pleurs ; d'autres réagissent et se défendent sur un mode plus pragmatique, essayant d'analyser « froidement » et clairement le problème auquel ils ont à faire face. Ils posent beaucoup de questions sur la gravité de l'état du fœtus, sa viabilité, les conséquences... Ils s'interrogent assez rapidement sur une éventuelle interruption thérapeutique de grossesse ; les premiers suivent la série des examens de contrôle nécessaires pour évaluer et préciser le diagnostic, le pronostic et la conduite à tenir.

Le comportement de ces parents qui souffrent est très variable et pas forcément en rapport avec la gravité de la malformation.

Ainsi, se pose la question de la limite des avortements thérapeutiques, dépendante et de la gravité des malformations et de la position des parents.

Madame G., informée que son bébé présente une malformation assez importante pour qu'il ne soit pas viable, exprime sa position : « Je ne veux pas décider que cet enfant ne peut pas vivre; s'il doit mourir, je préfère attendre pour être sûre que vous aviez raison. »

Dans certains cas, les décisions sont prises à l'issue d'un dramatique désaccord entre les parents. Madame B., vingt-six ans, qui devait se marier avec le père de l'enfant qu'elle portait, apprit en même temps que lui que le bébé présentait un omphalocèle (hernie ombilicale importante) qui serait, après plusieurs contrôles, curable chirurgicalement. Pour Madame B., cette intervention paraissait envisageable et elle s'était faite à cette idée. Son compagnon explosa : « Tu ne crois pas que je vais me lancer dans un cinéma comme ça; avec des tubulures, des examens, des hôpitaux... Et avec mes parents, tu ne te rends pas compte! C'est moi ou cet enfant! »

Une interruption thérapeutique de la grossesse fut décidée dans les semaines qui suivirent.

Dans d'autres cas, les parents ont déjà tellement investi l'enfant que l'idée de ne pas l'avoir, même malformé, leur est insupportable.

Dans l'esprit du public et même de nombreux médecins, l'avortement thérapeutique représente une réalité connue mais floue, aux limites imprécises. Pour nombre de gens, la découverte échographique d'une malformation, quelle qu'en soit l'importance, suffit à justifier un avortement. Aussi, pour préciser, il nous paraît important de rappeler les termes de la loi du 17 janvier 1975 sur l'interruption volontaire de grossesse pour « motif thérapeutique » :

« Art. L. 162-12 - L'interruption volontaire d'une grossesse peut, à toute époque, être pratiquée, si deux médecins attestent, après examen et discussion, que la poursuite de la grossesse met *en péril grave* la santé de la femme ou qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une

ATTENDRE ET VOIR

affection d'une particulière gravité reconnue comme *incurable* au moment du diagnostic. »

La suite du texte précise que l'un des deux médecins doit exercer dans un établissement d'hospitalisation public, et l'autre être inscrit sur la liste des experts agréés près la Cour de cassation ou d'une cour d'appel.

Si, dans la pratique, on peut noter une certaine extension des indications, la souplesse reste toute relative et les conditions légales sont respectées quant à l'esprit.

Les parents pensent souvent que l'interruption thérapeutique constitue un élargissement du cadre légal de l'IVG pour reculer l'échéance des 12 SA pour toute anomalie diagnostiquée pendant la grossesse. Ils se heurtent parfois douloureusement à la réalité des limites légales qu'ils comprennent mal.

Ainsi, M. et Mme P. qui ont déjà un petit garçon présentant une malformation du bras, désirant mettre en route une nouvelle grossesse, viennent voir leur accoucheur et lui demandent : « Nous voudrions être sûrs que des échographies seront faites pour voir si le bébé est porteur de la même malformation que Romuald et que vous nous promettiez de pratiquer un avortement si c'est le cas. » Cet avortement est inacceptable pour le praticien : cette malformation ne présente pas le caractère de gravité ou d'incurabilité suffisant pour envisager l'IVG thérapeutique. Les parents auront à faire face à la part de risque et à l'incertitude inhérentes à la vie et à toute grossesse.

D'autres parents, ayant eu de nombreuses filles, s'acharnent à vouloir un garçon. Ils demandent s'il est possible d'interrompre la grossesse au cas où, une fois encore, le bébé n'aurait pas le sexe tant attendu.

L'évolution des recherches risque de rendre caduque la loi, en contournant ses limites. En effet, sous échographie, il est actuellement possible d'effectuer une ponction du trophoblaste pour faire le diagnostic très précoce d'anomalies génétiques et par là même du sexe fœtal, bien avant douze

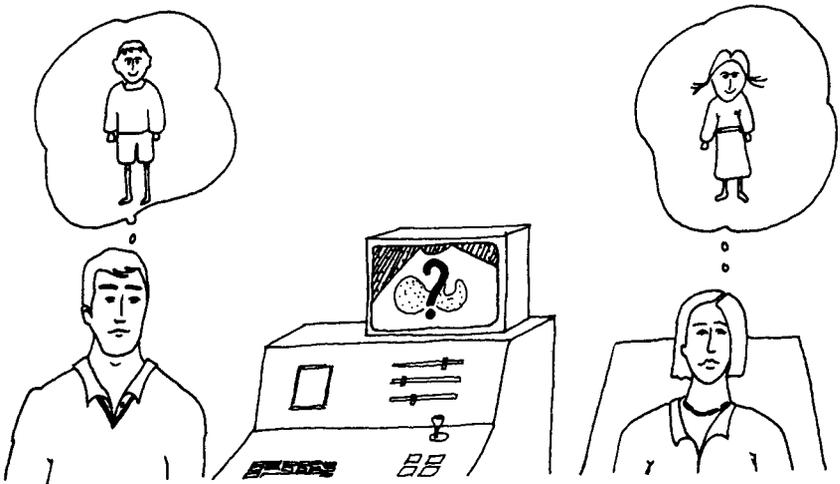
semaines d'aménorrhée. Ces nouvelles techniques, qui pourraient permettre de choisir le sexe en pratiquant une IVG en cas de sexe non désiré, soulèvent des problèmes éthiques délicats à régler.

Le sexe des anges

Des enquêtes non directives ont été menées dans divers pays pour répondre à cette question : « Qu'est-ce que vous attendez d'une échographie ? »

Le diagnostic prénatal du sexe est majoritairement cité en dernier. Toutefois, si cette question n'est pas une préoccupation majeure des futurs parents, elle oblige femmes enceintes et futurs pères à y réfléchir.

En effet, le fait de savoir qu'à la deuxième échographie et à partir de vingt semaines de gestation, il est possible de connaître le sexe du fœtus, conduit les intéressés à prendre position : « Préfère-t-on savoir ou ignorer ? »



Après un engouement, relatif, lors de l'introduction de l'échographie, pour connaître le sexe du fœtus, ce phéno-

ATTENDRE ET VOIR

mène de mode, accentué par les médias et la curiosité générale, s'est révélé passager. Les parents ont mieux pris la mesure de la « technique-gadget » ; ils réfléchissent davantage ensemble sur l'enjeu que cela représente et sur ce qu'ils souhaitent vraiment.

Les échographistes, quant à eux, sont devenus plus prudents dans leur propos ; ils se méfient des révélations excessives de la période euphorique du début qui pouvait rapprocher la consultation médicale d'une sorte de séance de voyance, avec boule de cristal télévisuelle. En effet, l'enthousiasme des premiers échographistes découvrant la possibilité du diagnostic fœtal, les amenait parfois à annoncer, à chaque fois qu'ils le pouvaient, la nouvelle aux parents, pensant sincèrement leur faire plaisir...

Une enquête récente effectuée sur un échantillon représentatif de 1 200 personnes fait apparaître que 61 % des personnes interrogées (64 % d'hommes, 59 % de femmes) estiment que savoir que l'échographie permette au 5^e mois de la grossesse de connaître le sexe du fœtus est une bonne chose. Pourtant, seulement 48 % (52 % d'hommes, 45 % de femmes) auraient aimé, ou aimeraient, le savoir. La même enquête montre que le pourcentage de couples qui ne le souhaitent pas augmente proportionnellement au nombre d'enfants qu'ils ont déjà ; ce qui contredit l'idée généralement répandue selon laquelle la demande de diagnostic fœtal obéit le plus souvent à des motifs d'ordre utilitaire.

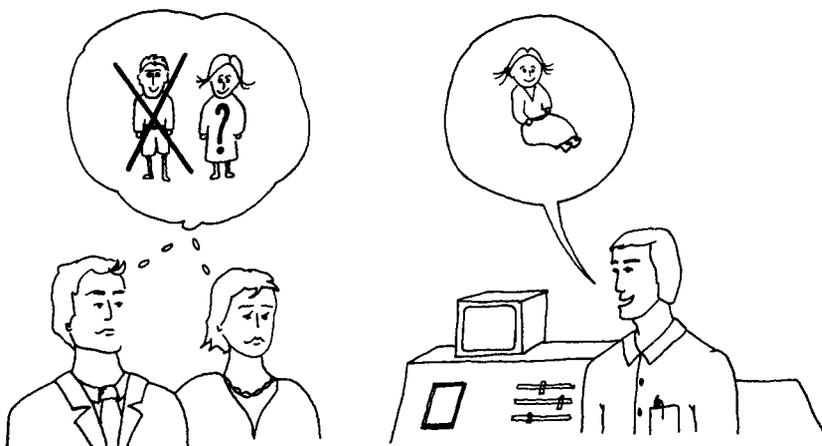
Enfin, il faut tenir compte de l'intéressé lui-même : le fœtus, que l'enquête ne prend pas en considération. Pourtant, il arrive que certains fœtus se mettent dans des positions qui rendent impossible le dévèilement de leur sexe. Pour cette raison, un peu moins de 10 % des parents voient leur demande insatisfaite.

La France est donc partagée en deux sur cette question : les impatientes d'un côté, 48 %, et les adeptes de la surprise de l'autre, 52 %. De plus en plus, les futurs parents abordent l'examen échographique avec une position clairement

définie, comme l'indiquent ces chiffres. Il n'y a pratiquement pas de gens indifférents.

Certains tiennent résolument à rester dans l'incertitude et entendent bien que l'on respecte leurs rêves. D'autres, au contraire, insistent pour que leur soit annoncée la couleur : rose ou bleu. La situation devient confuse, et parfois très tendue, lorsque les deux géniteurs sont en désaccord. Nous y reviendrons.

Est-ce gênant de savoir ?



De nombreux textes ont exprimé plus que des réserves quant à l'influence que pourrait exercer l'échographie sur la gestation imaginaire des parents, notamment par l'annonce du sexe.

Actuellement, les positions sont plus nuancées ; certes, la connaissance du sexe de l'enfant limite le champ de l'imaginaire dans la mesure où elle le rend encore plus réel, mieux identifié, mais il semblerait, par ailleurs, que pour certains parents, le fait d'attendre une fille ou un garçon les prépare à l'accueil de leur enfant et les aide à mieux vivre la fin de la grossesse.

Sandra, vingt-six ans — premier bébé — : « A la deuxième échographie, nous avons voulu connaître le sexe de notre bébé ; on se sentait plus proches de lui, on achetait des vêtements, on avait choisi son prénom. C'est à ce moment-là que les choses ont changé : mon mari et moi avons un autre contact avec lui ; nous entrions dans une autre relation. On lui parlait. »

Magali, vingt-huit ans — deuxième bébé — : « Nous avons voulu connaître le sexe de notre bébé. Mon fils, Jérôme, voulait un petit frère. Nous avons appris avec lui qu'il s'agissait d'une petite fille. C'était donc important de le savoir pour préparer Jérôme à la venue de sa petite sœur. »

En dehors des maladies familiales, liées au sexe, comme l'hémophilie ou les myopathies, certaines références familiales liées au sexe sont parfois lourdes de sens, conférant à la demande une dimension affective embarrassante.

Comme le savent beaucoup d'échographistes, l'insistance pressante pour connaître le sexe du fœtus révèle bien souvent *la connotation négative d'un sexe*, liée à l'imaginaire familial ou à une lignée particulière. Aussi, bénéficiant d'un temps, d'un espace pour que puissent s'exprimer les motivations ou inquiétudes des parents, les libère et allège leurs futures relations avec le nourrisson.

Claire, dix-huit ans, entre dans la salle d'examen pour sa quatrième échographie, accompagnée de sa sœur. Elle attend des jumeaux et compte bien savoir si elle aura des filles ou des garçons. Lors de l'échographie précédente, le médecin savait déjà que Claire portait deux garçons, mais devant l'insistance émotionnelle de la demande, il lui avait paru préférable de prendre le temps avant d'en faire l'annonce...

Sur le pas de la porte, elle déclare fermement : « J'espère bien que vous n'allez pas me dire que ce sont des garçons, parce qu'alors, ce serait la catastrophe. »

Nous lui avons ensuite demandé la raison de ses craintes. Elle raconta tous les déboires que sa mère avait eus avec

ses frères, l'abandon de son père, et nous dit avoir décidé de ne pas vivre avec le père de ses enfants, qu'elle jugeait violent et incapable. Après qu'elle eut « déballé son sac », son visage s'éclaira et elle remarqua : « Mais je ne suis pas comme ma mère et, si ce sont des garçons, je ne les éduquerai pas comme elle. D'ailleurs, ajouta-t-elle en riant, quand ils seront grands, ils pourront me défendre. » L'échographiste indiqua alors qu'il était possible qu'un des fœtus soit un garçon, puis, quelques minutes plus tard, affirma : « Vous aurez deux petits gars. » Claire sortit contente, alors qu'aux cours de ses échographies précédentes, elle avait posé cette question du sexe des jumeaux sur un ton très inquiet et quelque peu agressif. A leur naissance, elle s'occupa activement de ses bébés.

Cet exemple montre à quel point il peut être important, dans certains cas, *de différer la réponse, en laissant ainsi le temps à la question d'être élargie*, explicitée et libérée de la tension qu'elle générerait.

Notre question : « Pourquoi avez-vous ces craintes ? » a permis à Claire de se dégager de l'idée, ancrée dans sa famille, qu'avoir des garçons était source de difficultés.

Dans certaines familles dont les enfants sont du même sexe, le désir de donner naissance à un enfant de l'autre sexe est parfois tellement fort que les parents hésitent à demander le verdict de l'échographiste.

