

# Dépistage échographique anténatal des anomalies mineures de bon pronostic : impact émotionnel, représentations parentales et relation mère–enfant

## Impact of Minor Fetal Sonographic Anomalies on Parental Emotional Status, Representations, and Early Mother–Infant Interactions

S. Viaux-Savelon · M. Dommergues · D. Cohen

Reçu le 27 janvier 2014 ; accepté le 24 février 2014  
© Springer-Verlag France 2014

**Résumé** L'échographie fœtale est un outil à présent banalisé du dépistage anténatal. Des anomalies mineures considérées comme de bon pronostic sont repérées chez 5 à 10 % des femmes enceintes, et leur annonce a un impact psychologique substantiel. L'approche psychanalytique met en lumière la maturation progressive des représentations maternelles de l'enfant au cours de la grossesse, ses relations avec les interactions postnatales, et la suspension des investissements lors d'un traumatisme psychique comme l'annonce d'une anomalie fœtale. Les études par autoquestionnaires montrent que la révélation de signes mineurs augmente l'anxiété des couples. Le niveau d'angoisse est d'autant plus important que l'information fournie aux futurs parents est floue et qu'il existe une incertitude sur le pronostic de l'anomalie. Les études cliniques à partir d'entretiens semi-structurés et d'observations des interactions montrent une suspension de l'investissement du futur enfant au cours de la grossesse, une modification des représentations maternelles et des modifications des interactions précoces mère–enfant. L'anxiété, associée à des symptômes dépressifs, et les troubles des interactions peuvent persister jusqu'à deux mois post-partum. Des mesures de prévention sont discutées : formation des professionnels à l'annonce au cours de l'échographie, information des patientes sur les enjeux de l'échographie avant même la réalisation de l'examen, élaboration

de consensus sur la valeur diagnostique des signes mineurs pour clarifier l'information, repérage des familles nécessitant un accompagnement et des propositions de prise en charge précoce en fin de grossesse et en post-partum précoce.

**Mots clés** Échographie fœtale · Représentations parentales · Interactions précoces mère–enfant · Anomalie mineure · Annonce · Diagnostic prénatal

**Abstract** Ultrasound plays a key role in prenatal screening for fetal anomalies. Minor anomalies with a good neonatal outcome are identified in 5 to 10% of pregnancies. Even when prenatal diagnostic work up is reassuring, announcing prenatal soft markers may have a substantial psychological impact. Psychodynamic theories hypothesize that the announcement of a fetal anomaly may disrupt the construction of maternal mental representations about the baby and thus impair early interactions. Surveys based on self interviews showed that the announcement of a minor anomaly increases parental anxiety, especially when the outcome is uncertain or when the information is considered unclear by the parents. Clinical studies based on semi-structured interviews showed that the announcement also increases anxiety and depression levels, hampers maternal investment, alters representational pattern and early mother–infant interactions. These phenomena may persist up to 2 months post partum. We discuss guidelines that may reduce the impact of announcing a minor fetal anomaly: 1) training sonographers to announcement; 2) counseling based on medical evidence or expert consensus; 3) identification of families that may benefit from psychological prenatal care during pregnancy and post partum.

S. Viaux-Savelon (✉) · D. Cohen  
Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent,  
GHU Pitié-Salpêtrière–Charles-Foix, Paris, France  
e-mail : sylvie.viaux@psl.aphp.fr

CNRS UMR 7222, institut des systèmes intelligents et robotiques, université Pierre-et-Marie-Curie, Paris, France

M. Dommergues  
Service de gynécologie-obstétrique,  
GHU Pitié-Salpêtrière–Charles-Foix, Paris, France

**Keywords** Fetal ultrasound · Parental representations · Early mother–infant interactions · Soft marker · Announcement · Prenatal diagnosis

## Introduction

Le dépistage échographique est largement répandu depuis plusieurs décennies. Il rassure la majorité des couples, améliore la sécurité de la grossesse et la santé des enfants. Cependant, comme tout dépistage, l'échographie prénatale peut être à l'origine d'anxiété chez les futurs parents quand une image inhabituelle est identifiée ou quand une anomalie de la croissance fœtale est repérée. Ces situations sont fréquentes. Théoriquement, l'estimation de poids fœtal sera supérieure au 95<sup>e</sup> percentile ou inférieure au 5<sup>e</sup> percentile dans environ 10 % des grossesses. Des anomalies morphologiques dites mineures (clarté nucale augmentée, pyélectasie, intestin hyperéchogène, fémur court, hypoplasie des os propres du nez, foyers échogènes cardiaques...) sont retrouvées dans environ 5 % des grossesses [1,2]. Le plus souvent, des explorations complémentaires s'avèrent rassurantes : normalité des échographies de contrôle (dites de diagnostic), normalité du caryotype fœtal...

