

# Résultats visibles et cachés des échographies

Autor(en): **[s.n.]**

Objektyp: **Article**

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

Band (Jahr): **103 (2005)**

Heft 4

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-950046>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

couper le cordon ombilical qui n'a pas encore cessé de battre et de séparer l'enfant pour la première fois du corps de sa mère pour l'examiner et lui procurer des soins qui pourraient attendre (bain, pesée qui refroidit et mesure de la taille qui oblige l'enfant encore en position fœtale à s'étirer). Certains soins sont abusivement pratiqués en routine, comme l'aspiration gastrique qui est une drôle de façon d'introduire le bébé à l'oralité avec, à la clé, deux fois sur trois, des conséquences néfastes sur sa capacité à téter. Refroidi par cette séance d'examen et de soins, l'enfant est habillé et mis en isolette ou couveuse pour se réchauffer, au lieu d'être placé sous un drap ou une couverture, peau à peau contre sa mère qui est parfaitement capable de le réchauffer pour le plus grand bénéfice des deux et de la relation qu'ils mettent en place.

Toutes les études, qu'elles soient d'approche éthologique ou médicale portant sur les hormones en jeu à la naissance, s'accordent sur l'importance de la période critique où l'enfant va avoir ses premiers contacts, ses premiers échanges, ses premiers accordages, fondamentaux pour le processus d'attachement avec sa mère. Or, le respect des processus physiologiques de la naissance permet la mise en place naturelle et spontanée d'une série d'éléments favorisant cet accordage, pour peu qu'on ne sépare pas l'enfant de sa mère.

La noradrénaline secrétée pendant les dernières contractions utérines provoque une dilatation des pupilles du bébé de sorte que celui-ci naît avec un regard captivant pour sa mère, qui ne pourra plus «le quitter des yeux». Cette hormone joue aussi un rôle en facilitant l'apprentissage olfactif du bébé. Déjà familiarisé avec l'odeur de sa mère pendant la vie intra-utérine, le bébé âgé de moins de 10 jours est capable de distinguer un tampon qui a été en contact avec le sein de sa mère d'un tampon mis en contact avec le sein d'une autre mère. Une autre étude a montré que, dès le troisième jour, le bébé distingue l'odeur du sein maternel de l'odeur homologue d'une autre mère ayant un bébé du même âge. Il distingue aussi l'odeur du cou de sa mère, et celle de sa bouche, construisant une véritable carte d'identité chimique de sa mère, à condition de ne pas être trop souvent séparé d'elle. ◀

## «Bébé en vue»

# Résultats visibles et cachés des échographies

**La technique actuelle permet d'en savoir toujours plus sur l'état de santé de l'enfant à naître. Qu'en pensent les futurs parents? L'avis de 65 femmes enceintes et de 54 partenaires a été recueilli à Zurich. Si la technique leur paraît «bonne», ils montrent une attitude ambivalente à l'égard des échographies: les examens prénataux les font en effet passer, à court intervalle, de l'anxiété à la sécurité, ou vice versa.**

**LES** échographies durant la grossesse sont devenues coutumières en Suisse depuis la fin des années 1970. Elles se distinguent d'autres types d'examen par le fait d'être non invasives, c'est-à-dire de se dérouler sans prélèvement de sang, de liquide amniotique ou de tissu. En règle générale, deux échographies sont effectuées durant la gestation, à savoir entre la dixième et la douzième et entre la vingtième et la vingt-troisième semaine. Toutes deux sont prises en charge par les caisses maladie bien que figurant sur la liste des économies dressée au moment de la révision de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). En effet, après la promulgation de celle-ci, elles furent, sur décision du Département fédéral de l'intérieur, remises au nombre

des prestations obligatoirement remboursées par le biais d'une réglementation transitoire en vigueur jusqu'à fin 2001.

C'est dans ce contexte que le Centre d'évaluation des choix technologiques et l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) ont décidé de soutenir financièrement une étude sur l'évaluation des conséquences psychiques des échographies et l'opinion des parents à leur sujet menée à l'Hôpital universitaire de Zurich sous la direction des professeurs Claus Buddeberg et Renate Huch. L'étude repose sur l'interrogation de couples en attente d'enfant qui, en raison d'un diagnostic de suspicion, ont été adressés à l'Hôpital universitaire de Zurich pour des examens complémentaires.