Nicole, trente-six ans, — quatrième enfant — : « Comme nous avons déjà trois garçons, on espérait avoir une fille. Le fait de vouloir connaître le sexe du bébé était à double tranchant : on demande le sexe du bébé sachant que l'on peut nous annoncer le même sexe que les autres enfants ; quand on m'a dit que c'était un petit garçon, au début, j'ai eu du mal à l'accepter, ça m'a demandé une longue réflexion. J'ai mis cette déception en mots, j'en ai beaucoup parlé à mon mari ; mais comme je l'ai dit après l'échographie, j'avais un gros manque ; j'avais envie d'avoir le bébé dans mes bras, et cette déception sur le sexe n'a pas duré longtemps ; on

aime l'enfant pour lui et une déception à cause du sexe de l'enfant ne se généralise pas... »

D'une façon générale, nos enquêtes montrent que la plupart des couples qui voulaient savoir s'ils auraient une fille ou un garçon, sont satisfaits de l'avoir demandé ; *comme si le fait de s'être préparés à poser la question leur permettait d'assumer vraiment la réponse qui leur serait donnée.*

M. et Mme T. en apportent un témoignage éloquent : « Nous avons demandé si nous aurions une fille ou un garçon. L'échographiste nous a dit que ce serait un garçon. En fait, il s'était trompé ; on attendait Antoine ; mais on a été très contents d'accueillir Delphine. »

Contrairement à ce que l'on pouvait penser au début de cette pratique, l'échographie ne limite pas, ou ne réduit pas, le processus imaginaire, mais l'organise dans un temps différent. La question fille/garçon et les scénarios imaginaires qui s'y rattachent sont élaborés inconsciemment, mais ils sont souvent envisagés et discutés avant la deuxième échographie, comme si celle-ci provoquait une maturation plus précoce de l'attente imaginaire de l'enfant. De sorte que *les changements impulsifs ou soudains de décision de la part des parents* qui ne s'y étaient pas préparés leur laissent un sentiment de déception. L'exemple suivant le montre :

Karine, vingt-trois ans : « On s'était juré de ne pas demander le sexe du bébé. Nous voulions tous les deux une petite fille, nous avions peur d'avoir un garçon. Et puis finalement, on n'a pas résisté : on lui a demandé et on a regretté. Pourtant, il nous a dit que c'était une fille mais qu'étant donné sa position ce n'était pas sûr. »

Quand on ne s'est pas préparé à poser la question du sexe, on n'est pas prêt à entendre la réponse, quelle qu'elle soit !

Quant aux couples dont l'un veut connaître le sexe du bébé et l'autre préfère en avoir la surprise, ils posent parfois des problèmes délicats à l'échographiste, lorsque la divergence de points de vue s'exprime au cours de l'examen. C'est à celui qui aura le dernier mot et quand, sous la pression de celui

ou celle qui veut « savoir », le médecin laisse échapper une indication, l'autre défend l'incertitude à laquelle il tient, s'arrange pour ne rien entendre en couvrant les voix de considérations générales, et finit par dire : « Ce n'est pas très clair et de toute façon on sait bien qu'il y a des erreurs. »

Il se peut aussi que l'un des conjoints essaie en aparté d'obtenir une réponse sans l'imposer à l'autre, à la faveur d'une conversation entre deux portes, d'un objet oublié dans le cabinet ou d'un appel téléphonique. Ces situations ne sont pas confortables, *le secret de l'un crée une tension entre futurs parents* et il n'est pas rare que l' impatient fasse violence à l'autre (à propos d'un choix de layette ou lors d'une conversation).

Quant aux 52 % qui préfèrent ne pas savoir l'identité sexuelle de leur bébé, ils expliquent leur position de diverses façons.

Géraldine, vingt-neuf ans, — premier bébé — : « Nous n'avons pas voulu connaître le sexe du bébé. Je voulais avoir la surprise à la naissance. Avant ma grossesse, je voulais un garçon et, finalement, quand je suis tombée enceinte, je me suis dit : je prendrai ce qui viendra. Ni moi ni mon mari n'avions de préférence. Nous avons choisi de jouer le jeu, d'avoir la surprise ; ça a un petit côté traditionnel. »

Paula, vingt-huit ans, — deuxième bébé — : « J'aurais aimé le connaître, mais mon mari ne préférerait pas. On n'a donc rien demandé et on a eu la surprise à l'accouchement. Mon mari avait peur d'avoir un garçon. Si ça devait être un garçon, l'événement même de la naissance aurait compensé la déception. »

Ces futurs parents préfèrent garder la surprise pour le moment de la naissance, autrement dit l'avoir au dernier moment. Ils choisissent, en quelque sorte, de prendre tout leur temps pour s'y préparer.

Grâce à l'échographie, chacun peut donc décider du temps et du rythme qui lui conviennent pour élaborer et vivre les rêveries propres à l'attente d'un garçon ou d'une fille.

Thomas, vingt-huit ans, montre bien la complexité de ce processus : « Ma femme et moi nous attendions notre premier enfant. Dès les premières semaines, nous n'avons envisagé l'arrivée de cet enfant que comme si ça ne pouvait être qu'un garçon. Nos deux familles voyaient aussi un garçon. J'avais plein de projets pour ce fils : jouer avec lui au tennis, l'amener avec moi à la pêche... A la première échographie, le médecin a dit à ma femme : « Vous savez, ça peut être aussi bien une fille qu'un garçon. » Nous étions très déçus, j'étais perdu, pendant trois jours je ne savais plus quoi penser, tous nos rêves tombaient. Ce n'est que petit à petit que l'idée que cet enfant soit une fille prit forme. J'ai pu imaginer ma relation avec ma fille, un sentiment de chaleur et de tendresse s'est installé, faisant son chemin en moi.

» Puis vint l'échographie (la seconde), j'avais refusé d'aller à la première. Jusqu'à ce moment, avoir un enfant, devenir père était une idée, quelque chose de posé, le doute et la crainte me faisaient tenir à distance. Là en quelques minutes j'ai vu, et tout ce qui me retenait à être père a cédé. Je voyais cet enfant, mon enfant. J'allais être et j'étais père de mon enfant. Le médecin nous a dit que c'était un garçon. Pendant les semaines qui ont suivi et jusqu'à l'accouchement j'ai beaucoup pensé à ce fils mais avec moins de projets. Puis, j'ai pris conscience, au moment où il sortait, que ce bébé était à la fois inconnu et familier. La période où j'ai envisagé d'avoir ma fille a été importante, car je crois qu'elle m'a permis d'accepter mon fils comme il est et pas comme je le portais dans ma tête et avec mes projets. »

Dans la grande majorité des cas, le travail imaginaire de « la tête » des géniteurs est tel que la fille et le garçon sont attendus l'un et/ou l'autre avec des préférences mais sans exclusion. Le souvenir que gardent les parents des prénoms choisis pour leur bébé, avant de savoir qui il sera vraiment, en témoigne : « Si elle était venue garçon, on l'aurait appelé Grégoire », déclaraient récemment les parents d'une fille de

quinze ans. Et pourtant, c'est bien une fille qu'ils avaient désirée, mais ils avaient envisagé les deux.

Les cas difficiles et douloureux sont ceux où un des deux sexes est refusé, ou au contraire très investi. Les erreurs de diagnostic sont alors très mal supportées et les révélations contraires aux attentes difficilement acceptées.

Les futurs parents devraient parler entre eux de leurs préférences ou réticences tout en sachant que l'indifférence en ce domaine n'existe pas. Les échographistes, de leur côté, seraient avisés de prendre le temps, avant de répondre aux questions, si question il y a, que celles-ci soient explicitées, ne serait-ce que pour saisir leur enjeu véritable, et peut-être faciliter l'ouverture de l'imaginaire aux deux éventualités, garçon ou fille.

Une question surprenante

Au cours de nos recherches, les multiples conversations que nous avons eues avec les échographistes ont établi un constat surprenant. La majorité des futurs parents leur posent cette question : « Pouvez-vous voir le sexe du bébé ? », et se suffisent de la réponse affirmative. Ils ne demandent pas quel sexe ils ont vu.

On pourrait croire que cette interrogation sur la vision du sexe foetal ne concerne que le sexe masculin : on le voit ou on ne le voit pas, façon comme une autre d'identifier l'enfant sans le demander vraiment. En fait, il n'en est rien : la fente vulvaire est aussi visible que le pénis et les testicules, si, bien sûr, le foetus est en bonne position au moment de l'échographie.

Vouloir savoir que le bébé est sexué, qu'il est fille ou garçon correspond à un désir de réassurance. Plus de 70 % des géniteurs tiennent à connaître le sexe, ou qu'une personne au moins (l'échographiste) le connaisse. Moins de 30 % ne demandent rien à ce sujet et préfèrent rester dans une totale incertitude.

Pourquoi certains parents désirent-ils que quelqu'un sache, en dehors d'eux ? Cette question est complexe. Deux dynamiques entrent en jeu :

— D'une part, le désir d'avoir un enfant normal, humain, c'est-à-dire limité à un sexe.

— D'autre part, attendre un enfant, c'est l'imaginer dans toutes ses potentialités, sans aucune limite. L'enfant imaginaire est un enfant merveilleux, donc monstrueux.

Tout pouvoir, c'est être fille et garçon, ce qui apparaît comme le comble de la monstruosité, celle qui fait sauter la différence fondamentale qui organise le genre humain entre « hommes » et « femmes ». Dans ce contexte, il est important pour certains parents que l'échographiste, sans leur dévoiler le sexe du fœtus, leur dise simplement qu'il est sexué, différencié, qu'il appartient ainsi à un groupe « humain », qu'il est « normal ». Bien souvent, les échographistes lient dans la même phrase l'information sur le sexe et la constatation que tout est normal : « Tout va bien : c'est une fille... », « Votre enfant est normal, certainement un beau garçon... », « Il n'y a pas de problèmes : ce sera une belle et grande fille ». Anomalie et sexes indifférenciés semblent ainsi révélés *a contrario*, dans leur association.

Le couple, dès lors, peut poursuivre sa gestation imaginaire, rêver d'un enfant qui puisse être encore un garçon ou une fille, en laissant à la surprise sa place nécessaire lors de l'accouchement.

Il est frappant que peu d'échographistes posent cette question aux parents : « Pourquoi est-ce important pour vous de connaître son sexe, alors que la grossesse n'est pas terminée ? Pourquoi *maintenant* ? »

Il arrive ainsi que la situation soit quelque peu paradoxale : l'échographiste sait ce que les parents ne tiennent pas à savoir. Il a vu un enfant sexué. Ils s'en doutent, mais préfèrent rester dans l'attente d'un être qui pourrait être l'un ou l'autre, c'est-à-dire un peu l'un et l'autre, ce que reflète le choix de deux prénoms, masculin et féminin. Si

chacun individualise le plus souvent l'enfant dans ses deux sexes possibles, le fait qu'ils soient pensés simultanément met bien l'enfant-à-naître dans une forme d'attente bisexuelle...

On peut retrouver là, d'une manière un peu anecdotique, un lien avec plusieurs mythes relatifs à la bisexualité, dont *Le Banquet* de Platon ou la naissance d'Eve à partir d'une côte prélevée à Adam, constituent des versions connues du public.

Beaucoup d'êtres humains, lorsqu'ils attendent un enfant, désirent que celui-ci soit à la fois ce qu'ils sont et ce qu'ils ne sont pas : la gestation imaginaire fait de l'enfant à naître un être parfait. Cet être mythique, sans faille, porteur de toutes les promesses d'avenir et des espérances déçues du passé, viendra combler les manques de ceux qui l'attendent. Dans cette dynamique, cet enfant attendu ne peut que rester imaginaire, un être-ange fille-garçon, monstrueux. La crainte que le désir inconscient (qu'il soit tout) se réalise, suscite l'interrogation. Une réponse positive de l'échographe à cette question : « Est-ce que vous voyez son sexe ? » rassure les parents et permet à la gestation de se poursuivre.

La révélation du sexe fœtal est un problème épineux à manier avec une grande prudence. Pussions-nous avoir suffisamment expliqué qu'*aucune réponse ne peut-être donnée sans la demande expresse et l'accord des deux géniteurs ou en l'absence de l'un d'entre eux*; enfin, que même dans ces cas, une réponse rapide, sur-le-champ, paraît le plus souvent être inopportune, confusionnante, inutile. Elle « cloue le bec » là où ne devrait que s'ouvrir la parole.

On n'a jamais bien vu le monde, si l'on n'a pas rêvé ce que l'on voyait.

Gaston Bachelard.

IX

Voir et regarder :
de l'image à l'imaginaire

Voir, c'est comprendre, juger, transformer, imaginer, oublier ou s'oublier, être ou disparaître.

Paul Éluard.

Pour le lettré, l'image n'est pas muette. Son rugissement de fauve se dénoue en paroles nombreuses et gracieuses. Il n'est que de savoir lire.

Michel Tournier, *La Goutte d'or*.

L'échographie obstétricale constitue un renversement profond des choix : ce qui, jusqu'alors ne pouvait croître que dans l'obscurité du corps de la mère est, par elle, donné à voir au-dehors de ce corps. Aux sensations propres à la mère, intérieures, se substituent l'image, la vision. Le dedans est devenu dehors, et le senti est remplacé par le vu. L'image suscite, transforme l'imaginaire.

Un jeu de regards

La consultation échographique se caractérise par une intense activité visuelle de chacune des personnes présentes. Au premier chef, de l'échographiste, dont le regard doit être précis, général et détaillé en même temps. L'image, qu'il perçoit, dans la soudaineté de son apparition et dans sa complexité, doit être examinée minutieusement, comparée avec la notion qu'il a du fœtus « normal ». Il ne sait pas ce qu'il va voir et son regard cherche s'il y a anomalie ou pas.

Ce travail s'effectue le plus souvent silencieusement, sans qu'il parle, alors qu'il est sous les regards de la parturiente et de son entourage qui le fixent, dans l'attente d'un mot, d'une parole, d'une appréciation, d'une certitude.

