

Extrait de
MISSONNIER, S. (2003). *La consultation thérapeutique périnatale.*
Toulouse, Érès.

VOIR DEDANS

"Pour qu'un objet soit accessible à l'analyse, il ne suffit pas de l'apercevoir. Il faut encore qu'une théorie soit prête à l'accueillir. Dans l'échange entre la théorie et l'expérience, c'est toujours la première qui engage le dialogue. C'est elle qui détermine la forme de la question, donc les limites de la réponse."

F. Jacob, *La logique du vivant*, Paris, TEL Gallimard, 1970

Récemment à la radio à l'occasion d'une interview du Dalaï Lama, un journaliste est amené à donner l'âge du chef spirituel. Ce dernier corrige le chiffre avancé et précise qu'il a un an de plus que ce qu'a annoncé son interlocuteur. Percevant la surprise du reporter, manifestement très sûr de lui, le Dalaï Lama lui donna l'explication suivante : "En occident, vous ne comptez qu'à partir de la naissance, nous autres comptabilisons les neuf premiers mois de la grossesse".

L'orientation résolument prénatale de ce chapitre dédié à l'échographie va dans le même sens que ce quiproquo : elle invite à dépasser un clivage entre pré et postnatal dont les signes d'essoufflement clinique et épistémologique commencent, fort heureusement, à devenir insistants¹.

¹Deux secteurs complémentaires de la recherche actuelle soulignent cette continuité périnatale :

- le champ du développement des compétences postnatales du bébé indissociables de leur maturation prénatale,
- le domaine de l'instauration des liens parents/nouveau-né après la naissance qui ne sont, eux-aussi, compréhensibles qu'en regard de la genèse des liens prénatals.

Pourtant, actuellement, le champ prénatal s'affirme comme le parent pauvre de la psychiatrie périnatale. Combien de fois ai-je ressenti à la maternité en post-partum, en pédiatrie et au CAMSP face à une dysharmonie relationnelle parents/bébé, le sentiment d'arriver déjà bien tard ? Mon intérêt pour le tryptique foetus/parents/soignants s'enracine dans cette clinique et s'est nourri de l'apport de certains Dalaï Lama moins exotiques que le précédent dont voici la citation de l'un des plus en vue, S. Freud, qui écrivait en 1926 : "La vie intra-utérine et la première enfance sont bien plus en continuité que ne le laisse croire la césure frappante de l'acte de naissance." Le prénatal mériterait en effet, d'occuper la place légitime qui lui revient, celle de premier chapitre de la biographie vraie de la personne humaine et non de préambule, de préhistoire.

Comme pour toute la santé mentale périnatale, la condition première de la prise en compte de cette continuité avant et après la naissance, c'est l'existence d'une *collaboration interdisciplinaire*, source de dépassement des clivages entre soignants de la maternité et de la pédiatrie mais aussi entre spécialistes du corps et de la psyché.

En ce sens, l'échographie représente désormais un des points de rencontre possible entre professionnels mais aussi, plus globalement, entre foetus/parents et soignants. C'est donc naturellement un lieu de prédilection pour une réflexion sur une stratégie préventive prénatale.

En espérant amener une pierre à cet édifice, je voudrais témoigner ici d'une expérience de collaboration sur le terrain entre des échographistes d'une maternité et un psychologue travaillant dans ce service.

A partir de cet éclairage novateur, les interactions foeto-environnementales méritent d'être revisitées. L'étude du cadre échographique est une voie d'accès privilégié pour cette exploration.

Cette collaboration, ne correspond jamais à des échographies en présence du psychothérapeute. Notre travail conjoint se situe résolument dans le cadre d'une collaboration indirecte "somaticien/"psy" permettant une analyse après coup des procédures standards d'examen. Cette stratégie à l'égard de l'échographie se rattache à la conception de la prévention médicosychosociale évoquée dans la deuxième partie : elle consiste, avant tout, à habiter la potentialité des procédures coutumières du suivi des grossesses "tout venant".

1 L'échographie obstétricale

L'échographie est une application du sonar utilisé depuis la première guerre mondiale pour la détection des sous-marins. La technique de l'échographie correspond à l'analyse électronique de la réflexion d'un ou plusieurs faisceaux d'ultrasons orientés vers les tissus; la sonde échographique émet ces ultrasons qui sont réfléchis par les tissus; ils sont alors électroniquement transformés en imagerie.

Cette technique est utilisée pour la première fois dans le domaine obstétrical en 1964 à Glasgow par Ian Donald.

Ce n'est qu'en 1972 qu'une qualité d'image suffisante est obtenue pour poser un premier diagnostic d'anencéphalie. En France, il faut attendre les années 80 pour parler de véritable révolution de la conduite obstétricale grâce à l'échographie. La qualité de l'image n'a pas cessé de s'améliorer depuis ; actuellement, l'augmentation du nombre d'instruments offrant une vision en trois dimensions marque une étape importante. Quels que soient les progrès accomplis, il est important de conserver à l'esprit tout au long de ce chapitre, le caractère extrêmement récent de cette pratique.

Il existe un consensus national sur la chronologie des échographies. Pour parer les abus, trois échographies remboursées ont été recommandées.

La première doit se situer à la 12^{ème} semaine (3 mois) d'aménorrhée; son objectif : fixer le nombre d'embryons, en apprécier les mouvements, l'activité cardiaque, la détermination du terme et initier -à condition de ne pas faire l'examen avant la 12^{ème} semaine- un premier bilan morphologique permettant d'éliminer certaines malformations.

La deuxième, à la 22^{ème} semaine (5 mois) poursuit et complexifie ce dépistage des malformations. Le fœtus est dans de bonnes conditions de visibilité.

La troisième, au cours du huitième mois, permet d'appréhender le "bien être fœtal". Sont examinées, la position du fœtus, sa croissance, la situation du placenta. De plus en plus systématiquement, la réalisation de Doppler permet, en analysant la vitesse du sang dans les vaisseaux du cordon ombilical et du cerveau, de compléter l'approche morphologique de l'échographie avec de précieuses données physiologiques.

Il serait certainement abusif de dire que l'obstétrique d'avant l'échographie est à réécrire mais on peut assurément affirmer que l'état d'esprit de la consultation obstétricale s'est profondément modifié. On assiste à une véritable transformation du ciblage de la consultation : on passe de l'observation du retentissement maternel de la grossesse à une étude de la dyade mère/embryon puis fœtus; l'embryon/fœtus gagne dans ce virage un statut de patient. Ils sont personnifiés par le ciblage de l'examen échographique, "le premier et le seul acte médical explicitement consacré à l'enfant-à-naître (...)" (Boyer et Porret, 1987). Il n'y a plus une patiente consultante, il y a deux consultants souvent accompagnés désormais de "spectateurs engagés".