Pour autant, quand l'évaluation diagnostique a été rassurante pour les médecins, la première annonce d'une suspicion d'anomalie peut-elle laisser une trace dans les représentations que les futurs parents ont de leur enfant et impacter négativement la relation parent-enfant ? Pour répondre à cette question, on retrouve plusieurs approches dans la littérature.

Une première approche, clinique, consiste dans la réalisation d'enquêtes fondées sur des autoquestionnaires visant à quantifier l'expérience émotionnelle des personnes. Cette approche a l'avantage de la standardisation et permet facilement la comparaison de grands groupes. S'ils ont une bonne sensibilité, les autoquestionnaires manquent fréquemment de spécificité [3]. L'évaluation clinique à l'aide d'entretiens ciblés, semi-structurés, effectués par un professionnel donne également un résultat chiffré et permet des comparaisons de groupes, mais est plus lourde à administrer que les autoquestionnaires. Ces approches abordent les ressentis et les manifestations émotionnelles des parents en pré- et post-partum et donnent des informations limitées sur le plan psychopathologique. Cependant, elles ne permettent pas d'évaluer les interactions parents-enfant, puisque seuls les parents sont interrogés et que les interactions nécessitent une observation extérieure à la relation.

L'approche psychanalytique, reposant sur l'étude de cas et la pratique clinique, propose une interprétation fondée sur des mécanismes psychodynamiques pouvant expliquer les symptômes exprimés par la mère, l'enfant ou la triade familiale. Cette approche a l'avantage de prendre en compte la singularité de l'histoire personnelle de chaque patient et de générer des hypothèses psychopathologiques sur lesquelles les professionnels peuvent s'appuyer dans leur prise en charge. L'approche psychanalytique a deux inconvénients

principaux au plan scientifique : elle est difficile à valider expérimentalement, et elle n'est pas adaptée à une évaluation épidémiologique de la fréquence des troubles.

Une dernière approche développementale consiste à évaluer les interactions de la dyade dans des situations clés de la vie quotidienne. Dans le domaine de la périnatalité, on peut ainsi filmer des séances d'alimentation de l'enfant ou de jeu standardisé, l'interaction mère-enfant étant secondairement évaluée sur des séquences vidéo anonymisées, par des professionnels ignorant le groupe d'appartenance de la dyade mère-enfant. Cette approche a pour principal avantage de permettre une évaluation aussi objective que possible, mais a l'inconvénient d'être complexe à mettre en œuvre.

Concernant l'échographie prénatale, nous proposons d'exposer successivement les grandes lignes de l'approche psychodynamique, les principaux résultats des études cliniques par autoquestionnaires et entretiens et ceux fondés sur l'analyse des interactions mère-bébé. Nous chercherons ensuite à dégager les grandes lignes conceptuelles de chacune de ces approches, leurs convergences et les conséquences possibles sur les pratiques en périnatalité.

## Approche psychanalytique

Quand, dans les années 1980, l'échographie s'est banalisée dans les suivis de grossesse, les psychanalystes travaillant en petite enfance se sont émus de ce que pouvaient induire ces images du prénatal sur les représentations maternelles. L'impact psychologique chez tous les partenaires en présence, parents, bébé et professionnels, a été souligné. L'échographie estompe les limites entre le réel et l'imaginaire et renforce le sentiment « d'inquiétante étrangeté » en référence à l'inquiétante étrangeté décrite par Freud [4] concernant le contenu utérin.

L'approche psychanalytique s'appuie sur les théories préalablement établies de la construction de la représentation de l'enfant dans le psychisme parental. Ces théories fondées sur l'expérience clinique mettent en avant l'évolution dynamique des représentations au cours de la grossesse et leur implication dans la construction des interactions parents-enfants [5,6].