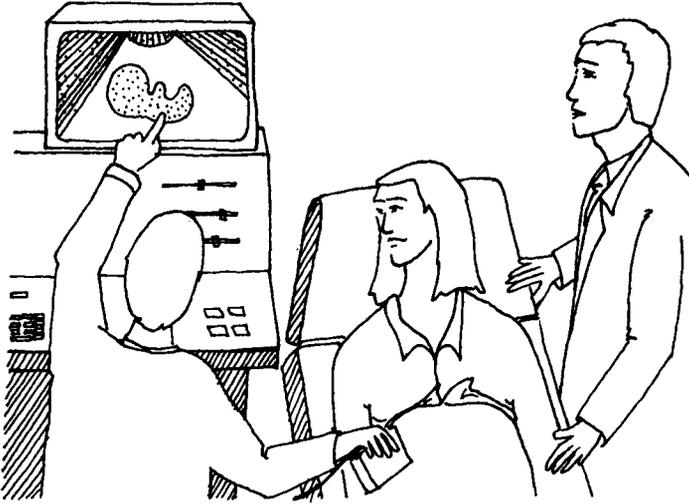
De nombreux échographistes vivent cette situation avec gêne, gêne qui peut d'ailleurs persister lorsque ils commentent les images. « Malgré mes explications sur ce qu'on voyait à l'écran, confie l'un d'eux, rien n'y faisait. Je me sentais observé, et pourtant je ne cachais rien. »

Les attentes parentales pèsent si lourdement sur ses épaules que le praticien est un peu dans la situation de l'« arroseur-arrosé ». A un moment donné il est observé, déchiffré, attendu.

Ceci explique sans doute en partie pourquoi la grande majorité des échographistes commente très largement l'image qui apparaît sur l'écran, ce « voyage organisé » au centre de la mère.

Détaillée dans ses organes, dont les parents ignorent parfois jusqu'au nom, une silhouette inconnue mais cohérente se dégage des paroles de l'échographiste. Silencieusement, parfois avec le vague sentiment d'entendre commenter un paysage inconnu dans une langue étrangère, les futurs parents voient ou essaient de voir ce que l'échographiste regarde, leur décrit. En d'autres termes, ils « empruntent » le regard de l'échographiste. Un peu comme un non-initié devant une peinture abstraite n'en perçoit la cohérence et

le sens que grâce à l'éclairage que lui en donne un amateur. *Quelque chose est donné à voir, à condition que soit abandonné le regard, qu'il soit comme « déposé ».*



Lorsque les commentaires de l'échographiste manquent de clarté, de simplicité, sa personne même devient objet de regard.

Dans son étude sur les réactions des femmes à l'échographie obstétricale, M. Garel¹ repère trois attitudes possibles du médecin pendant son déroulement :

— L'échographiste explique et décrit rapidement ce qu'il voit sur l'écran, et pose à la femme des questions sur son terme, le déroulement de la grossesse.

— Il prend son temps, explique de façon détaillée l'image de l'échographie, répond aux questions de la future mère.

— Il ne s'adresse jamais directement à elle ; la séance est rapide, et se termine par un « voilà, c'est tout ».

Si ces trois attitudes reposent sur le seul regard du prati-

1. M. Garel et M. Franc (voir bibliographie).

rien auquel la parturiente doit « s'accommoder », seule la deuxième ouvre le champ d'un dialogue, autorise les futurs parents à parler de ce qu'ils voient avec leurs propres yeux.

Deux points de vue

La consultation échographique joue ainsi sur une double dynamique :

— L'image n'est pas regardée « du même point de vue », selon qu'il s'agisse de l'échographiste ou des parents. L'image est la même, mais pour le premier, ce corps anonyme n'est distingué et détaillé que sous un aspect purement médical. Son regard est *analytique, séparateur, décomposant*.

— Pour les parents, cette image est celle de *leur enfant*, ce qui lui confère un caractère d'unité, de totalité, irréductible à un organe quelconque. Elle montre un sujet, dont l'identité dépasse très largement le corps, et qui est déjà parfois pourvu par ses parents de traits de caractère, comme en témoigne le dialogue suivant, entendu lors d'une consultation :

— L'échographiste : « Là, on voit la tête, le bassin et le cœur là... »

— La parturiente : « Ça, c'est le cœur ? »

— Lui : « Non, le cœur, c'est ce qui bat à cet endroit là-bas ! »

— Elle : « Et ça, qu'est-ce que c'est ? »

— Lui : « Ça, c'est l'estomac... »

(Silence pendant lequel l'échographiste effectue ses mesures.)

— Elle : « Il est grand comment *mon bébé* ? »

— Lui : « Ses dimensions sont tout à fait correctes. »

— Elle : « *Il a l'air vif... ça va être un nerveux !* »

Cette différence de « point de vue » se retrouve bien sûr également dans le vocabulaire employé : Pour le premier,

le corps se réduit à une anatomie, parfois abondamment décrite, mais essentiellement constituée d'éléments distincts, représentant chacun une entité : « Là, *une* jambe, ici *l'estomac*, ou là-bas *la* main. »

Pour les seconds, l'image de ce corps ne relève pas d'une anatomie, mais d'un être : le bébé. « Comment est-il ? *il* est grand comment mon *bébé* ? *Il a l'air vif.* »

Cette opposition n'est pas toujours aussi radicale. Les échographistes connaissent bien aujourd'hui les deux difficultés extrêmes de leur pratique : trop en dire, avec le risque d'interprétations abusives et angoissées de la part des futurs parents ; ne pas en dire assez, soit les laisser dans une expectative tout aussi inquiétante, et dans le vécu d'un examen « froid », dépersonnalisé. Le moyen terme est souvent le commentaire anatomique — largement pratiqué et pas toujours d'un intérêt majeur pour les personnes présentes. Il constitue cependant une base à partir de laquelle la parole peut naître.

Première constatation donc : en donnant à voir, l'échographie consacre une différence fondamentale entre les points de vue : de l'échographiste, d'une part, des parents de l'autre.

C'est dans ce double point de vue que se joue la dynamique du regard : la parturiente cherche à voir, au départ de chaque consultation, au travers du regard de l'échographiste, comme le souligne P. Atlan, « prépare aussi à entrer dans le registre symbolique, défini par la position du tiers. L'enfant est montré, non seulement à la mère, mais aux tiers, médecin, père. Le regard d'un tiers sur cet autre, à l'intérieur de son corps, en croisant le regard de la mère, opère comme un trait, comme une coupure à l'endroit de ce qui pourrait être vécu comme une relation duelle. » Le regard d'un tiers fait sortir la mère d'une capture « fusionnelle » en opérant une sorte de coupure d'un lien imaginaire avec le fœtus.

ATTENDRE ET VOIR

Par ailleurs, l'échographie, *pour un temps, dépossède les parents de leur regard* : ce qu'ils voient ne prend sens qu'à partir du regard d'un autre : l'échographiste. En cela réside sans doute l'aspect fondamentalement le plus agressif de cet examen, aspect jusqu'ici passé sous silence.

Des pulsions en jeu : voir, prévoir, savoir

Cette dynamique des regards joue un rôle extrêmement important dans la qualité de l'examen. Si elle ne peut être dissociée véritablement des paroles qui sont échangées, elle constitue une des structures de la séance, dans la mesure où elle rend possibles ou difficiles les relations entre parents et échographiste.

Cette intense activité visuelle joint deux « envies », deux « pulsions » : celle de voir, celle de savoir. Pulsions souvent liées et qui se réfèrent à l'enfance des parents, lorsque les mystères de la sexualité et l'une de ses énigmes fondamentales, la différence des sexes, éveillaient en eux le désir de savoir et le désir de voir.

En d'autres termes, l'échographie réactive ces pulsions en leur fournissant un nouvel objet, dans le champ de la sexualité, celui de la procréation. Ceci explique à la fois l'intense mouvement de plaisir provoqué par la consultation, et le vague sentiment d'angoisse qui l'accompagne, associé parfois à la sensation de « découvrir quelque chose d'interdit ».

Le rapprochement entre le présent, et des activités ou des formes de pensées infantiles, est à manier avec prudence. Si l'échographie les actualise, elle ne saurait être réduite à leur simple répétition, ce qui ferait alors des parents des « voyeurs ».

Quant aux termes de « profanation », « rapt de l'enfant », ou « viol », parfois avancés à propos de l'échographie, ils ont, certes, le mérite de mettre implicitement l'accent sur son

côté « transgression d'un interdit », mais, ils sont à reprendre avec la plus grande circonspection dans la mesure où des intéressés en sont des participants actifs.

Les réponses à une des questions de notre enquête, « auriez-vous souhaité que votre mère passe des échographies quand elle vous attendait ? », font apparaître un mouvement de gêne chez les gens concernés. Le caractère éventuellement « saugrenu » de cette question ne saurait expliquer à lui tout seul le malaise ressenti, ni les réponses catégoriques du type « connaissant ma mère, sûrement pas », ou « je n'aurais pas du tout aimé qu'on vienne m'examiner sans me demander mon avis ». La consultation échographique semble donc davantage investie par ceux qui regardent que par celui — ou celle — qui serait mis(e) en position d'être regardé.

Ce phénomène peut d'ailleurs être rapproché de certaines déclarations faites récemment par Françoise Dolto, pour laquelle certains fœtus, après une séance d'ultrasons, « s'escarotent » pour se protéger d'une intrusion ou d'une attente trop forte dont ils seraient l'objet.

Un rapprochement ou un éloignement : prise ou surprise ?

Une autre question fondamentale est induite par la consultation échographique : pour les parents, voir l'image de leur enfant sur l'écran, est-ce s'en rapprocher, ou s'en éloigner ?

Cette question pourrait paraître curieuse, si elle ne reflétait pas, autour de la pulsion scopique, la problématique inconsciente, parfois à l'œuvre lors de la séance.

La future maman voit ce qu'elle ne peut encore sentir, ou, plus tard, voit ce qu'elle sent : l'image la rapproche-t-elle ou l'éloigne-t-elle de son enfant ?

La réponse est complexe, souvent double. Dans un premier temps, elle est extrêmement attirée, touchée, par cette image qui lui confirme qu'elle attend un enfant, mais le fait

qu'il soit individualisé, établit une séparation de fait entre le fœtus et elle. Elle ne la ressent pas toujours comme telle puisqu'elle vit cet examen comme un rapprochement, « une rencontre » et une découverte. Ultérieurement, elle en prendra conscience, d'autant qu'au regard s'ajouteront des sensations à l'intérieur de son corps, signes de la vie qui l'habite.

Une nouvelle dynamique est à l'œuvre : regarder cet enfant, lui-même objet de regards d'autres personnes qu'elle, c'est le voir comme distinct, éloigné d'elle, radicalement autre, jusques et y compris dans son sexe.

La pulsion de voir obéit ainsi à un double mouvement : de rapprochement et d'éloignement ; elle éloigne pour rapprocher. Ces deux mouvements sont continuellement dynamiques, tant pendant la consultation que dans les semaines qui la suivent. On en retrouve une illustration dans la fascination qu'exerce l'image sur l'écran : les parents ne peuvent s'en détacher. « Tant que l'écran est allumé et que l'image de l'enfant persiste, tandis que je rédige mon compte rendu, je peux toujours parler, ils ne m'écoutent pas, ils regardent », rappelait un échographiste.

Lorsque la consultation se termine et que s'éteint l'écran, un sentiment de manque, d'absence ou de disparition est souvent ressenti. Le regard met donc en jeu la présence et l'absence.

La pulsion scopique opère sur quelque chose qui est affirmé pour être annulé en même temps : que le fœtus et la mère ne sont pas qu'un.

Pour Gérard Bonnet¹, « le but de la pulsion de voir est aussi la destruction de toute représentation quelle qu'elle soit [...]. Le voir est iconoclaste. »

L'imaginaire a besoin d'images, il ne peut pas se suffire de celles qu'il reçoit et, dans un mouvement dynamique, les fait sans cesse évoluer, se transformer. L'image apportée par

1. G. Bonnet (voir bibliographie).

la consultation échographique le nourrit mais n'en est pas le terme.

Nous l'avons vu, lorsque l'échographiste parle du diagnostic du sexe foetal, il n'est pas rare d'entendre des femmes lui répondre sur un ton un peu agressif : « De toute façon, vous n'en savez rien, c'est pas sûr ! Il y a toujours des erreurs même à l'échographie ! »

Cette attitude peut se retrouver d'ailleurs autant chez les parents déçus que pour ceux satisfaits par la révélation du sexe qui leur a été faite. Le mouvement profond des pulsions de voir et de connaître ne peut donc être arrêté par un objet si « réel » soit-il. C'est en cela que les parents retrouvent bien souvent leur regard, poursuivant la gestation dont l'échographie aura constitué un temps structurant.

La pulsion de voir ne peut être comblée par un objet quel qu'il soit ; stimulée par une image, un objet qui s'offrent au regard, elle s'en débarrasse s'ils font « bouchon ». Et, si l'échographiste veut absolument « montrer » ou faire comprendre quelque chose qui risquerait d'apparaître comme définitif, sans « au-delà » pour relancer son activité, elle le rejette. C'est en ce sens, que cette pulsion est dite iconoclaste, c'est-à-dire briseuse d'images.

Une autre manifestation de ce mouvement a été déjà relevée par des échographistes comme l'évoquent MM. Garel et Franc¹ :

« Certaines femmes détournent la tête en cours d'examen, se cachent les yeux, *ou bien malgré toutes les explications données, continuent de ne rien voir, de ne rien comprendre, comme si elles étaient victimes d'un blocage visuel.* »

Un brouillard s'installe, qui rend l'écran opaque au regard ; quelque chose doit rester incompréhensible, inaccessible, lointain.

1. M. Garel et M. Franc (voir bibliographie).

Le champ de l'illusion

L'échographie, dans son fonctionnement, pourrait bien révéler une illusion se déroulant dans trois directions :

— L'image qui apparaît sur l'écran n'est pas à proprement parler l'image de l'enfant. Nous l'avons souligné, cette image, qu'on dirait définie par une somme de points lumineux, est, en fait, la somme de points réels et de points « reconstruits » à partir d'un modèle mathématique. Il s'agit donc d'une image reconstruite, mais qui n'est pas vraiment l'image de l'enfant réel que les parents croient, et disent, apercevoir. Ceci n'empêche nullement l'échographie d'être vécue par les futurs parents comme « la première rencontre avec leur bébé ». Pourtant « l'enfant dans le ventre » n'est pas le même que « l'enfant de l'écran », de même qu'une photo n'est jamais une personne...