2 Une réflexion interdisciplinaire dédiée au cadre échographique

Concrètement, au départ, c'est en discutant au sujet de patientes, dont nous n'avions perçu les problèmes psychopathologiques qu'en postnatal que nous nous sommes demandés, rétrospectivement, si rien n'était décelable - entre autre- lors des échographies. Progressivement, nous sommes passés de discussions de couloirs à des réunions s'inspirant du modèle du groupe Balint où, dans le meilleur des cas, ma position de récepteur de narrativité favorisait la voie du passage de l'agir à l'élaboration symbolique partagée chez les échographistes.

Lors de ces premières séances, les échographistes ont d'abord « vidé leur sac » en racontant de nombreuses situations jugées professionnellement par eux comme « redoutables » : annonce d'une pathologie fœtale grave, valse-hésitation sur la verbalisation aux parents d'une suspicion d'anomalie, satisfaction professionnelle culpabilisante ressentie par l'échographiste « chasseur d'anomalie » réussissant un diagnostic techniquement gratifiant pour lui mais... résolument tragique pour les parents etc.

Bon nombre de prises de parole dans ce contexte comportait un message implicite en ma direction : « Vous les psys vous n'avez que le mot de traumatisme à la bouche pour qualifier le vécu des parents mais vous êtes vous inquiétés de nous, professionnels ? » Un échographiste a dit un jour au sujet des annonces dramatiques : « il m'arrive de me prendre pour le pilote du bombardier américain qui arrive sur Hiroshima... »

La confiance dans la solidité du cadre s'est établie à travers ces tumultueuses explosions jusque là trop souvent enkystées. Peu à peu, et

avec une empathie retrouvée pour les parents, c'est l'*attente parentale* et son évolution qui ont retenu notre attention. Au sens neutre d'"état de conscience de celui qui attend" (Le Petit Robert) -une définition qui n'implique pas que ce qui est attendu soit connu ou veuille l'être-, l'attente parentale semble s'organiser autour de trois éléments clefs. Ceux-ci peuvent-être conjugués dans une multitude de registres qui vont de l'implicite à l'explicite, du latent au manifeste, du traumatique au symbolisable en passant par tous les degrés du refus, de la dénégation et ponctuellement de la phobie ou du déni.

D'abord s'impose la question parentale brûlante formulée ou non : "est-ce que tout va bien" ? C'est avant tout, une garantie de normalité que les parents viennent chercher au sujet de l'enfant. Cette garantie, aucun échographiste sérieux ne pourra la donner. Toutefois, la tentation d'une parole toute puissante est constante.

La deuxième attente des parents perçue par les échographistes, c'est de connaître (ou de maintenir secret) le sexe du fœtus. Si elle est souhaitée, une réponse peut-être apportée mais une marge d'erreur reste toujours possible. Les échographistes ont désormais intégré l'idée de ne pas imposer cette révélation et d'en attendre l'éventuelle demande.

Enfin, troisième attente, celle de le rencontrer visuellement.

A partir de l'exploration de cette triple attente, plusieurs axes de recherches se sont imposées d'eux-mêmes :

La formalisation et l'impact de l'attitude et du discours de l'échographiste dans des situations de non perception ou de présence avérée d'anomalie fœtale est prévalente. Face aux enjeux de l'attente parentale, les images échographiques ne peuvent se concevoir comme un film muet. Tout se passe comme si la première transformation de sons en images animées

devait s'accompagner, pour que ces dernières soient psychiquement "comestibles", d'une seconde étape transmodale, dans l'autre sens, où les images sont "sonorisées" par l'échographiste. L'opérateur accompagne ainsi -en temps réel ou en différé- la symbolisation parentale. Dans ce rôle de traducteur, en particulier face aux situations tragiques, l'échographiste mesure combien il n'est pas un robot. Pour élaborer et métaboliser ses propres émotions, leur diffusion, leur empreinte, un lieu de parole interdisciplinaire paraît opportun.

Ensuite, nous nous sommes ensemble interrogés sur la verbalisation spécifique de telle ou telle femme ou de tel couple face à ce qui s'est imposé à nous comme un formidable inducteur de matériel projectif, à savoir le cadre de l'examen, les images de l'échographie, les attitudes et la narration du professionnel.

Chemin faisant, ces échanges nous ont conduit à dégager des rudiments sémiologiques et des clignotants spécifiques. Sur cette base, nous avons analysé, pour chaque situation singulière, les réponses proposées par l'opérateur. A partir de l'analyse de l'échange triangulaire entre les images du fœtus, les parents et l'échographiste, des modalités d'orientation et d'accompagnement bifocal avec le psychologue/psychiatre sont ponctuellement envisagées dans certaines situations. Au fil du temps, les demandes d'interventions directes se raréfient au profit d'un élargissement du champ englobé par le médecin et de l'enrichissement des débats lors de nos réunions.

Pour rendre compte de notre cheminement collectif suite à ce questionnement fondateur, je vais successivement évoquer :

- l'échographie obstétricale et les enjeux psychiques prénatals de la parentalité ;
- trois illustrations cliniques ;

- le pouvoir inducteur des images échographiques ;
- les "clignotants" du cadre échographique ;
- les angoisses maternelles de malformations pendant la grossesse ;
- l'échographie et l'accompagnement d'une anomalie génétique fœtale ;
- les enjeux éthiques de l'échographie.

3 La grossesse bio-psychique

Comme je l'ai développé dans la deuxième partie de cet ouvrage, le terme de parentalité contient la synergie de deux processus : celui d'un devenir mère et d'un devenir père. Ces devenirs s'enracinent dans une longue évolution en pelure d'oignon qui traverse l'enfance et l'adolescence. La parentalité peut se concevoir comme un processus à "double hélice" bio-psychique dont j'ai mis en exergue la dynamique consciente et inconsciente.

Comme je souhaite le suggérer ici, la grande force du paradigme échographique est justement de mettre en exergue quasi-expérimentalement ce substrat psychique inhérent au segment prénatal de la parentalité. C'est donc l'hypothèse suivante qui va me servir de fil rouge :

L'échographie induit chez les parents la rencontre de deux résonances :

- une résonance avec les tissus du fœtus réel ;
- une résonance avec l'enfant imaginé, reflet de l'histoire individuelle, conjugale et générationnelle des parents.