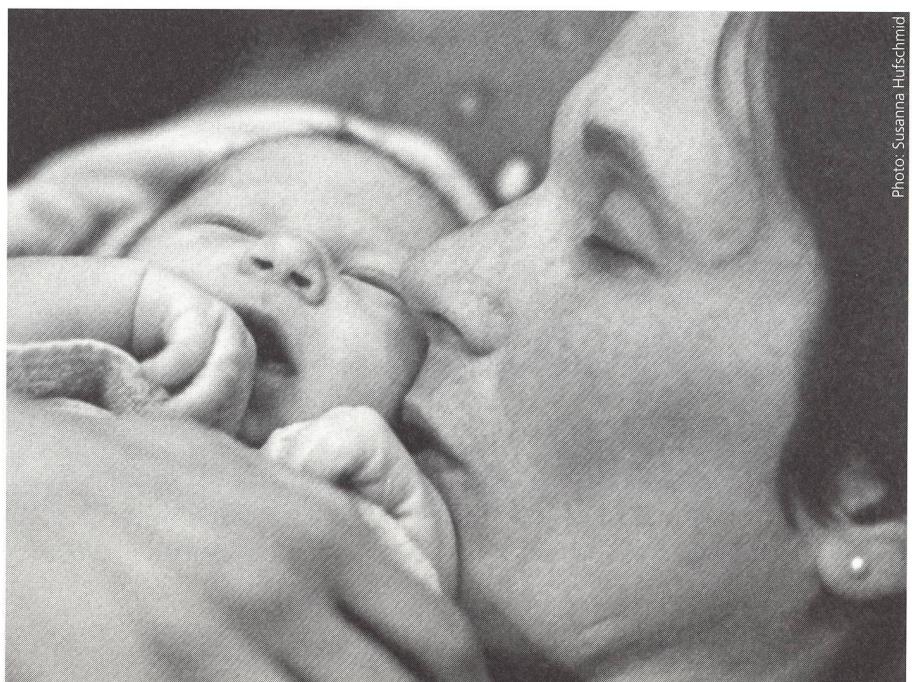
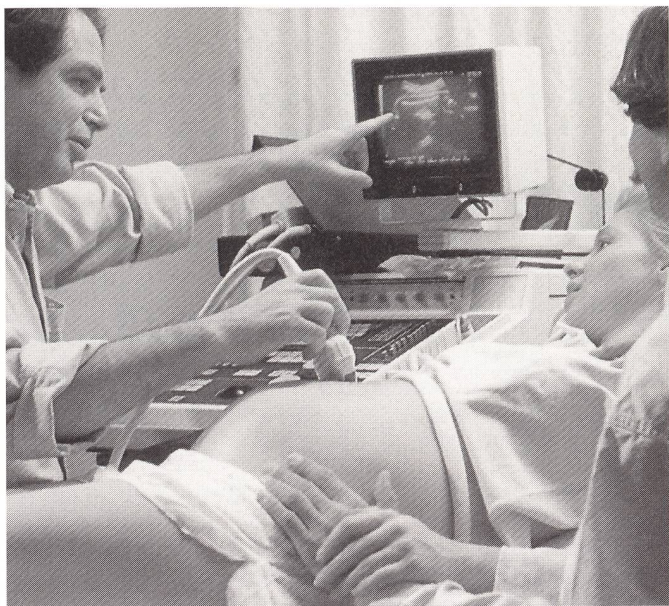


Photo: Susanna Huttschmid

**Baucoup de femmes, surtout quand elles sont qualifiées, veulent procréer quand elles trouvent leur assise dans le monde du travail et elles veulent créer un enfant «sans fautes».**



**Les échographies sont généralement effectuées dans le cabinet privé du gynécologue qui suit l'évolution de la grossesse. Lorsque les résultats lui font soupçonner une anomalie fœtale, il dirige la femme enceinte vers un centre spécialisé, apte à approfondir le diagnostic.**

Ainsi, les femmes chez qui une anomalie du fœtus avait été constatée avaient nettement moins confiance dans les échographies que celles pour qui le diagnostic de suspicion avait pu être infirmé.