— Le second axe, corollaire de cette remarque, tient au fait que médecin-échographiste et parents croient regarder le même enfant, dont l'image apparaît sur l'écran. Nous avons déjà insisté sur cette différence dont il convient de rappeler qu'elle est source de nombreux malentendus.

— La troisième illusion vient du fait que les membres du couple ne voient pas l'image sur l'écran « du même œil », même si elle constitue un phénomène « objectif », ne pouvant donc être perçu de manière différente. Or, la façon de la voir est fonction de l'histoire de chacun et des multiples projets et projection pour et à l'égard de cet enfant imaginaire qu'il porte en lui.

Concrètement, les commentaires du père ou de la mère montrent souvent les disparités ressenties. Pour le père, l'enfant est souvent perçu dans sa totalité, dans sa dynamique, avec des traits de caractère que l'image a évoqués en lui. Les mamans, au contraire, remarquent davantage la précision des membres, la finesse des structures osseuses, des organes. L'enfant est ainsi imaginé de manière différente ; exprimées, ces pensées silencieuses révèlent souvent ce qui

était jusqu'alors tu dans l'illusion d'une indifférenciation.

L'illusion n'est pas duperie. Ce terme ne saurait par ailleurs se confondre avec l'erreur. Elle serait plutôt à rapprocher de l'idée d'une croyance, d'une création dans laquelle on peut reconnaître la réalisation d'un désir. Un psychanalyste anglais, Donald Winnicott, a montré, dans ses travaux, combien cette notion d'illusion pouvait être structurante pour un nourrisson, confronté à la difficile tâche de se situer par rapport à cette première frontière qu'il doit établir entre lui et sa mère, entre son corps et le monde extérieur.

L'échographie, à sa manière, opère sur un champ d'illusion, qui, d'ailleurs, s'exerce sur de nouvelles limites à établir entre dedans/dehors, fœtus/mère... Elle crée un espace, intermédiaire, où intérieur et extérieur se rejoignent.

Nous verrons dans le chapitre suivant l'importance des paroles échangées, permettant à chacun et à chaque élément de retrouver sa place, hors de l'indifférenciation illusoire que produit l'image chez ceux qui sont les spectateurs.

Voir et sentir

Il nous paraît utile de souligner l'incidence de l'activité visuelle, mise en jeu par l'échographie, chez chacun des membres du couple.

Pour les pères, l'échographie se joue sur un terrain très préparé. L'activité visuelle est souvent décrite comme une constante masculine, et de nombreux travaux ont montré l'importance du regard pour les hommes quand il s'agit de paternité. Il semblerait que le fait d'être privé « du senti », les conduit à privilégier « le voir ». Ainsi le classique orgelet des maris de femmes enceintes, comme une « petite grossesse qu'ils feraient à l'œil ». A. Beetschen¹ rappelle que,

1. A. Beetschen (voir bibliographie).

dans l'échographie, pour lui, « cet enfant imaginaire est fruit de l'œil de l'homme, comme on dirait pour une femme qu'il est chair de la chair ou enfant du ventre ; l'œil, le regard sont souvent sollicités chez les hommes en passe d'être père ».

Ce poids donné au regard est par ailleurs confirmé par le souhait exprimé par de nombreux hommes de filmer l'accouchement, se métamorphosant le temps de cette échéance, en un œil qui contemple, qui mémorise... ce qui sera regardé à nouveau, plus tard.

L'échographie donne à voir ce qui apparaît à bien des hommes aussi incompréhensible que fascinant : la maternité, dans son mystère, devient un possible objet à voir.

A cet égard, les incidences de cet examen semblent plus complexes pour la future mère. Nous avons insisté précédemment sur la dynamique qui lui est particulière et rythme sa grossesse : voir au-dehors, sentir du dedans. Cette alternance est vécue différemment par chaque femme. Les sensations du corps se posent néanmoins comme alternative possible, dégageant les femmes d'une fascination de l'image à laquelle succombe plus facilement leur compagnon.

Nous évoquerons deux observations faites par des échographistes chevronnés. Elles n'ont pas fait l'objet d'un travail statistique, et rendent incertaine ou hâtive toute généralisation, mais elles ont le mérite d'indiquer, à titre d'hypothèse, deux phénomènes :

— A plusieurs reprises, des femmes enceintes affirment avoir senti les mouvements de leur bébé en elle dès la fin du troisième mois, quelques jours seulement après la première échographie, alors que d'habitude, cette perception est beaucoup plus tardive. Le « voir » permettrait-il, une anticipation, une accélération du « senti » ?

— Le début des grossesses est classiquement associé aux nausées et vomissements qui l'accompagnent, qui même en sont encore considérés comme des signes annonciateurs. Ces malaises disparaissent souvent lors de l'audition (tardive) des battements cardiaques. Cette fonction semble aujourd'hui

d'hui être celle de l'échographie, et donc de manière plus précoce. Ces nausées sont souvent associées au malaise de se sentir « un peu » enceinte sans rien sentir encore du fœtus, de l'enfant-à-naître. Par l'anticipation qu'elle permet, et le passage de l'état de grossesse à celui d'attendre un enfant, l'échographie modifierait ce trouble.

La consultation échographique, par le double mouvement pulsionnel qui y apparaît — désir de voir, désir de savoir — met en jeu une dynamique affective complexe : l'échographe apparaît en même temps témoin, médiateur (par les éclaircissements qu'il apporte) et à la fois comme potentiellement menaçant, si sa présence est trop importante. La consultation est alors marquée du signe de l'agressivité et peut déboucher sur de nombreux malentendus. Nous verrons, dans le chapitre suivant, l'importance de la parole qui doit nécessairement apparaître au cours de l'examen, et les difficultés qu'elle pose, tant au praticien qu'aux parents.

*Baisse un peu l'abat-jour, veux-tu ?
C'est dans l'ombre que les cœurs causent,
Et l'on voit beaucoup mieux les yeux
Quand on voit un peu moins les choses.*

Paul Géraldy.

X

Temps de parole, lieu de prévention

*Alors, Pantagruel nous jeta sur le til-
lac de pleines poignées de paroles gelées
ressemblant à des dragées perlées de
diverses couleurs. Nous y vîmes des mots
de sable, des mots dorés. Après avoir été
échauffés entre nos mains, ils fondaient
comme neige, et nous les entendions réel-
lement, mais nous ne les comprenions
pas, car c'était un langage barbare...*

Rabelais, *Quart Livre*, chap. 56.

L'échotomographie est généralement considérée comme une expérience visuelle. On parle des images, des photos, l'œil semble prévaloir ; pourtant ces images ne sont lisibles et fortes que grâce aux commentaires et explications du médecin.

Geneviève, vingt-trois ans — premier enfant — : « On n'y voyait rien, on n'aurait rien compris si l'échographiste n'avait rien dit ; grâce à ses explications, ses descriptions, on a pu voir notre bébé. C'était formidable. »

Françoise, vingt-huit ans — deuxième enfant — : « Heureusement que le médecin était là pour m'expliquer ce que l'on voyait sur l'écran, sinon l'échographie, pour moi, n'aurait rien voulu dire ou pas grand-chose. »

Une parole en question

Regarder l'écran ne suffit pas pour comprendre ce qu'on voit.

Ces deux témoignages indiquent que les mots donnent cohérence et sens à la séance d'échographie. Cet examen qui semblerait n'être au premier abord qu'une expérience visuelle, une rencontre avec une image, serait donc avant tout affaire de langage et de parole. En d'autres termes, ce sont les mots qui créent les choses ; dans la consultation, ce sont les commentaires qui créent le cadre dans lequel l'image de l'enfant va pouvoir être perçue comme telle : la parole dégage la vie de ce magma de taches et de points lumineux.

De fait, l'attention des spectateurs est soutenue par ce que dit le médecin. S'il arrête de parler un court instant, l'intérêt des parents ne se porte plus sur l'écran : ils ne comprennent plus les formes qui défilent et détournent leurs regards vers l'échographiste, suspendus à ses lèvres ou aux expressions de son visage, en quête d'autres messages. Dès que les commentaires reprennent, ils regardent à nouveau le téléviseur. Une échographie se passant totalement en silence serait inconcevable, *ne voudrait pas dire grand-chose*, comme l'exprime Françoise.

D'ailleurs, le médecin, beaucoup plus que dans d'autres examens médicaux, parle, commente, explique ce qu'il voit, ce qu'il fait, et communique ses observations et ses impressions à ses « clients ».

Notre sentiment est que cette attitude relève :

— d'une part de la forte émotion qu'il ressent devant l'image de la vie en germe et du plaisir qu'il a à la faire partager ;

— d'autre part, du fait que parler, expliquer, commenter, transforme la gêne produite par ce regard à l'intérieur du ventre de la femme en gratification. Sans doute a-t-il quelques difficultés et scrupules à garder pour lui ce spectacle

si intime sans en rendre compte aux personnes concernées ; d'autant que les futurs parents sont très reconnaissants qu'il les invite à partager ce qu'il regarde et les fasse bénéficier de son savoir.

Et pourtant, c'est le fait de devoir parler qui pose le plus de problèmes aux échographistes, qui sont conscients par ailleurs que ne rien dire est impossible. En effet, leur mutisme serait ressenti par les futurs parents comme une frustration, une agression ; ils se sentiraient dupés, privés de cette rencontre avec leur futur bébé à laquelle ils ont « droit » et qu'ils attendent.

Face à cette difficulté, certains sont tentés de tenir un discours qui ne livrerait que des informations « objectives », des constats, pensant ainsi éviter toute ambiguïté dans leur propos et toute interprétation erronée ou angoissée des futurs parents.

En réalité, ce parti pris « d'objectivité » est un leurre qui aboutit bien souvent à l'inverse de l'effet recherché. Une parole n'est jamais neutre, du fait de celui qui la prononce, de ce qu'il est, et du fait de celui qui la reçoit, en fonction de ce qu'il vit et de sa personnalité.

Personne n'a jamais une totale maîtrise des mots, de leur sens. Plus la parole se veut neutre et objectivante, plus elle augmente les possibilités d'interprétations et stimule l'imaginaire. Ainsi, adoptant cette attitude qui laisse libre les parents de connoter ses paroles, l'échographiste s'étonne d'inquiéter, alors qu'il a l'impression de n'avoir rien dit de choquant.

« Le placenta est un peu bas. » « Les mesures sont à la limite de la normale. » « Il a le dos en avant ; je ne vois pas ses mains. »

Ces quelques phrases, du registre informatif ou de l'ordre de l'expression du constat, inquiètent et suscitent des demandes d'explications, ce que précisément, ce type de discours était censé éviter.

L'échographiste sensible aux attentes parentales est pris

ATTENDRE ET VOIR

dans une dynamique où il veut donner, expliquer, montrer sans, pour autant, atteindre toujours à *une parole qui enfin dirait « tout » de l'enfant en rassurant le couple gestant*. Un flottement reste toujours perceptible, chez les parents, comme si les mots de l'échographiste ne pouvaient qu'être repris, ailleurs, ultérieurement...

L'échographiste, dans ce type de relation, donne l'impression de quelqu'un qui tente de formuler des réponses à des questions qui ne sont pas posées.

Mais de quelle nature est l'attente des parents ?

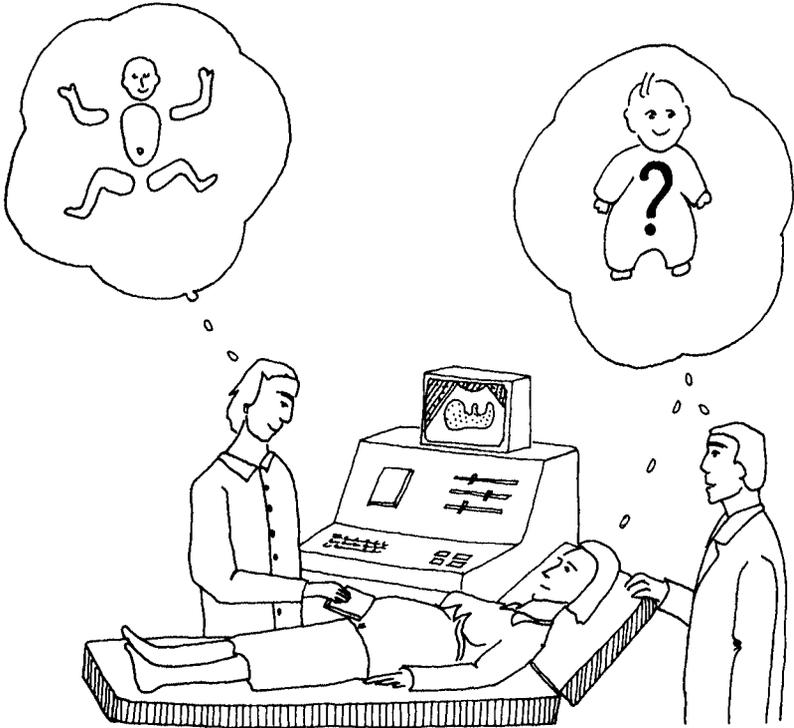
Leurs questions et leurs demandes d'explications ne peuvent en rendre compte. En effet, parler leur pose, à eux aussi, des problèmes ; comment formuler leur désir, leur quête ? Maladroitement, pris dans le mouvement des images et le « flot de paroles » du médecin, ils tentent d'approcher l'essentiel par le biais de leurs questions.

« Qu'est-ce que c'est, ça ? » « Est-ce qu'il est grand ? » « Est-il bien placé ? » « Son développement est-il normal ? »

La contradiction entre le discours de l'échographiste et celui des futurs parents tient au fait que l'un s'attache à comprendre et décrire ce qu'il voit, donc *ce que le fœtus a*, de quoi et comment il est fait ; alors que les autres attendent *d'approcher cet être*, de savoir *qui il est*, et non *ce qu'il a*. Or, ce ne sont pas seulement les mots qui peuvent répondre à cette quête, mais par la façon dont ils sont dits et entendus.