Je crois en effet que ce double retentissement de l'image échographique d'une oeuvre de chair a un très haut pouvoir d'induction sinon d'effusion imaginaire, fantasmatique, mythique et narcissique (Lebovici, 1994b) sur la

psyché des acteurs en présence (professionnels compris). C'est en cela qu'elle mérite d'être interrogée comme catalyseur de la dialectique en poupées russes de la parentalité.

4 Illustrations cliniques

Maintenant que le décor est planté, trois vignettes cliniques vont donner corps à mon propos.

1 Si les mots de l'échographiste sont parfois extrêmement lourds de conséquence, les silences peuvent l'être tout autant. Une brève absence de commentaires associée à une expression interrogative du visage ou une moue perçue comme grimaçante peuvent entraîner une très forte angoisse et une verbalisation projective très signifiante pour qui veut bien l'entendre. J'ai suivi à un rythme soutenu une jeune femme de 19 ans, enceinte de 6 mois et son ami, le père de l'enfant âgé de 21 ans. Leur intolérance au silence de l'échographiste à la mine quelque peu marquée par la fatigue après une nuit de garde agitée et une après-midi de consultation a joué un rôle déterminant pour révéler la vulnérabilité inhérente à leur projet d'enfant. Le jeune père, confronté à cette expression de l'opérateur lors de la deuxième échographie, l'interpréta comme suspicion d'une anomalie; il lui demanda à plusieurs reprises " vous avez vu un problème ? » La jeune femme qui n'osait regarder l'écran depuis le début de l'examen était très tendue et subitement fondit en larme en expulsant un "Est ce que c'est à cause de la coke ?". L'aveu de cette toxicomanie ponctuelle de la mère permit secondairement à l'échographiste -après discussion dans notre groupe et une deuxième consultation rapprochée- de négocier l'orientation vers moi. Le travail engagé permit de mettre à jour une personnalité limite aux failles narcissiques profondes réactivées par le durcissement du conflit avec la grand-mère maternelle depuis l'annonce de la grossesse. Les liens

extrêmement tendus et jaloux qu'elle entretient avec son ami, très maternel, et sa toxicomanie pendant la grossesse reflétaient avec insistance, sa compulsion de répétition. Pourtant la mobilisation de cette jeune femme a été excellente et sa redécouverte du début de l'alcoolisme de son père à sa naissance lui a permis de desserrer l'étau de son mandat transgénérationnel et de s'ouvrir à sa conjugalité et à sa maternité.

2 Lors d'une de nos réunions, un collègue échographiste me rapporte son étonnement face à une situation jamais rencontrée : une primipare de 25 ans, sans problèmes apparents au niveau somatique ni social, est apparue extrêmement déçue de l'image échographique de son enfant lors de la première écho car je cite "Mais !! Les images sont en noir et blanc !?. Ce constat plein de désillusion avait été verbalisé en début d'examen et le collègue avait cherché, en vain, à obtenir ensuite de la jeune femme une explication de sa déception. A la deuxième échographie, elle démarra d'emblée par un "alors vous êtes toujours avec votre machine d'une autre époque ?". Intrigué, le médecin, procède à l'examen puis lui propose ensuite en dépit de son attitude distante de voir des photos d'image Doppler en couleurs du fœtus d'un ouvrage scientifique. A sa grande surprise, la jeune femme regarda avec la plus grande attention ces documents et lui dit "Là au moins je n'ai pas l'impression de regarder l'album de photos de ma grand-mère". La courte discussion qui s'ensuivit permit à l'échographiste de comprendre simplement combien les images échographiques en noir et blanc réactivaient des souvenirs brûlants de son histoire familiale. Mon collègue, revendiqua alors notre complémentarité interdisciplinaire et invita la jeune femme à me rencontrer en argumentant l'intérêt de comprendre, avant la naissance, ces réminiscences parasites.

Madame C, fille unique, a été élevée par ses grands-parents maternels après le décès de ses deux parents dans un accident de voiture alors qu'elle avait 3 mois. Les seules traces visuelles de ses parents étaient l'album de

photo familial pieusement conservé par la grand-mère et abritant les clichés en noir et blanc de ses parents défunts. Son enfance, son adolescence, ses études, son mariage s'étaient, selon elle, "passés sans encombre" grâce au soutien de ses grands parents. Sa grossesse et la transparence psychique inhérente ravivait ce traumatisme initial, ce trou noir dont le noir et blanc de l'image échographique se révéla l'inducteur. Un soutien psychothérapeutique s'instaura tout au long du dernier trimestre de la grossesse et se poursuivit pendant six mois en postnatal sous forme de consultation thérapeutique familiale où son conjoint et son fils se révélèrent être, de précieux alliés thérapeutiques.

3 Avant de rencontrer Mr et Mme R, une consultante me dit : "j'ai trouvé un bec de lièvre isolé à leur premier bébé lors de la deuxième échographie ; il a été confirmé par un autre échographiste et annoncé ; le père ne veut absolument pas le garder et la mère oui, tu peux peut-être les aider".

Dans mon bureau lors de la première rencontre, la jeune femme sanglote quasi en permanence. Son mari, rationaliste informaticien argumente de manière très cartésienne qu'ils sont jeunes et qu'ils ont la vie devant eux pour avoir un enfant "normal". Au moment où Mr R prononce "normal", les pleurs de Mme R redoublent. Assez impressionné face à la tristesse de Mme R et la conviction rigide de Mr R, je souligne simplement, la nécessité de s'accorder du temps avant de s'engager dans la procédure d'une demande d'interruption de grossesse, et de discuter.

Au deuxième entretien, Mme R paraît moins sous l'effet de choc. Elle explique que sa connaissance de ce bec de lièvre lui permet désormais de se préparer et d'anticiper la confrontation de la naissance; elle parle de l'opération : elle a vu des photos de bébé avant et après l'intervention ; elle est rassurée. De son côté, Mr R campe sur ses positions, il dit : "mais pourquoi ne pas recommencer à zéro?"

A la troisième rencontre, je suis surpris de voir Mr R seul dans la salle d'attente. Aussitôt rentré, il m'explique avec empressement qu'il ne supporte pas l'idée que son fils ait un bec de lièvre car son beau-père en avait un. Suit un long monologue décrivant ce "chien", ce "salopard" qui maltraitait sa mère, son frère et lui. Après le décès de son père, sa mère s'était remariée avec ce "monstre". Mr R parut soulagé de cette évocation et revint me voir à quatre reprises. Florian est né et Mme R après l'accouchement me dit : "mon mari a adopté son Florian".