## Résultats erronés ou faussement rassurants

Quoique généralement plébiscitée, l'échographie ne paraît pas sans reproche. Même parmi les femmes interrogées fondamentalement partisans de cette technique d'examen, nombreuses sont celles qui émirent néanmoins des critiques à son encontre. L'une des réserves invoquées est l'angoisse que la découverte d'une anomalie fœtale suscite chez les futurs parents – même et surtout s'il s'agit d'un diagnostic de suspicion erroné ou de résultats faussement rassurants. Il fut également relevé que les femmes enceintes ne peuvent jamais avoir la certitude que les médecins leur disent vraiment tout ce qu'ils voient, ce qui était déploré. Un autre regret était que l'échographie contribue à la médicalisation de la grossesse. Enfin, quelques femmes directement concernées en raison d'un résultat d'anomalie positif avaient vécu difficilement le fait de se retrouver sans soutien face à la décision de poursuivre ou non leur grossesse.

Les futurs parents qui apprennent à l'issue d'une échographie prénatale de routine que leur enfant à naître pourrait être atteint d'une anomalie se retrouvent brusquement dans une situation extrêmement éprouvante. L'anxiété et l'abattement des personnes interrogées atteignaient au moment de la première interview des valeurs sensiblement plus élevées que celles que la recherche en psychologie considère comme normales. Il est intéressant de relever que les femmes qui étaient accompagnées de leur partenaire manifestaient des degrés d'angoisse supérieurs à ceux des femmes venues seules ou avec une tierce personne. Cette constatation peut signifier plusieurs choses. Il est notamment possible que les femmes particulièrement anxieuses désirent que leur partenaire les accompagne ou alors que la présence de celui-ci exerce une pression supplémentaire sur la femme enceinte parce qu'en plus de la peur qu'elle éprouve concernant l'état de santé de son enfant, elle commence aussi à ce moment-là à s'inquiéter du chagrin que le père va ressentir si le diagnostic de suspicion est confirmé.

## L'état d'âme des femmes se modifie

Comme il fallait s'y attendre, celles pour qui le diagnostic de suspicion a été infirmé

Durant l'enquête, qui s'est déroulée entre le 23 septembre 1998 et le 17 décembre 1999, le centre d'échographie de cet établissement a reçu 236 femmes pour ce motif. Parmi elles, 48 ne comprenaient pas suffisamment l'allemand pour qu'il fût sensé de leur demander de remplir les questionnaires et 60 autres ne participèrent pas aux interviews pour diverses raisons (urgence médicale, retard au rendez-vous, non-consentement). Restèrent donc 128 femmes pour composer l'échantillon. Un peu plus de la moitié d'entre elles (65) étaient accompagnées de leurs partenaires respectifs, dont 54 purent être interrogés dans le cadre du sondage prévu à leur intention.

père puisse, grâce aux ultrasons, voir son enfant et construire ainsi une relation plus étroite avec lui. Quant à la possibilité de découvrir par ce biais s'ils attendent un fils ou une fille, elle semble relativement secondaire vu qu'environ un cinquième seulement des interviewés l'ont fait figurer parmi les objectifs importants de la réalisation de cet examen médical.

## Davantage de tranquillité d'esprit

L'échographie est une forme d'examen prénatal qui remporte un suffrage massif même indépendamment du fait qu'elle révèle parfois une anomalie chez le fœtus ou, au contraire, infirme un diagnostic de suspicion. La plupart des femmes et des hommes interrogés étaient d'avis qu'elle devrait faire définitivement partie de l'accompagnement médical de la grossesse. Toutefois, si le côté technique de l'examen par ultrasons est bien coté, il n'en va pas toujours de même des explications fournies à cette occasion. Lors du premier entretien, environ un quart des interviewées trouvaient insuffisantes les informations qu'elles avaient reçues au moment du diagnostic de suspicion et un peu plus de 18% les auraient souhaitées plus intelligibles. Même si le centre d'échographie universitaire ne répondait pas à toutes les attentes, non moins d'une interviewée sur cinq estimait qu'on lui avait consacré trop peu de temps.

La grande majorité des interrogées ne mettait pas en doute le diagnostic posé grâce aux ultrasons. Seules 10 femmes (11,6%) déclarèrent se méfier de l'exactitude des résultats. Toutefois, elles étaient plus nombreuses à refuser d'y croire lorsqu'il s'agissait de leur propre enfant.