Un échographiste nous confiait de façon quelque peu provocatrice : « Il m'arrive parfois de résumer aux parents en "langage lego" ce que j'ai constaté au cours de mon examen. "Je n'ai rien vu d'anormal. Il a une tête, deux jambes, deux bras et un ventre." Les parents me posent alors la question d'un air déçu : "C'est tout ?" » Cette interrogation montre que les parents ne sont pas venus voir, ni entendre cela. Ce n'est pas l'assemblage de parties du corps « type lego ou puzzle » qui les faisait se réjouir par avance de cette consultation mais la perspective d'une rencontre avec « leur bébé »,

ils veulent sentir la réalité d'un être vivant, entier, en mouvement, et non approcher une silhouette morcelée par ces commentaires.



La période de gestation rend la femme enceinte, ainsi que son conjoint, particulièrement sensible et vulnérable. Aussi, les paroles prononcées peuvent être à double tranchant ; elles peuvent aider, rassurer, libérer, ou inquiéter, blesser, bouleverser et laisser des traces. Les échographistes en sont très conscients et certains, face à cette difficulté, préfèrent médicaliser au maximum l'examen ; ils parlent le plus sobrement possible et ne disent que le strict nécessaire : « Moins on en dit, moins on prend de risques. »

D'autres, en dehors du commentaire, sont très discrets et

ne font que répondre, en portant une grande attention, à la forme des questions posées. Pour ce qui est du sexe en particulier, la majorité des échographistes restent très prudents et n'abordent ce sujet que s'ils y sont explicitement invités, respectant la susceptibilité et les désirs parentaux, contrairement à ce qui se passait il y a quelques années.

Un accoucheur échographiste déclarait il y a six ans : « Si je n'annonce plus le sexe du fœtus aux parents, alors que me reste-t-il ? », indiquant, ainsi, l'importance de la gratification qu'il avait à faire ces révélations. Si autrefois, ils se considéraient dans cet « acte audiovisuel » comme des révélateurs, ils se ressentent davantage aujourd'hui comme des guides, discrets, respectueux du cheminement imaginaire des parents. Quand on parle de ce qui est dit pendant l'examen, la tendance est de privilégier le discours du médecin ; toutefois, il apparaît que ce que les membres de la famille ont à exprimer peut être aussi important et déterminant pour la suite de la gestation que ce que dit le médecin. Nous verrons plus loin l'importance et l'intérêt qu'il y a donc à leur ménager un temps de parole.

Nous avons évoqué quelques attitudes d'échographistes et les façons de gérer leur discours pendant la séance d'échographie. Les façons de faire et de parler sont multiples. Une réflexion sur ces thèmes mobilise la plupart d'entre eux. Nous citerons par exemple la réflexion de l'équipe médicale de la clinique des Bluets à Paris et sa façon originale de concevoir et d'organiser les conditions de l'examen ultrasonique.

« Conditions de l'examen »¹

1° Asepsie verbale, pas de jargon

Ce n'est pas seulement éviter les mots inutiles ou iatro-

1. Le texte qui suit est tiré des *Dossiers de l'obstétrique*, octobre 1986 (voir bibliographie).

gènes. Ce n'est pas dissimuler des faits. C'est essayer de coller à la réalité le plus simplement possible. Se rendre compte, par exemple, qu'un bébé qui a la « tête en bas et le dos en avant », c'est peut-être bien pour le pronostic obstétrical mais dans l'imagination d'un profane, ça fait plutôt figure de monstre.

2° Climat paisible

La consultation d'échographie est un entretien qui se construit et qui a une dynamique. Toute interruption intempestive étrangère à l'examen, même bien intentionnée, est extrêmement perturbante. La femme (le couple) ne supporte pas qu'on parle d'autre chose. Si des tiers assistent à l'E.T.G., ce doit être avec l'accord de la femme. Les explications doivent toujours être données en priorité à la femme et non à l'entourage (fût-il stagiaire en échographie.)

3° Montrer plutôt que dire

Prenons l'exemple controversé de la révélation du sexe. Elle veut savoir le sexe. Plutôt que de le lui annoncer de façon péremptoire, nous préférons le lui laisser découvrir sur une image que nous nous efforçons de rendre la plus évidente possible. Et souvent, personne ne dit rien. Seul, un sourire entendu nous signale que l'information est passée. »

D'autres types de réflexions ont poussé certaines équipes dans des directions différentes. Beaucoup d'échographistes accordent une attention plus grande à la qualité des relations. Certains prennent en compte ces critères pour choisir leurs remplaçants.

Qualité de la relation

Nous l'avons déjà indiqué, la qualité de la relation entre le médecin et les futurs parents est déterminante dans le

vécu et le souvenir de cette expérience. Les réponses d'une centaine de femmes enceintes à cette question : « Quelles sont les qualités que vous attendez de l'échographiste ? », mettent en évidence que les qualités relationnelles (disponibilité, gentillesse, sensibilité) apparaissent aussi essentielles que les qualités techniques et les compétences.

Évelyne, vingt-huit ans, — premier bébé — :

« J'ai passé quatre échographies. Je trouve que c'est un moment qui dépend de la relation qu'on a avec l'échographiste. Certains sont sympathiques, très ouverts, disponibles, d'autres sont froids et abrègent l'examen. Ils font leur boulot, mais sans plus. Ça intimide plutôt qu'autre chose, ça met mal à l'aise. C'est un problème de relation.

« Les parents attendent qu'on leur explique tout.

« On m'avait dit : "vous avez un placenta marginal", mais on ne m'a pas donné d'autres explications. On pense tout de suite au côté négatif. Vraiment, ce médecin aurait dû donner une explication, une vérité, parce qu'il sait bien que tout ce qu'il dit, si c'est mal compris, peut être mal interprété et inquiéter. Il faut qu'il fasse *attention aux termes* qu'il *emploie*, tout en restant dans le langage de vérité. Quand on a une personne froide devant soi, les questions ne viennent pas facilement.

« L'échographie, c'est un moment important, qui peut être gâché par la personne qui la dirige. »

Quand le « courant passe » et que s'établit une relation de confiance, la singularité de cette situation, bouleversante pour les parents, favorise l'évocation de souvenirs, de sentiments ou de productions imaginaires, ayant l'écran comme support. Les accoucheurs échographistes nous ont souvent dit leur surprise : « Il se dit des choses à ce moment-là qui ne sont jamais abordées au cours des autres consultations. L'ambiance est tout à fait différente, plus affective, chaleureuse et joyeuse, ou tendue et pénible. Ce n'est pas toujours facile à gérer ; nous ne sommes pas formés pour régler des problèmes affectifs et relationnels délicats. Souvent, on

aimerait bien qu'il y ait avec nous un "psy" pour s'occuper de ça, et qu'on puisse faire tranquillement le travail d'examen. »

Il est vrai que la pratique échographique oblige le médecin à être vigilant et attentif sur deux fronts : il doit à la fois exercer sa compétence médicale et être sensible aux réactions des femmes présentes, disponible pour les écouter et, parfois, répondre à leurs attentes. Ce qu'il dit constitue le lien entre ces deux aspects de son activité. Ces expériences, parfois stressantes, expliquent que, parfois, il limite le champ de communication et d'échange, par peur d'en dire trop ou d'être soumis à des questions embarrassantes.

Les futurs parents sont très sensibles à l'ambiance de la consultation et à la qualité de leur relation avec le médecin, qui permettront ou non l'échange et conféreront au dialogue sa richesse ou son austérité.

A ce sujet, écoutons Gladys, vingt-sept ans — premier bébé — : « J'ai passé trois échographies. La première je n'ai rien vu, elle m'a simplement confirmé que j'étais enceinte. A la deuxième, à la fin du troisième mois, mon ami m'a accompagnée. On voyait nettement mieux, mais ce moment a été gâché par le fait que cela a duré cinq minutes. L'échographiste a très vite abrégé, n'a pas donné d'explications. On est passés à côté d'une prise de conscience, on ne s'est pas rendu compte de la réalité du bébé. Quant à la troisième, à la fin du septième mois, avec mon compagnon, on était émerveillés, on est tombés sur un échographiste très disponible, il nous a donné beaucoup d'explications ; cela a duré trois quarts d'heure. »

Gladys, en rapportant ses expériences différentes, montre à quel point la qualité relationnelle est fondamentale.

Paroles qui laissent des traces

Les paroles du médecin peuvent prendre des allures de sentence et laisser chez le patient des traces tenaces et durables. Il

est important de noter que dans ce sens, le médecin peut influencer directement la perception que la femme a de son enfant, et pourquoi pas, le déroulement ultérieur de la grossesse.

M. Garel, M. Franc¹.

Nous l'avons déjà mentionné à plusieurs reprises, l'expérience de l'échographie produit une forte impression sur les personnes qui y assistent et y participent. Son impact est toujours fort et l'impression qu'elle produit persistante. En effet, le commentaire de l'échographiste prend un caractère de vérité absolue, du fait qu'il s'appuie sur une image et sur un savoir. Le savoir corroboré par l'image est entendu comme une vérité absolue : « L'échographiste nous l'a expliqué, nous l'avons vu avec lui, c'est donc bien vrai. »

Par ailleurs, la façon d'entendre et d'interpréter ses propos est parfois plus déterminante encore. Un mot ou une expression peuvent laisser une « impression » qui s'inscrit dans la vie et l'histoire d'une famille : nous en verrons deux exemples :

Madame B., lors de sa deuxième échographie, fut informée par l'échographiste que le fœtus présentait une image douteuse au niveau de son ventre et qu'une échographie de contrôle serait nécessaire. Celle-ci, faite avec un échographiste différent, confirma l'impression première et posa le diagnostic d'omphalocèle (hernie ombilicale). D'autres examens furent ensuite pratiqués pour suivre l'évolution de l'image de ce ventre plus gros que la normale. Le diagnostic confirmé, l'accoucheur expliqua aux parents de quoi il s'agissait et leur indiqua les mesures à prendre au moment de la naissance :

- Accouchement par césarienne.
- Accueil de l'enfant par un chirurgien spécialisé qui pratiquera immédiatement l'intervention réparatrice.
- Le pronostic définitif sera fonction de l'importance du sac herniaire et de son volume de viscères.

1. M. Garel et M. Franc (voir bibliographie).

Par césarienne est donc né un petit garçon qui, à l'étonnement de tous, ne présentait aucune anomalie abdominale. Chacun en fut à la fois étonné et ravi, mais aussi incrédule. « Étant donné ce que nous avons vu et ce qui nous avait été dit, pour nous c'était impensable, on n'arrivait pas à y croire », déclarèrent M. et Mme B.

Deux ans plus tard, Mme B. retourna voir son gynécologue-accoucheur car elle désirait avoir un autre enfant. Après l'en avoir informé, elle lui demanda s'il n'était pas possible d'effectuer des recherches génétiques afin d'évaluer les risques de transmission héréditaire d'omphalocèle, car elle ne tenait pas à revivre l'expérience de sa première grossesse. Le médecin tenta de lui expliquer à nouveau que les échographistes s'étaient trompés et que son fils — comme elle avait pu le constater — ne présentait aucun problème, qu'elle n'avait donc aucune inquiétude à se faire. Il fallut plusieurs rendez-vous pour que Mme B. et son mari l'admettent, tant les paroles prononcées au cours des échographies de la première grossesse, appuyées sur des images, avaient laissé une trace profonde et durable dans leur esprit. Ils avaient intégré l'omphalocèle dans leur histoire, l'avaient associé et relié à l'histoire familiale.

L'histoire de M. et Mme B. nous paraît tout à fait révélatrice : les paroles et images enregistrées par la famille comme étant réelles et vraies, se sont inscrites, ont trouvé place dans l'histoire familiale. L'intégration progressive de ces données de l'expérience, dans une période de préparation à l'événement de la naissance, où les processus imaginaires réactualisent souvenirs et liens familiaux. Elle lie dans l'inconscient cette vérité aux lignées de sang et à la possible transmission génétique d'une tare familiale. Ainsi Mme B. comprenait-elle consciemment que son fils n'avait rien, mais le doute restait toujours affectivement très fort en elle.

M. et Mme D. viennent nous consulter au centre médico-psychologique parce que leur fils Bernard, vingt mois, ne mar-

che toujours pas. Ils nous racontent l'histoire de cet enfant et signalent d'emblée : « Ça ne nous étonne pas tellement qu'il tienne mal sur les jambes, l'échographiste nous a dit lors de l'examen qu'il ne les voyait pas. »

Il est évident que les symptômes de Bernard traduisent la coïncidence entre les paroles prononcées et l'importance de cette zone du corps dans l'histoire familiale : le grand-père paternel de Bernard est paralysé des jambes depuis plusieurs années ; un de ses oncles souffre d'un pied-bot.

Cet exemple montre comment une parole exprimée peut relier le passé familial et l'avenir de l'enfant.

Ces deux cas mettent en évidence que toute parole présente un risque : risque de se tromper, risque d'être interprétée. Ce risque n'est pas propre à la consultation échographique mais à toute relation ; prendre le risque de la parole, c'est prendre le risque d'un échange, d'une relation. Les échographistes le savent bien, qui sont conduits à se situer en fonction de leur tempérament, de leur personnalité, entre deux attitudes extrêmes : une présence quasi mutique et un discours ininterrompu. Ces deux façons évitent l'échange.

Ce dernier ne peut se faire qu'au prix d'une libre circulation de la parole, sans qu'elle se fige dans des termes définitifs, et d'une rencontre qui implique le médecin en tant que personne.

C'est à cette condition, à ce risque, que ce temps de parole peut constituer un temps de préparation et de prévention pour la famille.

Temps de préparation et de prévention

Nous l'avons précédemment indiqué, les rendez-vous échographiques scandent la grossesse et, par là même, la gestation imaginaire. Les futurs parents se préparent à ces consultations, et leur anxiété au moment de l'examen dénote l'intense activité imaginaire consciente et inconsciente que celui-ci provo-

que. Ils y arrivent porteurs de questions, d'inquiétudes et de nombreuses attentes, ce qui ne peut manquer d'opérer une « pression » sur les échographistes.