Ces trois vignettes cliniques montrent, chacune à leur façon, combien la réaction des parents face au discours, aux attitudes de l'échographiste et aux images qu'il propose se révèle être un support projectif très riche pour appréhender -essentiellement à travers l'exploration des identifications projectives parentales- la complexe alchimie de leur parentalité en devenir.

B. Cramer et F. Palacio-Espasa (1993) décrivent une "néoformation" en post-partum caractérisée, selon eux, par le "danger" d'une "effusion projective typique du post-partum" (Cramer, 1994) synonyme d'un "ébranlement considérable de l'organisation psychique des parents (...)" (Cramer, 1994). Ils observent fréquemment des situations pathologiques où l'enfant est le réceptacle d'identifications projectives pathologiques (Cramer et Palacio-Espasa, 1993) qui musèlent sa subjectivation émergente. Le nourrisson reste, au-delà d'une période nécessaire, avec son statut initial "d'extension psychique parentale" : face à l'empiètement parental, il ne peut conquérir l'espace propre de son individuation que son "soi émergent" (Stern, 1989), dès la naissance, aspire à entreprendre.

La clinique de l'échographie suggère que cette effusion identificatoire normale ou pathologique n'est pas une néoformation du post-partum. Le cadre échographique ne met-il pas justement en scène, en amont, le premier acte de cette irruption psychique chez les acteurs en présence? De

fait, le cadre, l'image et la sonorisation échographiques induisent l'émergence de la trame de ce qui sera plus tard, en post-partum, la part parentale de "l'enveloppe proto-narrative" (Stern, 1994) construite par l'enfant à travers sa métabolisation progressive de l'intersubjectivité inhérente à l'interaction.

Il est temps pour nous, professionnels périnataux, de mesurer les limites de notre conception d'une vision directe de l'enfant en postnatal jouant un rôle d'amorce d'une contenance psychique, "aveugle" en prénatal. En effet, l'imagerie échographique -médiatisée par la technique et l'interprète échographiste- vient visuellement mettre en présence l'enfant en devenir avec sa virtualité objectale, candidate à la tiércité (Green, 1990c) et à l'identité de genre (Stoller, 1978). Cette confrontation, inhérente au cadre échographique, marque une "rupture" (Boyer et Porret, 1987) dans le cheminement fantasmatique et narcissique parental prénatal car elle les confronte vivement à l'orchestration de la proto-partition de leur "schéma d'être avec" (Stern, 1994) l'enfant à naître.

5 Le pouvoir inducteur des images échographiques

Pour s'interroger sur le pouvoir de l'image échographique, il est sans doute judicieux de rappeler que l'image en général "utilise des procédés qui échappent au principe de réalité, (elle utilise) ceux de la pensée magique, ceux du rêve" (Denis, 1994), propices aux déplacements et aux condensations. Comme l'a proposé D. Anzieu en étudiant les "signifiants formels" (1987), le psychisme se constitue probablement au départ dans des rapports d'espaces. Ce n'est, selon lui, qu'après la constitution des contenants psychiques que les contenus émergent, primitivement sous forme de représentant d'enveloppe et de transformations de ces enveloppes au gré des relations très précoces. A un niveau développemental, "les

enjeux de l'image précèdent (donc) ceux du langage" (Tisseron, 1995). En d'autres termes, l'image serait le véritable contenant de nos premiers contenus psychiques.

S. Tisseron (1995), nous donne une précieuse comparaison à ce sujet : "Parce que l'image est apparue avant la séparation psychique et qu'elle a d'abord été mise au service de l'illusion de l'unité primitive, toute image continue à envelopper la pensée. Celle-ci (la pensée) soutenue par une image, est comme le nouveau-né porté par sa mère." (Tisseron, 1995). La mère (comme l'image) est l'enveloppe de l'enfant à naître. Si le soubassement de la psyché est constitué d'images conteneurs, quel rôle pourra donc jouer l'image échographique pour des parents?

En s'inspirant des vignettes cliniques évoquées, on pourra raisonnablement répondre que l'image échographique, en offrant un miroir matériel et psychique du processus évolutif de la parentalité, joue un rôle de catalyseur. Elle induit fortement la résurgence de l'efficacité primitive des *imagos* grands-parentales dans leur fonction de contenance plus ou moins propice à un enveloppement structurant, source de symbolisations.

A partir de ce postulat, notre hypothèse centrale peut-être reformulée en ces termes : si l'opérateur offre un cadre contenant, l'échographie embryo-foetale se présente comme un rituel initiatique séculier (Maisonneuse, 1988) dont la potentialité sera celle d'un "organisateur psychique" (Boyer et Porret, 1987 ; Dormois et Robin, 1995), du processus de parentalité (R. Spitz (1965) a d'ailleurs emprunté à l'embryologie le concept d'organisateur).

Mais, comme pour tout rituel de passage, l'échographie s'organise autour de la confrontation à une "période de marge avec suppression progressive des barrières" (Van Gennep, 1909). En effet, la réédition des soubassements les plus archaïques des contenants qui ont vu naître en leur

sein les premières représentations, la levée transitoire des correspondances entre vu et perçu (les parents voient avant de sentir à la première échographie), la levée transitoire des correspondances entre dedans et dehors, entre sujet et objet induisent une charge fantasmatique qui met à l'épreuve les capacités des spectateurs à transformer ces images brutes en représentations. Le pouvoir d'influence du cadre échographique, centré sur les images fœtales, s'organisera donc, très schématiquement, entre deux polarités extrêmes qu'une infinité de pastels séparent :

Soit ce pouvoir d'influence induira une confirmation dynamique du processus de parentalité : l'efficacité des fonctions de maintenance et de contenance de l'écorce (Abraham et Torok, 1987) de la parentalité, mises en relief par l'image échographique, entretient un rapport dialectique "suffisamment bon" (Winnicott, 1969b) avec le noyau fœtal. Le rite échographique a une efficacité symbolique face à l'inscription redoutable du fœtus comme "sujet, sexué, faillible, mortel" (Boyer et Porret, 1987).

Soit, *a contrario*, il induira une paralysie psychique ou encore des identifications projectives pathologiques par saturation des résurgences traumatiques : l'inefficacité de l'écorce de la parentalité, mise en relief par l'image échographique, entretient un rapport dialectique négatif avec le noyau fœtal; l'écorce "trouée" de la parentalité est effractée par la potentialité objectale d'un fœtus qui sème l'effroi d'une Gorgone pétrifiante. Le rite échographique n'a pas d'efficacité symbolique : il perd sa fonction de liaison de la transparence psychique parentale. Il ne favorise pas "l'aménagement du devenir" (Maisonneuve, 1988) il met à nu et ne contient ni ne structure.