## La technique ne suffit pas à éliminer les craintes

Au contraire, elle peut parfois en susciter. Plus d'un couple en attente d'enfant se laisse entraîner dans un diagnostic prénatal sans être clairement conscient que ses résultats pourraient le mettre en situation de prendre une décision d'urgence. Pourtant, en dépit des inconvénients inhérents à l'échographie, la plupart des personnes interrogées n'auraient pas aimé se passer de ce moyen de diagnostic. Du point de vue des interrogés, plusieurs raisons militent en faveur des échographies.

Relevée par plus de 96% d'entre eux, la principale est de loin le fait de pouvoir connaître l'état de santé du fœtus et donc d'être averti très tôt d'éventuelles anomalies. Plus de 89% mentionnent aussi comme motif important de savoir, le cas échéant, qu'ils vont avoir plusieurs bébés. En revanche, ils attachent comparativement moins de valeur au fait que le

se sont montrées moins anxieuses et dépressives lors des interrogations ultérieures. Plus remarquable est que la peur des femmes pour qui seule une légère anomalie fœtale fut confirmée a également diminué. Les plus angoissées et dépressives furent celles qui se décidèrent ensuite pour une interruption de grossesse. Des différences individuelles marquées se firent néanmoins jour même au sein de ce dernier groupe. Pour autant que la grossesse ait été poursuivie, les éclaircissements obtenus au centre d'échographie ont donc eu pour effet de diminuer l'anxiété des femmes interrogées, et cela quel qu'ait été le diagnostic. L'échographie peut aussi influencer, selon les circonstances, sur l'attachement des femmes enceintes envers l'enfant qu'elles portent.

Ainsi, il s'est légèrement renforcé dans le groupe de celles pour qui une anomalie légère du fœtus fut confirmée et quelque peu affaibli, tout en restant fort, dans celui des femmes qui décidèrent de poursuivre leur grossesse en dépit d'un diagnostic de handicap sévère. En revanche, les femmes qui s'étaient prononcées pour un avortement se sentaient nettement moins liées à leur enfant lors de la seconde interview qu'au début de l'étude. Enfin, aucune modification des sentiments envers le futur bébé ne fut constatée chez les femmes enceintes pour qui la seconde échographie avait infirmé le diagnostic de suspicion.

## Faire face ensemble

Les gens utilisent diverses stratégies pour surmonter les épreuves psychiques. La plupart des femmes interrogées qui furent confrontées à une légère ou à une sévère anomalie de l'enfant qu'elles por-

taient admirèrent le fait et firent face à la situation en cherchant un soutien émotionnel dans leur cercle d'amis, voire en tentant de considérer la chose comme positive: leur mission était dès lors toute tracée et le handicap de leur enfant allait donner un sens plus profond à leur vie. Rares furent celles qui nièrent la réalité ou firent preuve de résignation. Les tactiques d'autodéfense psychique des hommes interrogés furent généralement différentes de celles des femmes. Ils cherchèrent nettement moins souvent un soutien émotionnel et donnèrent moins facilement libre cours à leurs sentiments. Et, également au contraire des femmes, ils ne tentèrent guère de se réfugier dans la religion.

En revanche, ils recoururent plus souvent qu'elles à l'alcool ou aux médicaments. Un point commun toutefois: tant les hommes que les femmes se déclarèrent satisfaits du soutien qu'ils avaient obtenu de leur conjoint.

## IVG, seulement en désespoir de cause

Les examens prénataux suppriment les incertitudes et peuvent par là plonger les parents dans un dilemme. Quelque 30% des femmes interrogées ont déclaré qu'elles n'étaient pas clairement conscientes avant la première échographie qu'un diagnostic de suspicion pouvait les contraindre à décider dans la précipitation de l'urgence médicale de mettre ou non un terme à leur grossesse. Et aussi longtemps que le voile n'est pas levé, les géniteurs ont tendance à chasser de leurs pensées l'éventualité d'un handicap de leur enfant. «Je ne voulais même pas y songer de peur d'attirer le malheur» a fort bien résumé l'une des mères. Seule une minorité d'environ un quart des femmes interrogées adoptait une attitude libérale face à l'avortement et l'admettait même sans autre motif que la conception d'un enfant non désiré. En revanche, les deux tiers trouvaient l'interruption volontaire de grossesse (IVG) acceptable en cas

de handicap d'un enfant viable et les trois quarts s'il ne l'est pas. Enfin, 89% allaient jusqu'à la recommander si la vie de la mère est en danger.