## L'image échographique, entre image médicale et support de la construction de la parentalité

Dès avant sa conception, l'enfant existe « en puissance » pour ses futurs parents, d'où l'aphorisme proposé par Missonnier et al. « À l'origine, il y a le virtuel » [7]. Le processus de parentalité se nourrit de l'attraction entre cette virtualité et son actualisation dans l'enfant postnatal, à tous les âges de la vie, bien avant la concrétisation du projet d'enfant. Quand elle se réalise harmonieusement, cette conception met en

œuvre le double sens de l'étymologie de la conception : contenir l'enfant à venir en le représentant par la pensée et en le formant biologiquement.

La notion de « relation d'objet virtuel » (ROV), correspondant à la relation qui se crée in utero entre l'enfant et sa mère, intervient dans la constitution du lien s'établissant en prénatal entre les futurs parents et le fœtus. Les auteurs [7] insistent sur le fait que cette relation in utero, imaginaire mais forte, crée une protorelation entre la mère et l'enfant qui sera la base des différentes relations postnatales.

Auparavant, d'autres auteurs [8] ont insisté sur l'importance de la « rêverie maternelle » de l'enfant imaginé « sanctuaire de l'anticipation de l'enfant virtuel » et proposé la notion de représentation anticipatrice [9] par laquelle « la mère prend le risque de créer, de préinvestir le bébé imaginé ».

Les représentations de la future mère changent au cours de la grossesse et évoluent par phase, trois sont généralement retenues [10] : une première phase au cours de laquelle la mère est centrée sur la grossesse, une deuxième centrée sur le fœtus et la troisième sur le bébé, pouvant être mises en parallèle des trois échographies de surveillance de la grossesse, moments forts du dépistage anténatal. On parle de dynamique psychique parentale ou de maturation de la relation d'objet à l'enfant virtuel. La qualité de cette dynamique psychique est déterminante pour l'établissement de la relation postnatale avec l'enfant réel. Du degré de maturation objectale de l'enfant du dedans dépendra, en partie, l'empathie parentale en postnatal à l'égard de l'enfant réel. Par ses rêveries [10], la mère interprète les mouvements et signaux du bébé pour les lui retransmettre élaborés [7], ces élaborations apportant une base sur laquelle pourra ensuite se développer les interactions avec le bébé et les prémisses de la pensée de l'enfant. Les recherches en petite enfance ont ainsi montré combien les scénarios comportementaux, affectifs et fantasmatiques maternels imaginés pendant la grossesse, contribuent à organiser les interactions ultérieures en postnatal [11–13].

Soulé et al. ont parlé à l'époque d'« interruption volontaire de fantasme » [14]. Cette expression exprime que l'inquiétante étrangeté provoquée par les images échographiques risque d'inhiber le libre développement de l'enfant imaginaire qui autrefois restait pendant neuf mois sans confrontation avec la réalité. Actuellement, on parle plutôt de « remaniement des fantasmes imaginaires de la future mère » : c'est-à-dire que la mère (qui se porte bien) fait des allers-retours entre la représentation qu'elle a de l'enfant imaginaire et les aspects directs vécus des images. Les auteurs décrivent que ce processus participe alors à l'humanisation et à l'atténuation de l'angoisse suscitée par la « réification » du produit de la scène primitive (l'enfant produit de la sexualité des parents). Ainsi, il est à présent attribué à l'échographie fœtale un rôle fondamental dans le processus

de parentalisation. Elle constitue en effet une première rencontre des parents avec « la réalité du fœtus et avec une image du futur bébé ».

Cependant, il reste qu'« en faisant irruption dans la psyché parentale, les images échographiques peuvent entraîner des résurgences déstabilisantes d'autant plus que pendant la période prénatale les conflits infantiles sont ravivés ».

Ainsi, pour les couples plus fragiles, la situation du dépistage échographique reste une question délicate soulevée par les professionnels comme Gourand [15] qui relève le quiproquo fondamental de la situation de l'échographie fœtale : « alors que la femme enceinte s'attend à un certificat de normalité, l'échographiste doit rechercher tout signe possible d'anormalité ». Il insiste sur la difficulté devant laquelle se retrouve le professionnel devant la question de l'annonce et du fait que « l'échographie la plus normale en apparence recèle potentiellement le même danger : en dire trop ou pas assez ».