C'est sur le versant des variations toujours uniques de cette "traumatose" (Carel, 1988) parentale que le cadre échographique peut jouer un rôle de prévention psychosociale primaire et secondaire.

6 Des clignotants propres au cadre échographiques ?

Les trois échographies (3,5,8 mois) correspondent à des *étapes chronologiques distinctes* du processus de parentalité et il est capital de ne pas dissocier les signes perçus de cette temporalité dynamique. Un signe interprété comme un clignotant à la troisième échographie ne le sera pas à la première². A l'échographie de douze semaines, les réactions d'une multipare ne seront pas comparables à celles d'une primipare découvrant l'examen. Enfin, il est primordial de veiller à ne pas isoler les informations issues de ce cadre : elles devront impérativement être replacées dans un contexte culturel donné, dans une histoire et une chronologie singulières.

Dans une première énonciation impressionniste, qui donne lieu actuellement à une formalisation plus détaillée, on décrira les clignotants suivants dans le cadre de l'échographie et en l'absence d'anomalie fœtale suspectée ou décelée :

1 Clignotants : Rapport global parental au cadre échographique

- Demande de renouvellement d'examen en l'absence de motif médical manifeste
(fascination/dépendance compulsive à l'image échographique)
- Absentéisme récurrent à l'examen
(refus de l'examen, éventuelle fuite phobique de l'image échographique)
- Vulnérabilité perçue par le(s) soignant(s) non échographiste(s)
- Demande de présence d'un tiers accompagnateur "inhabituel"

2 Clignotants : Réactivité parentale pendant l'examen échographique

²Le potentiel traumatique de la première échographie correspond aussi pour la mère (en particulier primipare) en une annonce visuelle de l'incarnation d'un enfant "séparé" via l'image à l'extérieur d'elle-même de ce qu'elle n'a pas encore senti à l'intérieur de son corps. La femme enceinte en l'absence de perception des mouvements fœtaux et de modifications morphologiques n'a pas encore le plus souvent pleinement conscience de la réalité de sa grossesse. L'écart constaté entre l'activité du fœtus et l'absence de perceptions proprioceptives chez la mère peut lui donner, par exemple, le sentiment qu'il échappe à son contrôle.

- Face à l'image échographique :
 - Évitement, détournement... durable avec absence (+ ou -) de motif mobilisable, partageable et négociable
 - Sidération, paralysie... durable avec absence (+ ou -) de motif mobilisable, partageable et négociable
 - choc, effusion émotionnels avec absence (+ ou -) de motif mobilisable, partageable et négociable

3 Clignotants : Réactivité parentale pendant l'examen échographique

- Expression démesurée, (+ ou -) masquée, non ou difficilement mobilisable, partageable et négociable :
 - d'un malaise existentiel parental lors de l'échographie en rapport apparent avec l'écho par ex : révélation sexe fœtus ou périphérique : par ex troubles somatiques, de l'humeur
 - d'une crainte parentale de malaise, de malformation, de morcellement (Courvoisier, 1985) (2eme écho)... du "fœtus". L'expression d'une peur de malformations impérialiste et persistante dépassant le registre fréquent, voire souhaitable, d'une anticipation anxieuse, lucide et tempérée d'un fait toujours probable
 - d'une crainte parentale de nuire à la vie, au bien-être "fœtal" à cause de souffrances somatiques et/ou psychiques
 - d'un "fœtus" parasite, destructeur source potentielle d'éclatement, d'effraction... du corps maternel
 - d'un vécu maternel de profanation, de rapt (Courvoisier, 1985), de destruction par le regard³, de pénétration, d'intrusion dépassant le registre du désir légitime de "préserver le secret de l'expérience narcissique de la grossesse" (Kohn-Feist, 1995).
 - d'un malaise paternel face à la tiércité⁴

4 Clignotants : Réactivité pendant l'examen échographique au niveau relationnel

- Relation démesurément : adhésive, dépendante, distante, évitée, conflictuelle, variable...
 - de la mère, du père, de la fratrie, de la grand-mère maternelle... avec l'échographiste

³Le déterminisme culturel peut-être très fort dans les enjeux de ce secret (Afrique, Maghreb : le mauvais oeil). Le voir à l'intérieur peut correspondre à une vision maléfique.

⁴Au sujet du père, R. Teboul (1994) parle de découverte du "locataire" de la cavité utérine. Cette rencontre correspond à une confrontation à la tiércité et à l'hospitalité du père à cet égard. Ses réactions immédiates et différées à l'image échographique en seront empreintes. La position maternelle face à cette triangulation (partage, refus, rivalité, soif anaclitique...) est aussi très signifiante dans le cadre échographique.

- entre les parents
- parents/fratrie
- entre la mère et un accompagnateur "inhabituel"
- de l'échographiste à l'égard d'une ou plusieurs des personnes en présence...

Cette ébauche sémiologique n'est pas limitative et chacune des interactions du cadre échographique peut potentiellement être un indice méritant réflexion.

Une extrême *prudence* s'impose tant la frontière est mince entre une prévention attentive et des attitudes suspicieuses amplifiant ce qu'elles prétendent combattre. Les réunions interdisciplinaires, sur le mode groupe Balint, où l'échographiste pourra s'interroger en partageant son vécu après coup, prennent là tout leur sens. Au centre de cette maturation commune, la distinction entre les diverses significations des angoisses de malformation est capitale.

7 Les angoisses de malformation

"Peut-il être handicapé ? Est-il trisomique ?... ". En regard de notre expérience, cette question à l'égard du nouveau-venu est familière à la femme enceinte. Pour que soit authentiquement reconnue la fréquence (Lebovici, 1984) de cette angoisse pendant la période de grossesse, il est sans doute bénéfique d'en analyser la trace psychique en terme freudien d'"inquiétante étrangeté" (Freud, 1919). Avant la naissance, la crainte maternelle d'une anomalie ne relève-t-elle pas en effet de cette catégorie d'affect qui ne recouvre "en réalité rien de nouveau, d'étranger, mais bien plutôt quelque chose de familier, depuis toujours, à la vie psychique (...), quelque chose qui aurait du rester caché et qui a reparu". Il s'agit ici, pour

Freud, "du retour à certaines phases dans l'histoire évolutive du sentiment du *moi*, d'une régression à l'époque où le *moi* n'était pas encore nettement délimité par rapport au monde extérieur et à autrui". L'impression d'inquiétante étrangeté est "produite par la répétition de l'identique (et) dérive de la vie psychique infantile".