Si plus de la moitié des femmes interrogées estimaient qu'une anomalie fœtale est un motif fondamentalement justifiable d'envisager une IVG, elles furent cependant plus de 80% à déclarer être absolument ou relativement certaines qu'en ce qui les concernait, elles pourraient accepter de mettre au monde un enfant anormal. A leur avis, leurs partenaires respectifs auraient toutefois plus de peine à faire face à une telle situation. Une forte majorité d'entre elles (près de 85%) signalaient même que cela pourrait affecter leur couple et qu'un enfant handicapé exigerait à tout le moins qu'elles lui consacrent beaucoup de temps.

Les entretiens individuels lors des interviews téléphoniques mirent en évidence l'attitude ambivalente de très nombreuses femmes face à la question de savoir s'il faut procéder à une IVG en cas d'anomalie fœtale. Nombre de celles pour qui le diagnostic de suspicion avait été infirmé ne pouvaient dire avec certitude quelle aurait été leur décision en cas de handicap sévère. Elles expliquaient qu'un avortement leur paraissait peu probable en raison du lien affectif croissant que la mère développe envers son enfant. Plusieurs des interrogées refusèrent toutefois de faire part de leur position concernant les enfants handicapés et l'IVG, un des motifs évoqués pour cela étant qu'elles ne voulaient pas se mettre martel en tête en réfléchissant à une décision aussi pénible. «J'ai toujours chassé de mon esprit la pensée que mon enfant pourrait être handicapé, précisa l'une d'elles, car j'aurais sinon sombré dans la déprime.»

## Vers une meilleure communication?

La plupart des couples en attente d'enfant n'aimeraient pas se passer des échographies de routine, car ils apprécient les informations qu'elles leur fournissent à son sujet. La fiabilité technique et le sérieux de cet examen sont rarement mis en doute. Cela n'implique pas pour autant que la communication entre les femmes enceintes et le personnel médical ne laisse pas parfois à désirer. L'échographie était tenue en haute opinion par la majorité des femmes et des hommes interrogés. Sa vaste acceptation milite en faveur de son maintien en tant qu'examen de routine. Il est toutefois nécessaire de ménager les conditions

**Le bonheur familial peut-il se planifier? Les femmes, surtout celles qui sont qualifiées, programment les naissances en fonction de leur carrière. Elles veulent des enfants sains, eux aussi immédiatement «performants».**



pour que l'entretien qui l'accompagne soit plus approfondi et circonstancié. En particulier lorsque le médecin est amené à conseiller la poursuite des analyses, il est primordial que le temps consacré au dialogue soit suffisant pour que les parents concernés puissent assimiler les informations qu'ils reçoivent.

De nombreux parents ne sont pas clairement conscients qu'en cas de résultats défavorables, une échographie peut les plonger dans un dilemme décisionnel. C'est la raison pour laquelle la LAMal exige qu'un entretien sur les buts de l'échographie ait lieu avant la réalisation du premier examen de routine. Elle préconise de l'organiser selon les recommandations établies par la Société suisse d'ultrasons en médecine en 1997 déjà. La SSUM suggère que toute femme enceinte qui doit passer une échographie soit accompagnée de son partenaire depuis le moment de la prise de contact avant l'examen jusqu'à la fin de l'entretien qui a lieu après celui-ci pour communiquer ses résultats et d'être ensuite en tout temps à disposition pour des conversations et des renseignements supplémentaires.

Les discussions devraient être franches sans mettre pour autant les parents sous pression, les médecins devant avant tout faire preuve de tact et avoir une attitude réconfortante. La SSUM leur recommande aussi de mieux surveiller leurs propres sentiments et réactions qui, dans l'état de stress où se trouvent les parents, seront forcément perçues et interprétées subjectivement. Les femmes qui sont confrontées durant leur grossesse à l'éventualité d'une anomalie fœtale subissent une très forte tension psychique. Elles ont grandement besoin de conseils et de soutien, même si leur comportement psychique ne présente rien d'anormal. Les institutions qui prennent en charge les femmes sous le coup d'un diagnostic de suspicion devraient élaborer des lignes de conduite appropriées envers ces personnes fortement éprouvées. Et tout aussi nécessaire serait l'établissement de schémas de collaboration entre les médecins, le personnel soignant, les aumôneries, les services sociaux et les psychologues. ◀

Le Centre d'évaluation des choix technologique (TA) a mené en 1998-2001 une étude sur les «Aspects psychosociaux des examens échographiques durant la grossesse».