La consultation devient alors lieu de parole et temps de prévention et de préparation vis-à-vis des échéances à venir : accouchement, relation parents/nourrisson, aménagement familial.

L'échographie prépare à l'accouchement et à la naissance ; 70 % des femmes interrogées estiment que cet examen y prend une part importante. En effet, elle fournit des renseignements précis sur l'évolution de la grossesse, la croissance du fœtus, la position du placenta et les dimensions relatives du bébé par rapport au bassin de sa mère. Ainsi permet-elle de prévoir le déroulement et l'état du nouveau-né.

Par ailleurs, elle permet à la femme de bien connaître son corps, sa réalité, la forme de ses propres organes, de se familiariser avec cet être qui l'occupe dans son ventre et dans sa tête. Grâce à l'ensemble des informations qu'elle fournit par la voix du médecin, elle rassure la future mère en réduisant la part d'inconnu et d'incertitude sur l'accouchement, la naissance et la découverte de son bébé.

Le sentiment de plus grande sécurité qu'elle apporte aidera la femme enceinte au cours du travail à gérer sa souffrance dont l'intensité dépend en partie de son anxiété.

Marie-Line et Mélanie témoignent de cette fonction préparatrice :

Marie-Line, vingt-sept ans — deuxième bébé — : « Pour mon premier bébé, l'échographie nous a permis de voir qu'il avait la position postérieure ; comme j'étais prévenue de ce problème, je me suis préparée moralement ; je n'ai pas eu de mauvaise surprise à l'accouchement. »

Mélanie, vingt-cinq ans — premier bébé — : « Grâce à ces examens nous avons pu constater avec l'échographiste que mon bébé *se présentait en siège*. Je savais à quoi m'en tenir ; j'étais

confiante parce que mon bassin est assez large, j'étais donc prête à faire le maximum pour que ce problème ne nous gêne pas à l'accouchement, enfin pas trop. »

Préparation et prévention sont des termes proches et complémentaires. En effet, nous ne considérons pas la prévention dans le sens médical traditionnel qui la réduit au dépistage et à l'évitement des risques, mais selon la définition qu'en donne aujourd'hui l'Organisation mondiale de la Santé (O.M.S.), qui recouvre les moyens d'information et de sensibilisation pour promouvoir la santé et l'épanouissement des individus. Donc, prévenir, non seulement pour guérir, mais pour que les choses se passent le mieux possible. Ainsi, pour des gestants, cette notion élargie de prévention rejoint-elle celle de préparation.

Dans cet esprit, l'échographie peut représenter un temps de préparation et de prévention non négligeable.

Nous avons vu :

— Comment l'échographie produit un saut qualitatif dans le vécu de la grossesse en présentant le « futur bébé » à ses parents.

— Comment elle favorise le sentiment d'attachement à l'égard de cet être dont les parents visualisent l'existence.

— Comment elle induit chez eux un sentiment de responsabilité à son égard.

Par cette influence, l'échographie aide les « futurs parents » à être plus attentifs aux recommandations classiques pour mener à terme une grossesse et les futurs mamans à tenir compte de leur fatigue et à prendre plus de précautions en pensant à l'intérêt du bébé.

Notre sentiment est que, par là, elle contribue à prévenir le nombre et les risques des accouchements prématurés.

De plus, lorsque ceux-ci se produisent et que la mère est séparée de son nouveau-né, l'impression de le connaître déjà, un peu, facilite la mise en place des liens affectifs, physiques et aussi de paroles souvent très difficiles en ces circonstances.

La prévention, lors de la consultation échographique,

Temps de parole, lieu de prévention

consiste principalement à *ouvrir « le champ des possibles »* : tout ce qui vient faire obstacle aux cheminements imaginaires peut, en étant exprimé, permettre *d'envisager toutes les éventualités* : le fait qu'une fixation sur une caractéristique qu'aura (ou n'aura pas) l'enfant soit évoquée, et entendue, relativise son importance dans l'esprit des parents. Ils *accueilleront dans la surprise* et dans la confiance cet enfant, qui, ainsi, s'en trouvera allégé des images contraignantes posées sur lui.

L'échographie apparaît ainsi comme un carrefour entre ce qui était attendu (ou craint) et ce qui apparaît ; cet espace de différence, s'il est respecté par l'échographe, et évoqué par les parents, *permet l'expression de sentiments ambivalents*, éventuellement contradictoires et pénibles, et *libère ainsi la gestation imaginaire*.

Nous en avons donné de multiples exemples dans les chapitres précédents. Rappelons l'histoire de Claire et de ses jumeaux, comme celle de M. T. Ce dernier, en envisageant grâce à l'échographie, la possibilité d'être le père d'une fille, a dégagé et rendu plus ouverte sa relation avec son garçon, enfermé jusque-là dans des projets rigides et préétablis.

XI

Paroles d'échographistes
et d'accoucheurs

Cet ouvrage serait incomplet s'il ne donnait pas la parole aux praticiens, et aux plus concernés d'entre eux, les échographistes. Il serait inexact et tout à fait injuste de croire que leur pratique — difficile et exigeante — les laisse indifférents, ou que la réflexion sur l'usage et les conséquences de l'échographie obstétricale n'est le fait que de chercheurs extérieurs à la gynécologie ou l'obstétrique.

De nombreux échographistes nous ont fait part de leur enthousiasme pour cette discipline, mais également des questions ou des situations difficiles auxquelles ils sont confrontés. Ces difficultés sont moins techniques que verbales, relationnelles. Comment et quand parler, annoncer, répondre ?

La formation qui permet d'accéder au certificat d'échographie (C.E.S.) intègre de plus en plus cette dimension psychologique, d'écoute, inséparable d'une bonne utilisation de l'outil. Il faut saluer, à cet égard, la réflexion menée par le professeur Leroy, et le travail de recherche mené avec efficacité, sérieux et exigence par le docteur Roger Bessis, respectivement à l'hôpital Saint-Maurice et au centre hospitalier Béclère de Clamart.

Nous voudrions, dans les pages qui suivent, rendre compte de ces interrogations que nous ont adressées les échographistes à l'occasion d'entretiens faisant suite aux consulta-

ATTENDRE ET VOIR

tions, au cours de réunions consacrées précisément à ce thème, lors d'interviews ou de congrès, où le hasard des rencontres et des prises de parole enrichissaient notre recherche. Plus que les réponses qu'elles n'appellent pas toujours, ces questions autour de l'échographie sont diverses, difficiles et provoquent une réflexion particulièrement riche et toujours active. Nous donnons la parole aux échographistes avec reconnaissance.

La place de la médecine, du clinicien

Docteur D., échographiste :

« Il y a des gens qui ne se rendent vraiment pas compte qu'il s'agit d'un examen médical. C'est très difficile de travailler, surtout quand il y a plusieurs personnes dans la pièce. Quand il y a des enfants, ils remuent souvent, se font gronder, pleurent, ou viennent tripoter l'appareil... Comment arriver à faire correctement son travail ? »

Docteur H., échographiste :

« C'est étonnant comme les gens réagissent parfois. Je me souviens d'un père, qui, au début, ne voyait absolument rien de ce que je lui montrais. Pourtant, au bout d'un quart d'heure, il me montrait ce qu'il voyait, et c'est tout juste s'il ne m'expliquait pas ce que je devais faire... »

Difficile de trouver sa place de clinicien dans un examen tellement spécifique, qui modifie les relations, les statuts habituels, au point que le praticien peut parfois se sentir presque « de trop »...

Docteur D., obstétricien :

« Maintenant, les jeunes médecins ont été formés avec

l'échographie. Ça fait partie de leur époque, ça existait pendant leur formation. Ils ne pourraient plus s'en passer, ils auraient trop peur... Moi, j'insiste beaucoup pour qu'ils apprennent à examiner, et qu'ils aient *confiance dans leurs qualités cliniques* et sensibles. Et puis surtout, qu'ils les affinent ! »

Docteur L., obstétricien, chirurgien :

« Pour moi, l'examen clinique prime sur les examens complémentaires comme l'échographie. En dernier lieu, je fais confiance aux données de l'auscultation, de la palpation et du toucher vaginal. La clinique fout le camp. Dernièrement encore, j'ai reçu le courrier d'un collègue qui m'adressait une patiente pour pratiquer l'ablation d'un fibrome utérin. Il m'indiquait que le diagnostic avait été fait à l'échographie, et confirmé a posteriori par l'examen clinique. C'est vraiment le monde à l'envers ! »

L'échographie obstétricale prend souvent la place de l'examen clinique qui, dès lors, est réduit à une place complémentaire, subsidiaire. A cet apport de l'échographie risque de correspondre la disparition, ou la négligence, des qualités d'observation, de palpation, d'auscultation propres à la sensibilité du praticien. Ce danger est redouté par nombre de médecins, qui reconnaissent que le recours à l'écran peut apparaître comme sécurisant, mais confient dans le même temps le regret qu'ils en éprouvent parfois et évoquent les limites mêmes de l'instrument.

Docteur Z., accoucheur :

« On demande systématiquement des échographies pour des raisons médico-légales. Vrai ou faux, on s'imagine que, s'il y avait une malformation ou un pépin, on serait attaqué en justice, du coup on est couvert. »

ATTENDRE ET VOIR

Docteur G., échographiste :

« Un de nos collègues s'est retrouvé devant les tribunaux. Les parents l'ont attaqué parce qu'il manquait un pied à leur enfant. Ça peut arriver à tout le monde. Ça n'est pas une faute, ni une erreur ! C'est impossible de tout rechercher et de tout voir... Il sera acquitté, mais c'est très dur de se sentir menacé. Les gens veulent leur enfant parfait et nous demandent de le garantir. Si le collègue avait vu qu'un pied n'était pas formé, ça n'aurait rien changé sur le plan thérapeutique ou de la surveillance de la grossesse. Alors, que faire ? »

Docteur A., échographiste :

« Le message qu'il faudrait faire passer au public, c'est que l'échographie, c'est un examen qui apporte beaucoup de choses, mais qui possède des limites insurpassables. On ne peut pas tout voir, c'est impossible... »

Docteur B., accoucheur :

« J'ai fait plusieurs fois la démonstration qu'il y avait des erreurs sur l'hypotrophie fœtale. On fait une hyper-surveillance, on inquiète les gens ; et puis le bébé arrive, bien beau, et bien potelé. De quoi avons-nous l'air et qu'avons-nous fait ? »

Docteur A., échographiste :

« Si les patients savaient combien nous avons peur de ce qui risque soudain d'apparaître à l'écran et que nous n'imaginons pas. Nous sommes un peu dans la même situation qu'eux : nous ne savons pas, nous avons peur de ce qui risque d'apparaître, de ce que nous aurons à annoncer peut-être, et de ce que nous risquons de ne même pas voir. Tout est difficile dans ce métier !... »

La consultation échographique n'est pas un acte simple. A la très grande responsabilité objective et subjective qui

pèse sur l'échographiste s'ajoute, ce qui rend sa place d'autant plus difficile que les salles d'attente sont pleines et le travail trop abondant... Comment voir le plus possible sans risque d'erreur technique, humaine ?

Comment parler ?

De celui qu'on voit

Docteur F., échographiste :

« Les parents parlent de bébé ou d'enfant ; moi, je ne dis que "il", en ne parlant ni de fœtus, ni d'embryon, ni de bébé... »

Docteur D., échographiste :

« Les gens, à la consultation que je fais, disent "il" comme moi. Sauf quand ils parlent entre eux, ou aux enfants qu'ils ont déjà ; dans ce cas, ils parlent de bébé ou d'enfant... »

Docteur Y., échographiste, accoucheur :

« On dit parfois de drôles de choses dans une consultation d'échographie, quand on y réfléchit un peu ; on dit : "il a la tête en bas, les jambes sur le côté, ou le dos en avant." Vous vous rendez compte ? Il fait le cochon pendu ! Et le dos en avant, c'est comment, ça ? »

De ce qu'on aperçoit

Docteur A., échographiste :

« Des amis étaient venus passer chez moi la deuxième échographie, en insistant sur le fait que je ne leur dévoilerais pas le sexe du bébé. Au cours de l'examen, j'ai trouvé une hydrocèle, j'ai fait le compte rendu à l'accoucheur. Comme l'hydrocèle est un épanchement liquidien

ATTENDRE ET VOIR

des bourses, ils ont su que c'était un garçon. Ils m'en ont voulu... »

Docteur H., échographiste :

« Moi, j'ai reculé l'écran un peu, comme ça, derrière la tête de la femme. De cette manière, si elle veut regarder, c'est vraiment un acte volontaire de sa part. Ça n'est pas moi qui le lui impose... Elle n'a qu'à tourner la tête, si elle le veut, et regarder un peu en arrière... »

Docteur L., échographiste, accoucheur :

« Il y a des situations difficiles, désagréables, quand les gens sont revendicateurs : quand le fœtus n'a pas le sexe qu'ils attendaient, que les images ne sont pas aussi bonnes que celles qu'ils avaient vues la fois d'avant, ou que la relation est mauvaise d'emblée. Et puis, il y a pire : c'est quand il faut annoncer quelque chose qui ne va pas bien. Le plus dur, c'est quand on découvre une anomalie, une malformation, une affection qui n'est ni bénigne ni gravissime. On est dans l'incertitude : grave ou pas grave ? »

Docteur H., échographiste :

« Moi, je pense qu'il ne faut pas annoncer une malformation, ou une anomalie, si ça ne modifie en rien le déroulement ou la surveillance de la grossesse. Si on ne peut rien y changer, c'est-à-dire si le traitement ne doit être fait qu'après la naissance, il ne faut surtout pas inquiéter les parents. Je pense qu'on n'est pas tenu de tout dire. La tranquillité et même la sécurité de la grossesse et du fœtus ne doivent-elles pas passer avant un droit à l'information tout à fait abstrait ? »

De ce qui est imaginé

Docteur M., échographiste :

« Il y a vraiment une chose qui reste une question pour

moi, et pourtant je fais ce métier depuis un bout de temps : Pourquoi les échographistes ne donnent-ils jamais de clichés aux parents en cas de découverte de malformation ? Je ne sais pas trop quoi en penser. Je me demande, surtout quand des parents parlent d'une interruption thérapeutique de grossesse, si les clichés ne les aideraient pas à faire plus vite le deuil de cet enfant. S'ils décident de le garder, peut-être ça pourrait-il les aider, par ailleurs, à voir au-delà de la malformation l'enfant en question. »

Docteur V., échographiste :

« A chaque consultation, il y a deux choses qu'il faut toujours réexpliquer : d'abord que nous comptons la grossesse en semaines d'aménorrhée, donc à partir du premier jour des dernières règles, et non à partir du rapport fécondant. Ça n'a l'air de rien, mais cela suscite parfois des situations embarrassantes. Quinze jours d'écart dans la façon de compter, ça peut créer des doutes pénibles au sein du couple. D'autre part, l'image n'est qu'en deux dimensions et pas en trois ! »

Docteur G., échographiste :

« L'échographie, c'est très difficile à comprendre. Les gens saisissent mal qu'on ne peut voir que des plans. Très souvent je dois l'expliquer, je prends l'image des tranches de cake. Il n'y a que comme ça que je peux faire passer le message. »

Docteur H., accoucheur :

« On peut dire ce qu'on veut de l'échographie, ça a un côté préventif non négligeable : quand je vois en consultation une future maman très ambivalente, pas très contente d'être enceinte et qui revient me voir, après l'échographie, dans des dispositions tout à fait différentes, heureuse de me parler de ce bébé, ça fait quand même plaisir. »

ATTENDRE ET VOIR

L'ensemble de ces témoignages illustre la complexité, les limites de l'échographie qui, si elle représente un progrès incontestable, risque de faire passer la pratique clinique au second rang. De plus, les multiples incidences psychologiques mises en œuvre par cet examen rendent vraiment la place de l'échographe très difficile. L'outil, la machine exigent des qualités quelque peu surhumaines. La multiplicité des enjeux met en évidence que la technique n'est qu'un moyen, et que l'important est affaire de relation.