Pour une future mère, l'émergence consciente et a fortiori la verbalisation de cette "anticipation imaginaire" d'une possible anomalie dépendront, d'un côté, de la nature et du contenu de sa transparence psychique et, de l'autre, de l'accueil que réserveront ses divers interlocuteurs à ces éléments porteurs d'inquiétante étrangeté.

La perméabilité psychique maternelle aux représentations inconscientes propres à la grossesse peut s'exprimer, entre autres, à travers ses angoisses d'enfant monstrueux. Elles sont classiquement interprétées comme la sanction coupable d'un vœu inconscient de transgression incestueuse ou comme projections sur le bébé à venir, perçu comme dangereux, d'une agressivité primitivement destinée à la grand-mère maternelle et ainsi déplacée. Ma pratique me suggère aussi combien ces affects peuvent rentrer simultanément en résonance avec les avatars préoedipiens. C'est dans ce creuset fondateur que se sont éventuellement joués d'archaïques effondrements, synonymes de ruptures de la continuité d'existence du bébé.

Dans cette complexité structurale, s'inscrivent les angoisses de malformations. Elles seront quelquefois omniprésentes et dévastatrices ou à l'inverse, furtives et discrètes mais de toute façon majoritairement présentes, même si pas souvent partagées. Dans le cadre préventif des "conflits de parentalité" (Cramer et Palacio-espasa, 1993), mais aussi, d'une annonce périnatale possible d'un handicap réel, il me paraît judicieux de s'interroger sur la potentialité structurante ou destructrice des angoisses à ce sujet pendant la grossesse.

Or, rares dans la littérature sont les témoignages cliniques qui ont souligné la large présence de ces représentations du monstrueux chez la femme enceinte (Lebovici et Stoleru, 1983 ; Matarazzo, 1986). Il existe un fort contraste entre les témoignages des cliniciens qui attestent de cette fréquence et la quasi-absence d'évocation dans la littérature.

Dans l'étude la plus complète sur les représentations maternelles pendant la grossesse, Ammaniti et coll. (1999) évoquent les peurs maternelles de malformation fœtale comme caractéristique essentielle d'un sous-groupe de la catégorie des représentations dites "étroites/désinvesties".

En opposition aux représentations maternelles "intégrées/équilibrées" qui donnent un tableau riche, souple et cohérent de l'expérience de grossesse, les mères avec les représentations "étroites/désinvesties" affrontent la grossesse comme une étape nécessaire de la vie. La crise de la grossesse est contrôlée, rationalisée, laisse peu de place à la rêverie de l'enfant à venir et à son investissement.

De son côté, Leifer (1977) considère qu'une accentuation des angoisses maternelles à son sujet et à l'égard du fœtus est caractéristique de la grossesse. Leifer défend l'idée que les angoisses à propos du fœtus peuvent-être un reflet significatif positif du lien d'attachement maternel et leur absence un signe négatif.

Elles sont interprétées par Matarazzo (1986) comme :

- la sanction coupable d'un vœu inconscient de transgression incestueuse,
- les projections sur le bébé à venir, perçu comme dangereux, d'une agressivité primitivement destinée à la grand-mère maternelle et ainsi déplacée.

En l'absence d'anomalie fœtale décelable et révélée, ces productions psychiques sont-elles la marque d'une détresse face à un processus de maternité en lui même aversif et catalyseur ou, au contraire, d'une anticipation créatrice qui protège de la surprise de l'effroi traumatique ?

Une hypothèse clinique est formulée : comprises entre les polarités dialectiques de l'angoisse signal psychologique et l'angoisse automatique psychopathologique (Freud, 1926) ces représentations sont des marqueurs privilégiés de la nature structurale et de la maturité objectale de l'anticipation maternelle au cœur du « devenir mère » anténatal.

Angoisse signal, les craintes de malformation ne sont pas invasives. Elles renvoient à la soif potentiellement créative d'une transparence psychique rééditant des conflits de séparation tempérés et une contenance intergénérationnelle effective (Lebovici, 1994a). Ici, caractéristique majeure, l'angoisse est un vecteur dynamique de symbolisation, favorable à l'élaboration du processus de parentalité. En ce sens, l'angoisse signal s'affirme comme le témoin d'une anticipation prénatale organisatrice d'identifications projectives empathiques (Cramer et Palacio-Espasa, 1993) Elle est aussi, simultanément, une prévision préventive de faits réels probables : une anomalie fœtale, une complication obstétricale, la naissance d'un enfant porteur d'un handicap... des possibles, qu'aucun professionnel raisonnable ne peut prétendre exclure à partir de ses explorations anténatales.

De son côté, une angoisse de malformation assimilée à une angoisse automatique correspondrait à *la réactualisation de points de fixations traumatiques muets mis en exergue par une reviviscence désorganisée nuisible à l'anticipation adaptative parentale*. La crainte rigide et durable d'une malformation exprimerait une faille existentielle commémorant une "agonie primitive" (Winnicott, 1974) avec une "violence fondamentale"

(Bergeret, 1984) restée brute. En poussant cette logique inconsciente à l'extrême, la mère et l'enfant ne peuvent pas vivre tous deux car règne la loi de la survie du "lui ou moi" sans possible négociation. Dans ce cas, les craintes d'anomalie chez l'enfant refléteraient une effusion "d'identifications projectives pathologiques" (Cramer et Palacio-Espasa, 1993) prénatales traduisant un conflit de parentalité alarmant. Une dysharmonie comportementale, émotionnelle et fantasmatique foeto-maternelle en serait la fréquente signature. Elle gagnerait à être perçue et entourée par les soignants comme un possible clignotant "maltraitance du fœtus" (Vial et coll., 1996).

Bien sûr, cette opposition entre angoisse automatique et angoisse signal doit être dégagée de toute tentation sémiologique aboutissant à un clivage dualiste artificiel et simpliste. Ce repérage correspond en clinique à deux polarités dont le rapport dialectique est constant. Cette complémentarité est capitale car justement, c'est souvent dans une réanimation de la relation d'étayage de l'angoisse signal sur l'angoisse automatique que repose la promesse d'un projet préventif.