### Fantasmes de profanation

« Du côté de la femme, par identité projective, l'échographie peut être vécue comme une intrusion, une inquisition, un vouloir savoir de son corps, de ses secrets les plus intimes. » Elle exposerait l'intérieur de la chair, sa sexualité, et ses conséquences effrayantes. L'association du regard de l'échographiste porté sur le corps de la femme et la visualisation de l'intérieur de son ventre avec notamment l'image inquiétante du fœtus peut entraîner des modifications importantes de l'image du corps de celle-ci. Elles pourront se traduire soit par une réactivation de gratification narcissique, soit par des fantasmes de menace sur son intégrité corporelle.

Avec l'arrivée de nouvelles technologies, la 3D puis la 4D, les auteurs continuent de s'interroger sur les effets de ces avancées technologiques sur le psychisme parental en général et dans certaines populations [16–18].

Peu de psychanalystes se sont intéressés à la question des faux-positifs ou des anomalies mineures, mais les perturbations des représentations maternelles et leurs conséquences sur les interactions ont par contre bien été décrites quand l'enfant présentait une pathologie, malformation, affichante ou non.

Lors de l'annonce d'une malformation, les parents et les professionnels décrivent une suspension de l'investissement pour l'enfant, probablement dans un mouvement de défense protecteur, les parents évitent la pensée douloureuse et le risque de l'investissement d'un enfant qui va peut-être mourir ou pour lequel ils vont « devoir » demander une interruption médicale de grossesse. Pour pouvoir faire cette demande, il est préférable que le fœtus reste à son état d'objet et non de sujet pour les parents [19,20].

## Annnonce et risque de vécu traumatique

L'annonce, « c'est l'échographiste qui fait la découverte "de l'anomalie" et doit la transmettre. Chacun des protagonistes va réagir différemment en fonction de sa propre histoire, de ses représentations personnelles, des mythes familiaux et de ses traumatismes anciens enfouis, qui peuvent être ravivés par ces situations ». « Il y a toujours un décalage entre le vécu des parents, la compréhension de l'événement, la gravité du diagnostic et ce que pensent transmettre les soignants. » [21].

Les anomalies du fœtus créent une blessure narcissique profonde chez la mère et chez le père puisque le produit de leur pouvoir génésique est imparfait. Leurs culpabilités œdipiennes (vouloir l'enfant de la mère) sont donc ravivées. Ils peuvent avoir l'impression que la mère archaïque, à qui on avait voulu prendre son pouvoir, s'est vengée et a atteint gravement leur futur enfant. Des fantasmes analogues jouent aussi profondément dans la personnalité de l'échographiste.

Le poids des mots : « la femme, le couple n'entendent plus, ne comprennent pas ce qu'on leur dit malgré les longues explications répétées ». Les parents vont projeter sur l'annonceur leur vécu immédiat d'horreur, de violence, d'incompréhension. L'échographiste aura donc à recevoir cette intense décharge en même temps qu'il devra contrôler ses propres sentiments induits par la découverte de l'anomalie et de l'annonce elle-même.

Soulé et Soubieux font l'hypothèse que l'échographiste peut soit renforcer l'angoisse du couple et entraîner un effet déstructurant sur leur psychisme par un silence mortifère ou des paroles angoissantes, ambiguës, soit les aider à se construire dans leur parentalité grâce à sa disponibilité, son écoute et son rôle contenant. Leur travail avec les obstétriciens leur permet ainsi de recommander un processus d'annonce : « Conserver une attitude neutre pendant l'échographie, se concentrer sur le diagnostic morphologique, recevoir la mère rhabillée et le père dans un bureau de consultation en leur consacrant du temps. » Malheureusement, les échographistes disposent rarement de temps suffisant entre deux échographies pour réaliser eux-mêmes cette consultation. Celle-ci est souvent déléguée dans un second temps à un collègue spécialisé en diagnostic anténatal.