L'échographie obstétricale ne saurait oublier qu'elle concerne l'être humain dans son essence et son mystère.

Conclusion

Personne ni rien n'est à soi-même son propre commencement...

Jacques Durandea¹.

L'introduction, il y a une dizaine d'années, de l'échographie dans le champ obstétrical a provoqué un saut qualitatif sans précédent.

La possibilité qu'elle offrait de voir, d'observer la vie humaine dans son œuf, au creux du ventre de la mère, sans effraction ou intervention chirurgicale, a constitué une aventure et un événement comparables — en son temps — aux premiers pas de l'homme sur la Lune. On pourrait presque parler ici de révolution ; les connaissances parcellaires que nous avons de la vie intra-utérine, interdite au regard, faisaient de la grossesse un espace-temps quasiment inconnu, inexploré, objet de fantasmes et de mythes.

La découverte de ce monde, jusque-là inaccessible et pourtant si proche, a modifié notablement les conditions d'attente d'un enfant, l'image que les parents se faisaient de lui ; elle a apporté à la science des connaissances nouvelles, des possibilités d'exploration et d'intervention au plus près des sources de la vie.

La soif de l'homme de savoir, de comprendre et de maîtriser les secrets du vivant a pu ainsi s'exprimer totalement.

1. J. Durandea : *Qu'elle!*, éditions Denoël.

La recherche s'est lancée sur le chemin ouvert par l'échographie pour s'intéresser aux mécanismes les plus intimes de la procréation, de la conception et du développement de la vie.

Rarement, une innovation médicale a connu une diffusion aussi large, un tel succès tant auprès des hommes de l'art que du public. Toutefois, l'importance de l'influence qu'elle exerce a pu passer inaperçue tant son intégration à la vie quotidienne s'est faite progressivement, tandis que sa « pénétration » était rapide dans la pratique médicale.

La relative discrétion de son apparition, dans sa phase expérimentale, sa généralisation rapide tant sa pratique était simple et rentable, ont fait qu'il ne fut guère réfléchi à son usage. Cette expérience « extraordinaire » s'est banalisée, est devenue une évidence aussi indiscutable que triviale. Comme l'usage du téléphone, dont on ne s'étonne plus aujourd'hui, l'échographie n'a pas provoqué un choc aussi brutal que les premiers pas d'un astronaute sur une autre planète. Tout se passe un peu *comme si cette expérience s'était transformée en évidence technologique avant que les questions qu'elle soulève n'aient pu être formulées.*

L'échographie correspond aux sensibilités de l'époque. Répondant implicitement aux aspirations et aux craintes propres aux années quatre-vingt, elle s'est « tout naturellement » imposée... Ni son intérêt ni ses conséquences n'ont surpris, comme si elle collait à « l'air du temps ». En effet, après les années soixante-dix, caractérisées par des mouvements collectifs s'appuyant sur les thèmes de liberté, d'égalité des sexes, et de droit à la différence, la crise économique a marqué un passage vers des préoccupations plus individuelles, telles la recherche d'identité, d'une plus grande sécurité, d'expériences plus personnelles. Dans ce contexte, le bébé a représenté une valeur jusque-là inégalée, dépassant largement sa personne pour devenir une « raison de vivre », un projet d'avenir, une façon pour ses parents de retrouver une identité et de se forger un univers plus intime, rempart

devant un monde souvent hostile et difficile. L'enfant-à-naître est devenu une valeur refuge.

Les pouvoirs publics, inquiets de la baisse de la natalité, ont contribué à développer, à favoriser toutes les innovations concernant la grossesse et la naissance. Sur ce plan aussi, l'échographie a répondu « naturellement » aux attentes.

Nous l'avons souligné l'échographie est à la fois un examen médical et une expérience existentielle.

Pour les futurs parents, cette consultation inaugure la gestation, marque le départ de l'attente d'un enfant, permet le passage de l'état « d'être enceinte » à celui de « porteuse de vie ». Elle présente aux futurs parents un enfant-à-naître déjà là, déjà ressenti comme une personne.

Cette expérience affective produit, par la constatation que le fœtus est « bien portant et bien porté », une réassurance qui permet au couple « de vivre davantage ensemble » l'attente ; une porte s'est ouverte pour de nombreux hommes, qui participent ainsi à une expérience à laquelle ils se sentaient jusque-là étrangers : le temps de la grossesse.

Le rythme de ces examens ponctue un processus jugé souvent long, pénible, sans repères. Ils anticipent, tout en les développant, des relations avec l'enfant-à-naître, modifient les relations du couple et préparent la famille à l'accueil du nouveau venu.

Les examens échographiques ont bouleversé le monde de surveillance de la grossesse — le fœtus est devenu un patient potentiel — ils ont enrichi la médecine par la recherche diagnostique prénatale des malformations ou anomalies, permettant d'envisager le traitement après la naissance, ou même, maintenant, in utero.

Dans le domaine de la recherche, ils ont donné de nouveaux moyens à la lutte contre la stérilité et au développement de nouveaux modes de procréation.

Procréer, attendre un enfant, lui donner la vie, activités fondamentales qui engagent l'être humain dans son essence,

sont devenues aujourd'hui affaire de médecine et de discours scientifique. L'importance croissante et persistante de la référence médicale, qui a valeur de réassurance, soulève de nouvelles interrogations. Le mystère de la vie, l'amour, le désir, l'essence de l'homme, peuvent-ils se réduire à de simples questions de médecine ?

Les avancées technologiques et médicales, en dépassant les limites auxquelles nous étions habitués, qui bordaient le champ de la pensée, bousculent nos repères, inquiètent et fascinent à la fois, au point qu'il est actuellement difficile de savoir jusqu'où « on peut aller trop loin ». En effet, le « saut d'obstacle » est tellement rapide que la réflexion a du mal à suivre.

A l'heure actuelle, les applications pratiques et concrètes des recherches dépassent très largement ce qui pouvait être imaginé : des jumelles, issues d'un même œuf, sont nées à dix-huit mois d'intervalle. Une société commerciale américaine, cotée en Bourse, s'est spécialisée dans le transfert d'embryons ; certaines interventions sont pratiquées sur des fœtus, hors de l'utérus...

Des comités d'éthique ont été mis en place pour baliser le chemin et prévenir les risques que court la société de basculer vers « le meilleur des mondes ». Situation paradoxale, on demande aux scientifiques d'être eux-mêmes juge et partie, puisqu'ils doivent décider des limites à ne pas franchir.

Nous nous sommes efforcés d'apporter des informations et d'établir une analyse de la réalité de l'échographie obstétricale aujourd'hui, ses apports et ses influences, dans le but d'aider les usagers (professionnels ou parents) à l'utiliser au mieux, à leur façon, et en connaissance de cause. Ce livre participe à un travail de prévention et de réflexion effectué autour de la naissance.

Il nous apparaît indispensable d'aborder les perspectives d'avenir, les enjeux présents et futurs induits par la découverte échographique.

Tant la science que les parents sont confrontés à des perspectives, des expériences, dont les médias se font largement l'écho, et qui soulèvent nombre de questions. Notamment les embryons, leur « fabrication », leur stockage, leur utilisation, ou non, pour des expériences scientifiques.

Récemment, un débat s'est engagé sur les conséquences que pourrait générer la recherche en laboratoire sur l'embryon humain (amas de huit cellules obtenu par fécondation *in vitro*).

Jacques Testart, un des « pères » d'Amandine, premier bébé-éprouvette français, a décidé d'interrompre ses recherches ; selon lui, il ne faut pas « toucher » à l'embryon, il faut arrêter toute recherche diagnostique sur lui, sinon, inéluctablement, dans quelques années, plus de la moitié des gens réclameront une procréation artificielle dans l'idée d'éviter tout risque et de s'assurer de toutes les garanties sur la qualité de l'enfant-à-naître.

Quel est le degré de la pertinence et le sens profond d'un examen permettant de faire un diagnostic prénatal avant même que la grossesse n'ait commencé ? La conception pourrait s'effectuer de plus en plus par fécondation artificielle, *dissociant ainsi radicalement procréation et sexualité*¹. L'être humain se verrait ainsi privé des racines qui donnent sens à sa vie.

Certains chercheurs, moins pessimistes, estiment qu'il ne faut pas traiter l'embryon (par manipulation génétique), mais ne pratiquer qu'un dépistage en prélevant une cellule, et ne réimplanter que des œufs normaux.

Ces questions ne concernent pas que les générations à venir. En effet, aujourd'hui, sous échographie, sont pratiquées — à quelques semaines d'aménorrhée — des ponctions

1. La pilule avait dissocié la sexualité de la procréation ; les nouveaux modes de procréation séparent la génération de la sexualité.

au niveau de la plaque d'implantation de l'œuf (trophoblaste) afin de détecter des anomalies génétiques. Cette méthode est déjà employée dans 5 à 10 % des cas en Suisse et en Italie, dans le seul but de déterminer le sexe de l'embryon ; cet examen étant pratiqué avant la douzième semaine d'aménorrhée, il peut conduire, en cas de sexe non désiré, à une interruption de grossesse.

Ce « progrès » risque de modifier l'équilibre naturel de la répartition des sexes, l'éventail des particularités humaines, en ouvrant la voie à une société « normalisée », eugénique...

L'échographie obstétricale a donc, concrètement, fortement accentué l'intérêt et le désir portés aux enfants. En schématisant quelque peu, deux tendances générales se dessinent actuellement :

— Certains parents souhaitent préserver au premier chef l'espace de la grossesse, de la gestation ; ils ne souhaitent pas « savoir », pas « apprendre », ils font confiance à la force de vie qui les habite. Certains refusent l'échographie, sans pour autant s'appuyer sur des théories « naturalistes » ou écologiques. D'autres viennent volontiers à cet examen, en limitant son importance au strict nécessaire.

— Une autre tendance s'exprime au travers d'expériences visant à apprivoiser et à découvrir les relations à établir avec le fœtus. L'échographie a permis que naisse, avant la naissance, un désir de communication et de relation avec l'enfant-à-naître.

Deux exemples illustrent ce mouvement :

- depuis quelques années, en France, des « couples en gestation » s'initient à des techniques qui recherchent le contact physique avec le fœtus, et des échanges avec lui sous forme de palpations, de massages et de paroles qui lui sont adressées. Ces techniques, comme l'haptonomie, visent à rassurer le fœtus et à donner une sécurité de « base » plus grande à ces futurs enfants.

- aux États-Unis, dans un service d'obstétrique et de gynécologie médicale de Californie, une université prénatale a ouvert ses portes, en octobre 1979, sous la direction de médecins et de psychologues. On y enseigne aux parents une méthode pour communiquer avec le fœtus et stimuler ses capacités d'apprentissage.

Ce programme comprend des exercices de répétition de mots accompagnés de tapotements, de frottements du ventre. Les mots sont prononcés par le père ou la mère, la bouche tout contre la peau. Le fœtus est entraîné au plaisir de répondre. Tous les mots qui lui sont appris par tapotement et frottement correspondent à des communications « utiles », dont il « aura besoin » au cours de la naissance et, une fois né, pendant sa première année de vie : « papa », « maman », « presser »... Ils lui seront répétés au moment de l'accouchement, à chaque contraction, pour le rassurer.

Ces cours commencent à cinq mois de grossesse. Le premier « diplômé » de l'université est né en juillet 1980.

Selon le docteur Denis Van de Carr, ces « diplômés » sont des bébés plus vifs, plus compétitifs, se retournent plus rapidement que les autres, sourient plus tôt. Ils sont sensibles à la musique, ils sont plus communicatifs et se calment rapidement quand on les tapote ou les frotte.

Ces attitudes diffèrent largement tant dans les moyens que dans leurs finalités. Une méthode tient à développer essentiellement les relations affectives ; l'autre s'axe davantage sur le développement des capacités d'apprentissage de l'enfant.

Ce souci d'intervenir, avant la venue au monde de l'enfant, mérite réflexion.

La frontière de la naissance étant maintenant franchie, quelle limite peut contenir le désir des parents ? Les fœtus qui étaient protégés par l'utérus, à l'abri des sollicitations et stimulations excessives de l'environnement, pourront-ils encore bénéficier, au cours de leur développement, d'une

certaine tranquillité, de respect de leur rythme et de leur mode de fonctionnement ?