Cette mise en perspective du fonctionnement psychique prénatal avec la question de l'annonce d'une anomalie fœtale ou d'un handicap à la naissance offre une riche potentialité clinique que cette hypothèse tente d'exprimer : *l'intensité et la métabolisation du choc de la révélation aux parents d'une anomalie réelle, de la plus légère à la plus lourde, dépendront, en partie, de la nature et du devenir de leurs résurgences psychiques anténatales dont les craintes de malformation sont un des témoins privilégiés.* Aussi, se demander si les parents disposent pendant la période de la grossesse d'un lieu propice à l'accueil et à l'élaboration préventive de cette angoisse, en particulier sous sa forme automatique, paraît primordial. La responsabilité de tous les soignants du prénatal - consultants, animateurs de groupes de préparation à la naissance...- est

évidente en ce domaine mais on peut appeler de ses vœux une sensibilisation particulière des échographistes à cette double face de l'angoisse de malformation.

8 L'échographie et l'accompagnement d'une anomalie fœtale

Lors d'une réunion, une échographiste nous livre son inquiétude : elle a révélé récemment un syndrome de Turner à des parents attendant leur premier enfant. C'est elle qui avait demandé, suite au constat d'un hygroma simple à la première écho de 12 semaines, une écho de contrôle et un prélèvement de trophoblaste, qui a authentifié le Turner⁵. Elle doit les recevoir bientôt car Mme F l'a contactée pour lui demander une échographie supplémentaire pour "voir leur fille". Un suivi échographique a bien été instauré dans un centre de référence parisien mais la mère lui a dit au téléphone qu'elle n'avait pas un bon contact avec l'opérateur. De toute façon, Mme F souhaite vivement accoucher, comme prévu, à la maternité où elle est suivie depuis le début.

Notre collègue se demande si elle a bien fait d'accepter cette demande. Elle a eu une bonne relation avec les deux parents lors du premier examen mais redoute la pesanteur de ce suivi où l'échographie est résolument définie comme le lieu d'une anticipation de la rencontre avec l'enfant porteur de ce syndrome et où l'échographiste est clairement pointé comme un médiateur.

⁵ Dans la forme typique, c'est une aberration chromosomique. Génétiquement, elle est définie par un phénotype féminin et un sexe nucléaire masculin et par l'existence d'un seul chromosome sexuel X. Le caryotype comporte 45 chromosomes (au lieu de 46). C'est un syndrome observé dans le sexe féminin et comportant un nanisme, une aplasie des ovaires et plusieurs malformations possibles : anomalies face, thorax, cou, cardio-vasculaire (coarctation de l'aorte).

Dans ce contexte, nous imaginons et élaborons différents scénarios possibles. Soutenue par l'étayage du groupe et notre expérience partagée en matière de collaboration indirecte, elle semble bénéficier du vif échange induit par son questionnement.

Pour vous transmettre l'essentiel de ce suivi en voici les traits saillants :

- à l'occasion de deux échographies successives (5 et 6 mois) et des entretiens qui suivirent, Mr et Mme F ont livré à l'échographiste deux éléments anamnestiques princeps :

** Mr F a eu un frère cadet né avec un bec de lièvre à la naissance à une époque où l'échographie n'existait pas. Il évoque avec acuité l'opportunité que représente cet examen en l'opposant à la consternation face à l'imprévu de la révélation à la naissance. De fait, Mr F investit l'image échographique de sa fille et pose de nombreuses questions : plus en demande d'une contenance que d'un savoir rationnel, il paraît bénéficier de cette attention conjointe.*

** Mme F a interrompu une première grossesse alors qu'elle avait 19 ans; elle en tire beaucoup de culpabilité et le traumatisme de l'annonce du syndrome de Turner semble s'imposer comme une sanction après-coup. Elle est très tendue pendant l'examen et ne s'intéresse guère au devenir de l'enfant porté.*

- à la troisième échographie au 8ème mois, le père est rassuré par l'absence d'anomalie cardiovasculaire, évoquée comme possible précédemment, et la mère est habitée par des angoisses invasives récurrentes face à la perspective d'annoncer à ses parents et à son entourage le nanisme de son enfant.

- Grâce à la confiance tissée en amont, l'échographiste évoque une consultation avec le psychologue en complémentarité de leurs échanges.

Circonspects, les parents acceptent après avoir fait connaissance avec moi à l'occasion d'une séance de préparation à la naissance que je co-anime avec cette échographiste.

Je reçois à deux reprises les parents avant la naissance de Laure.

Nous travaillons ensemble essentiellement autour de la culpabilité maternelle qui vient museler le processus de devenir mère. Bien soutenu par son conjoint, qui met toute son acuité au service de son couple, Mme F repositionne avec profit cette IVG dans une conflictualité adolescente larvée avec ses propres parents.

Une reprise de contact de Mme F avec sa mère, avec qui elle n'avait pas échangé depuis plusieurs années, vient matérialiser un réaménagement psychique en faveur d'une contenance intergénérationnelle propice à la cicatrisation post-traumatique, à la maternalisation et à l'apprivoisement de ses angoisses.

C'est à l'ultime échographie, avant la naissance, que Mme F s'intéressera aux images sur l'écran. Le témoignage de ma collègue à notre groupe de réflexion soulignera cette modification de son investissement du cadre : Mme F demandera d'observer le profil de "sa fille" un long moment.

A l'entretien qui suit cet examen et notre réunion, Mme F évoquera avec émotion ce temps de cristallisation parentale.

Après la naissance et un suivi rapproché en post-partum de la part de l'échographiste et du psychologue, une orientation vers le CAMSP s'est négociée en douceur. Le trio y participe à un groupe de parents/bébés et rencontre une psychanalyste une fois par mois.

Cette vignette permet de mettre à nouveau l'accent sur le rôle potentiel de la rencontre échographique comme :

- organisateur psychique de la parentalité
- comme point d'ancrage d'une collaboration interdisciplinaire et en réseau en faveur de la prévention des troubles anténatals de la parentalité et des dysharmonies interactives précoces.

Mais elle met en exergue deux éléments supplémentaires : ce cadre peut-être aussi *un lieu favorisant la métabolisation parentale des ondes de chocs sismiques de la révélation d'une anomalie génétique et un support dynamique de l'anticipation de l'enfant quand la grossesse n'est pas interrompue.*

9 Vers un authentique consentement éclairé

Sur le terrain, la virtualité prometteuse du cadre échographique trouve à ce jour un obstacle éthique conséquent : cet examen n'est malheureusement pas l'objet d'un *consentement éclairé*, éthiquement correct.