## Action genevoise

# Le deuil périnatal

**En 2001, ma démarche répond à une problématique concernant l'accueil d'une patiente venant pour ITG à la maternité de Genève. L'accueil n'est pas personnalisé car elle a reçu une information insuffisante entraînant une méconnaissance du cadre juridique.**

**LE** choc de subir bientôt une ITG est augmenté par le stress lié à l'attente de son installation dans une chambre seule au sein du service à son arrivée à la maternité. Le médecin de la ville n'a pas organisé son hospitalisation, la patiente n'est donc pas attendue. D'autre part, les témoignages de sages-femmes montrent que celles-ci n'ont pas de soutien psychologique lors de situations difficiles à vivre comme pour un deuil périnatal. Il n'y a pas de partage d'émotion entre collègues, entre collègues et médecins, ni de lieu calme à l'abri des sollicitations en salle d'accouchement pour préparer les bébés décédés avant de les montrer à leurs parents.

### Témoignages négatifs

Dans le cadre de ma formation de clinicienne, de 2002 à 2004, les différents témoignages négatifs de patientes en deuil m'ont fait choisir de travailler sur la problématique de deuil périnatal au sein du service du prénatal où j'ai exercé pendant trois ans en continu. Un tournus est proposé régulièrement à la sage-femme à raison de six mois ou d'un an au sein du département d'obstétrique de façon à ce que la sage-femme travaille de façon polyvalente dans les différents services: la consultation du prénatal, l'unité d'hospitalisation du prénatal, la salle d'accouchement et les services du post-partum. Pour ma formation de clinicienne, j'ai été obligée de rester dans le même service afin de maîtriser le projet sur lequel je travaillais et suivre son évolution.

### Etude détaillée

J'ai effectué quatre entretiens pour recueillir les informations sur les procédures administratives d'admission d'entrée pour une ITG: auprès du pro-

fesseur responsable du département d'obstétrique, de la responsable des admissions, de l'assistante de l'infirmière coordinatrice et d'une secrétaire d'admission. J'ai découvert que le stress des patientes était lié à l'attente de l'autorisation de pratiquer une ITG car seuls deux médecins sont habilités à la délivrer au sein du département.

Cette rencontre m'a permis d'aborder les propositions pour un meilleur accueil. Suite aux données recueillies lors de ces entretiens, le parcours sanitaire a été organisé depuis.

1) La loi du code pénal suisse qui venait d'être modifiée a permis de clarifier les démarches et de donner une information complète à la patiente. Désormais, toute ITG fait l'objet d'une déclaration sur formulaire officiel au médecin cantonal.

2) Quatre chefs de cliniques sont désignés pour délivrer l'avis médical pour une ITG.

3) Un chef de clinique référent pour les personnes endeuillées a été choisi.

4) Un poste de gestion des lits a été créé dès avril 2003 pour recevoir les appels des médecins de ville ou du département pour organiser les hospitalisations.

5) La sage-femme assistante de gestion informe l'équipe qui se prépare à accueillir la patiente en deuil.

### Et ailleurs?

Pour approfondir ma démarche, je suis allée étudier d'autres pratiques professionnelles dans les maternités de l'île à Berne le 6 mars

2003 et de Jeanne de Flandres à Lille (France) du 3 au 6 juin 2003, dans le but de discuter avec mes collègues de ces pratiques. J'ai effectué la visite de la maternité de l'île en compagnie de ma collègue, Andréa Hollingworth-Ebretter,



Marocaine d'origine, **Naima Plagnard** exerce aujourd'hui comme sage-femme au sein du département d'obstétrique des hôpitaux universitaires de Genève. Elle a accompli sa formation d'infirmière puis de sage-femme au Maroc avant de compléter ses études en France et Suisse. Elle est mère de trois enfants, aujourd'hui adultes. Avec M<sup>me</sup> Andréoli Nicole, infirmière coordinatrice du département et M<sup>me</sup> Chacour Hania, responsable d'unité du prénatal.