Il n'y a pas si longtemps, nombre de gens se demandaient si les nouveau-nés étaient capables d'entendre ou de voir ; l'échographie ayant montré que le fœtus possédait déjà en partie ces potentialités, a déplacé sur lui des projets et des désirs parentaux qui ne s'exerçaient que sur le nourrisson. Est-ce souhaitable et bénéfique pour l'enfant-à-naître ?

Cette volonté de « stimulation » intense et précoce, dans laquelle s'impliquent certains parents, ne risque-t-elle pas de porter atteinte à l'autonomie future du fœtus, à sa liberté et à son indépendance ?

La venue au monde d'un être humain correspond à la coïncidence de trois désirs : le désir de vivre de l'enfant, conjugué à celui de chacun de ses géniteurs.

Pendant, dans la mesure où la force de vie d'un individu ne tient pas exclusivement à l'importance du désir et des projets de ses parents, n'y a-t-il pas un danger que ceux-ci ne réduisent l'extraordinaire vitalité qui l'a amené jusqu'à la naissance, et de déséquilibrer les relations à venir ?

Si la majorité des individus n'est pas directement et personnellement touchée par ces enjeux, chacun doit se sentir concerné par l'évolution de ces tendances et pratiques qui engagent l'avenir collectif. En effet, les hommes auraient le pouvoir de transformer leur espèce. Cette question est trop cruciale pour être laissée aux seuls scientifiques. « La mystique du progrès » que certains dénoncent est une affaire de société qui réclame de chacun, prudence et réflexion. Le chemin de l'avenir doit faire l'objet d'un consensus, d'un choix collectif.

L'échographie obstétricale a permis d'approcher au plus près la source d'une vie, dans le but d'en maîtriser plus for-

Conclusion

tement les mécanismes. Elle marque un temps important, constitue une expérience essentielle qui fait entrer un être dans sa famille avant d'être venu au monde...

Toutefois, elle ne permet pas de saisir ni de concevoir ce qu'est la vie, son essence et son mystère. Si l'œuf est transparent, les secrets de l'origine et de la force de vie restent inaccessibles...

Références bibliographiques

- Atlan H. : *A tort et à raison*, Seuil, 1986.
- Atlan H., Brodaty C., De Henezel M., Maruani G. : « Aspects psychologiques des examens par ultrasons de la femme enceinte en pratique courante », *Génitif*, Paris, 1, 1, 7, 13, 1979.
- Althuser M. : « Technologie ultrasonore », *La Pratique médicale quotidienne*, n^{os} 231 et 232, 15 et 16 octobre.
- Badinter E. : *L'un et l'autre. Relations entre hommes et femmes*, éd. Odile Jacob, 1986.
- Beaudoux M.-C. : « Naissance et évolution d'un trio », in *Les Enfants des couples stériles*, E.S.F., 1985, pp. 153 à 156.
- Beetschen A. : « Allaitement maternel en service d'obstétrique : aspects institutionnels et inter-relations médecin-malade-famille », in *Psychologie médicale*, 1977, 9, 4.
- Bessis R. : « Jonas », in *Les Cahiers du nouveau-né*, n^o 4, Stock, 1980.
- Bessis R. : « L'Échographie », *École des parents*, n^o 5, mai 1983.
- Bessis R., Leroy B. : « Aspects psychologiques de la représentation imagée du fœtus », in *Échographie en gynécologie et obstétrique*, Masson, Paris, 2^e éd., 1983.
- Bonnet G. : *Voir. Être vu*, P.U.F., 1981, Paris.
- Boyer J.-P. : « Comment le nouveau-né crée la mère », *Psychologie* n^o 144, février 1982.
- Boyer J.-P., Delwarde M. : « D'un œuf à l'autre », in *L'Évolution psychiatrique*, t. 16, fasc. 4, 1981, éd. Privat.

Boyer J.-P., Porret Ph. : « Quelques réflexions sur les us et abus de l'échographie obstétricale », in *La Pratique médicale*, août 1986.

Boyer J.-P., Porret Ph. : « L'Échographie obstétricale : premières remarques à propos d'un changement épistémologique », in *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, mai 1987.

Bydlowski M. : « Le Cauchemar de la naissance. Contribution à la représentation inconsciente de l'accouchement », in *Topique*, n° 17, avril 1976, Paris.

Bydlowski M. : « Les Enfants du désir. Le désir d'enfant dans sa relation à l'inconscient », in *Psychanalyse à l'université*, t. 4, n° 13, décembre 1978.

Chadeyron P.-A. : *Petite fantasmagorie pour une femme enceinte*, Casterman, 1971.

Chadeyron P.-A. : *Aspects psychologiques de l'échographie obstétricale. Symposium international d'échographie*, éd. Glaxo, Paris, 1977. In *Revue de psychosomatique*, n° 2, Gynécologie t. 10, été 1978.

Charvet T. : *Désir d'enfant. Refus d'enfant*, Stock, 1980, Paris.

Clavreul J. : *L'Ordre médical*, Le Seuil, 1978, Paris.

Crepin G., Decocq J., Delcroix M., Guérin B. : « Incidences psychologiques de la connaissance du sexe foetal in utero », Soirées échographiques gynéco-obstétricales, Maternité de Saint-Maurice, décembre 1979.

De La Sayette Cornuau P. : *A propos de la relation mère-enfant pendant la grossesse : 7 observations cliniques et discussion*, thèse médecine, Paris V, 1979.

Dolto F. : *Solitude*, éd. Vertiges, 1985.

Donald I. : *Practical Obstetrics Problems*, 4^e éd., Llyod Luke Limited, London, 1974.

Donald I., Mac Vicar J., Brown T.G. : in *Lancet*, 1958, 1, 1188.

Durandea T. : *Le Regard : une approche du vécu de l'échographie obstétricale*. D.E.S.S. de psychologie clinique, Paris, 1977.

Références bibliographiques

- Fain M. : *Le Désir de l'interprète*, Aubier Montaigne, 1982.
- Garel M., Franc M. : « Réactions des femmes à l'échographie obstétricale », in *J. Gyn. Biol. Repr.*, 1980, 9, 347-354.
- Gauthier G. : *20 leçons sur l'image et le sens*, Édilig, 1982. Cote 800.96 G.A.U.
- Gouraud L. : « Le Berceau à ultrasons », in *Les Dossiers de l'obstétrique* n° 133, octobre 1986. Tour de France de l'obstétrique, 10^e étape. Les Bleuets, Paris.
- Hall F. : « La Grossesse comme lieu projectif », in *Contraception, fertilité, sexualité*, vol. 5, n° 5.
- Herman E. : *Clair-obscur*. Mémoire de D.E.S.S. de psychologie, Grenoble, octobre 1986.
- Joveniaux A. : *Mon vécu de l'échotomographie*. Symposium international d'échographie. Éd. Glaxo, avril 1977, Paris.
- Lacan J. : *Écrits*, Le Seuil, 1966, Paris.
- Leclaire S. : *On tue un enfant*, Le Seuil, 1975, Paris.
- Lemoine G. : « Mythes et fantasmes de la grossesse », Congrès de l'École freudienne, novembre 1973. *Lettres de l'École freudienne*, 1975, février n° 14.
- Lemoine-Luccioni E. : *Partage des femmes*, Le Seuil, 1976, Paris.
- Lemoine-Luccioni E. : *Le Rêve du cosmonaute*, Le Seuil, 1980, Paris.
- Lévy G. : « L'une et l'autre, maternelle et féminin, recherches », in *Études psychothérapeutiques*, n° 32, 9^e année, juin 1978.
- Mante F. : « Études des phénomènes psychologiques accompagnant le déroulement du travail (suite et fin) », in *Revue française de Gynécologie*, 1976, 71, 1, 1-12.
- Molena F., Montoya F., Visier J.-P. : « La Révélation anténatale par échographie d'une anomalie fœtale et ses effets

ATTENDRE ET VOIR

sur la place de l'enfant-à-naître », in *Sem. Hôp. Paris*, 60, n° 27, 1941-1944.

Morin E. : *Le Paradigme perdu*, Le Seuil, 1972.

Parquet P.-J. : « Comment la femme enceinte imagine le corps de son enfant », 11^e congrès international de psychomotricité, Genève, 1976.

Parquet P.-J. : « Dessins de corps d'enfants imaginés pendant la grossesse », in *Les Cahiers du nouveau-né*, n° 4.

Pasini W. : *Sexualité et gynécologie psychosomatique*, éd. Masson, t. 2, Paris.

Pasini W., Gloor P.-A., Leridon H., Verdoux C. : « Contraception et désir d'enfant », in *Contraception, fertilité, sexualité*, col. 6, n° 11.

Porret Ph. : *L'Attente de l'enfant à naître : l'échographie comme organisateur psychique*. Mémoire de D.E.A. de psychologie, Lyon 2, 1983-1984.

Porret Ph. : « L'Échographie obstétricale : un organisateur dynamique de la gestation imaginaire », in *Contraception, fertilité, sexualité*, 1966, vol. 14, n° 5, pp. 649-652.

Rapoport D. : « L'Échographie : pour une autre écoute des ultrasons », in *Les Cahiers du nouveau-né*, n° 4.

Revault d'Allonnes C., Durandea T. : « La Femme, la machine et la prophylaxie ou technologie et affectivité », in *Bulletin de la Société française de P.P.O.*, n° 65, 3^e trimestre 1976.

Schneider L., Engelstein M. : « La Prise en charge de la grossesse sur le plan psychologique. Que peut et doit faire le médecin praticien pour cela ? Quelle attitude avec le mari ? » in *La Revue de Médecine*, nos 15-16, 11-18 avril 1977.

Soulé M. : *Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée*, E.S.F., 1980, Paris.

Soulé M. : « L'Enfant dans la tête, l'enfant imaginaire », in *La Dynamique du nourrisson*, éd. E.S.F., 1982.

Références bibliographiques

- Testart J. : *L'Œuf transparent*, coll. Champs., Flammarion, 1986.
- Thirion M. : *Les Compétences du nouveau-né*, éd. Ramsay, février 1986.
- This B. : *Naître et sourire*, Aubier Montaigne, Paris, 1977.

Ouvrages collectifs

- *Les Cahiers du nouveau-né*, n° 5. *L'Aube des sens*, Stock, juillet 1981.
- *Les Dossiers de l'obstétrique*, n° 133, octobre 1986. Tour de France de l'obstétrique, 10^e étape. Les Bluets, Paris.
- *La Pratique de l'échographie, en cas de gestation*, étude thématique concertée, septembre 1985, Comité médical paritaire national, Paris, 1986.
- « L'Échographie au cours de la grossesse, l'écho de la mode », *Revue Prescrire*, 1982, vol. 2, n° 17.

Remerciements

Nous exprimons notre gratitude, pour leur participation active à la mise en œuvre de cet ouvrage, à Françoise Baran, Marie-Christine Boyer, Michèle Drevon, Christiane Perrot, Danièle Rivoire, Anne Prakasch, René Anxionnaz, Éric Herman, Florence Tachin, Frédéric Égal.

Nous remercions également les nombreux médecins gynécologues-obstétriciens ; échographistes, pédiatres qui ont suivi, de près ou de loin, notre travail, et plus particulièrement les docteurs Philippe Jouhet, Michel Debruyne, Yves Robert, Nicole Léger, Cyril Bonnamy, Michel Maclet, Marie Thirion, Isabelle Gonnet, Caroline Rouquier, Marc Althuser, B. Mattei ; ainsi que les docteurs Dominique Maréchal-André, Pierre Gilg, Marie-Catherine Barret, Étienne Herbinet.

Nous sommes reconnaissants au docteur Bessis pour la richesse de sa réflexion et l'intérêt qu'il a porté à nos recherches.

La collaboration des docteurs Marc Althuser et Frédéric Égal, et la précision de leurs documents nous furent d'une aide très grande.

Que M. Jacques Souquet et la Thompson C.G.R. trouvent ici l'expression de notre gratitude. Sans eux, et leur appui, notre recherche n'aurait pu être menée à bien. Leur confiance nous fut précieuse.

Enfin, que tous les futurs parents, grands-parents, amis, fœtus encore ou déjà nouveau-nés, rencontrés lors des consultations échographiques ou d'entretiens, acceptent nos remerciements. Leurs témoignages ont tissé la trame de notre réflexion.

L'association Pratiques sert de cadre à l'ensemble de notre recherche. Qu'il lui soit témoigné ici de notre attachement.

Table

	Pages
Introduction	11
I — Histoire d'une invention	23
II — La levée du voile	39
III — L'échographie obstétricale : mode d'emploi	61
IV — Le choc des photos	81
V — Une expérience médicale originale	95
VI — Un conte à rebours ?	109
VII — Lorsque l'enfant paraît... ..	119
VIII — Savoir et prévoir	137
IX — Voir et regarder	159
X — Temps de parole, lieu de prévention ...	173
XI — Paroles d'échographistes et d'accoucheurs	189
Conclusion	197
Références bibliographiques	207
Remerciements	213



Aubin Imprimeur
LIGUGÉ. POITIERS

Achévé d'imprimer en mars 1987
N° d'édition 1072 / N° d'impression L. 22825
Dépôt légal, mars 1987
Imprimé en France

L'échographie était, au départ, un outil exclusivement "médical", c'est-à-dire réservé au seul usage des praticiens. Mais son succès immédiat, foudroyant, toucha rapidement toutes les couches de la population qui, aujourd'hui, se posent des questions :

- en quoi consiste l'examen échographique ?
- est-il dangereux ?
- peut-on le refuser ?
- que peut-on voir, que peut-on savoir ?
- quelles sont les conséquences sur le déroulement de la grossesse ? En donnant à voir l'enfant avant la naissance, l'échographie modifie-t-elle les rapports familiaux, les liens des générations ?
- quelles sont les réactions des frères et sœurs ?
- le père a-t-il, dans le processus de la grossesse, une participation nouvelle ?

Jean-Pierre Boyer et Philippe Porret nous livrent un "état des lieux" complet et chaleureux de l'échographie. Ils ont fait à la fois un travail d'information clair et précis, et aussi de réflexion que justifie l'importance des interrogations que suscite cet examen.

Le docteur Jean-Pierre Boyer est psychiatre et psychanalyste. Philippe Porret est psychanalyste. Ils habitent Grenoble.



9 782859 565800