Une écrasante majorité de parents croient obligatoires les trois échographies (3, 5 et 8 mois) alors qu'elles ne sont que légalement, vivement recommandées⁶.

A l'instar de cette ambiguïté majeure, le dépistage échographique des anomalies foetales souffre actuellement de l'absence d'un espace d'échanges entre parents et professionnels : les premiers sont fréquemment chosifiés et condamnés à une passivité peu propice à la parentalisation; les seconds peuvent quelquefois s'installer dans une toute puissance défensive où leur

⁶ Gourand L., *L'échographie : de l'écran au lien, un malentendu possible*, Colloque International de Monaco, 18, 19, 20 janvier 1996

technicité fait obstacle à la réciprocité de la négociation d'un consentement partagé.

Pour que la potentialité organisatrice de l'échographie advienne, c'est bien d'une *négociation* entre professionnels et parents dont elle a besoin. Concrètement, la proposition faite aux parents par L. Gourand, échographiste aux Bluets à Paris, de participer à un groupe de parole pour réfléchir sur les attentes respectives des parents et des professionnels, semble indiquer une voie prometteuse. A partir du questionnement partagé dans cette agora collective, un consentement éclairé peut raisonnablement être envisagé. Pour conquérir et assumer ce positionnement, les échographistes devraient pouvoir bénéficier d'un espace de parole leur offrant une "fonction Balint".

10 Pour conclure

Mais que veulent donc savoir les acteurs principaux du scénario de l'échographie obstétricale ? Quels sont les objectifs de cet examen pour l'échographiste ? Quelle est la partition maternelle, paternelle et fœtale de ce temps fort du segment prénatal du processus de parentalité ?

L'espace sémantique du savoir est-il le meilleur et le seul candidat pour cerner la complexité des attentes de chacun et des enjeux de cette rencontre ?

Face à ces interrogations, les pistes collectives esquissées ici, loin d'y répondre, inaugurent au moins une voie : l'expérience échographique dépasse largement le registre du savoir défini comme s'opposant "à l'ignorance, à l'opinion, à la foi et à la croyance" (Lalande, 1976).

Bien sûr, le savoir scientifique est une pièce maîtresse du décor de la rencontre échographique mais il ne résume pas l'amplitude de ses enjeux

psychologiques. Face à la charge émotionnelle et fantasmatique potentielle de cette confrontation, le champ du seul savoir médical, centré sur le dépistage d'anomalie fœtale, évoque la position de l'explicite en regard de celle de l'implicite dans le comportement et le discours. Or, cet implicite - côté parents et côté professionnels- paraît véhiculer une attente non pas tant d'un savoir rationnel mais plutôt d'une *contenance* (Bion, 1979 ; Anzieu, 1987) de leur transparence psychique respective, singulièrement amplifiée par ce cadre spécifique, véritable fenêtre sur l'originaire (Aulagnier, 1975).

La prise de conscience par les parents et les échographistes de la complexité de cet examen est donc la condition sine qua non de la conquête d'un véritable consentement éclairé, en l'état, cruellement absent. Pour devenir "espace transitionnel et lieu de liaison" (Péruchon, 1997) animé par "un sens vécu et une valeur symbolique pour ses acteurs et ses témoins" (Maisonneuve, 1988, p.12), l'échographie doit bénéficier d'un "concensus collectif"(p.106). Elle sera demain un rituel séculier d'initiation à la parentalité seulement à ce prix. Privée d'une élaboration créative partagée, l'échographie expose parents et professionnels à la paralysie psychique et sociale d'un rituel répondant, cette fois, à la définition psychopathologique du terme telle qu'on la trouve dans la description des névroses obsessionnelles. Ici, la mise en scène conjuratoire ne correspond nullement à une maturation de l'angoisse sous-jacente mais bien à sa répétition tragique.

Prolégomène à ce consentement éclairé, notre témoignage de collaboration interdisciplinaire met en exergue les quatre points suivants:

1) Les échographies obstétricales peuvent, sous certaines conditions de qualité de contenance de l'opérateur dans l'interprétation partagée des images et de leur charge projective, structurer l'instauration des liens

parents/bébé prénataux en jouant un rôle de rituel séculier psychiquement organisateur du processus de parentalité prénatale.

La banalisation des enjeux et des résonances de cet examen peut conduire à en scotomiser la potentialité traumatique. Le cadre échographique provoque une effusion fantasmatique transitoire mettant à l'épreuve et révélant des indices de la parentalité (dialectique écorce/noyau, investissement narcissique/objectal) en homéostasie avec son substrat intergénérationnel.

A l'inverse, la reconnaissance de son pouvoir de catalyseur permet d'en amorcer la promesse cathartique et préventive.

Dans ce contexte, enfant *in utero*, mère, père, frère, sœur, grands-parents, doivent pouvoir trouver une place différenciée.

2) Une réflexion interdisciplinaire régulière sur le cadre général et les contenus singuliers de cet examen (type groupe Balint) s'impose comme un excellent antidote de cette banalisation. De plus, elle permet de souligner combien l'imagerie échographique, l'attitude et le commentaire du praticien sont des supports projectifs qui favorisent l'expression des contenus explicites et implicites de la dynamique de la parentalité. L'échographiste et tous les acteurs des équipes périnatales bénéficieront de la prise de conscience et de l'élaboration de ce constat dans leur entreprise de soignant.

a) quand l'examen est apparemment normal, la sensibilisation de l'échographiste et de son équipe à l'écoute de ces contenus, enrichit effectivement le protocole standard de l'échographie d'une visée préventive des troubles prénataux de la parentalité et des dysharmonies relationnelles parents/bébé précoces. Des clignotants, propres au cadre échographique et indissociables de sa chronologie, viennent compléter la liste de facteurs de risque psychosociaux prénataux.

b)face aux anomalies fœtales suspectées ou avérées, cette sensibilisation aidera les soignants à formaliser l'annonce et en accompagner la métabolisation parentale de son impact sismique.

3) Dans les deux cas, l'analyse interdisciplinaire de ces matériaux peut-être ponctuellement l'amorce d'une orientation négociée vers une consultation psychothérapique. Si, un tel suivi s'instaure, il s'inscrira, à l'échelle périnatale, en interaction avec le projet de soin holistique du service de maternité.

4) Ce schème du cadre échographique, indissociable d'un contexte épistémologique et culturel spécifique, devra, à l'avenir, s'enrichir d'une réflexion sur les conditions de sa rencontre et de sa traduction avec les migrantes et leur environnement.