Lorsque l'enfant présente une malformation ou une pathologie qui est explicitée aux parents, Sirol décrit l'activation de l'ambivalence maternelle vis-à-vis de son fœtus habituellement refoulée par la mère dans les replis de son inconscient. Cette activation peut faire trauma en accédant à la conscience. Il a appelé cela « la haine pour le fœtus » [22].

Les mouvements de haine de la mère pour le fœtus existent tout au long de la grossesse, mais sont généralement refoulés par la mère, voire annulés par les processus d'idéalisation de l'enfant à naître. La haine pour le fœtus resurgit [21] quand ce dernier vient à manquer à ses « devoirs »,

c'est-à-dire lorsqu'il cesse d'être un objet sur lequel il lui est possible de superposer son enfant imaginaire et un être qui sera capable de remplir son mandat transgénérationnel et de répondre aux attentes maternelles et paternelles.

On observe alors un désinvestissement rapide, voire quasi immédiat du fœtus « imparfait ou malformé », qui peut se traduire par une demande des parents de réaliser l'interruption médicale de grossesse le jour même, car « "le fœtus" n'apparaît plus comme capable d'assurer le mandat transgénérationnel et d'être un partenaire pour ses parents ». Les attitudes du père et de la mère peuvent être différentes, et tous deux peuvent ne pas être au même degré de désinvestissement.

Ce désinvestissement brutal, dans la journée même de l'annonce, peut faire peur lorsque les pulsions hostiles passent dans l'exigence de la femme d'interrompre cette grossesse-là sans délai [22]. Ce désinvestissement engendre la culpabilité de tous. Les auteurs en concluent que ces positions radicales vis-à-vis de la décision d'interruption médicale de grossesse font suite au vécu traumatique des futurs parents lors de l'annonce.

Cependant, le désinvestissement n'est pas forcément définitif, un réinvestissement est possible. Ainsi, les professionnels du diagnostic anténatal, en permettant aux parents de se représenter l'enfant avec sa pathologie après la naissance, en particulier avec l'apport des consultations de pédiatrie en prénatal, peuvent permettre la réactivation de cet investissement.

Mais, « quels que soient les résultats des examens, le doute persistera "comme une sorte de faille psychique à jamais entrouverte" [21], même s'il y a sans conteste une part de réassurance ». Cette suspicion pendant la grossesse entraînera des perturbations dans les relations précoces parents-enfants ou resurgira à la moindre difficulté de l'évolution de l'enfant, un travail psychothérapeutique est alors nécessaire.

## Études cliniques : enquêtes par autoquestionnaires

L'approche psychanalytique a mis en lumière des situations individuelles, chacune singulière, dans lesquelles l'échographie avait eu un impact négatif sur le psychisme. Par définition, cette approche est biaisée par le recrutement des personnes recourant à une prise en charge d'inspiration analytique. Pour répondre à la question de la prévalence des troubles possiblement induits par une échographie, des enquêtes utilisant des échelles d'affects sont nécessaires. Ces études utilisent principalement des autoquestionnaires [23–26]. L'autoquestionnaire le plus utilisé pour mesurer les niveaux d'anxiété est le STAI de Spielberger [27]. Ces études portent sur des femmes enceintes ayant eu une échographie soit rassurante, soit révélant une anomalie fœtale

grave, soit à la conclusion incertaine quant au pronostic de l'enfant.

En 2002, Watson et al. [28] ont comparé à 14 témoins un groupe de 14 femmes enceintes chez qui un signe échographique mineur avait été décelé. Les signes mineurs étaient à chaque fois isolés, et avaient été dépistés à 20 semaines. Il s'agissait de pyélectasie, de foyers hyperéchogènes cardiaques, d'intestin hyperéchogène, de kystes des plexus choroïdes. Une semaine après l'échographie, le score d'anxiété était supérieur à 42/80 chez 8 des 14 futures mères avec signe mineur et chez une seule des femmes enceintes du groupe témoin. À l'élévation des scores d'anxiété s'associait une insatisfaction vis-à-vis des informations reçues et des craintes sur la santé de l'enfant. Fait rassurant, l'anxiété et les craintes vis-à-vis de la santé de l'enfant redevenaient comparables dans les deux groupes un mois après la naissance de l'enfant. Toutefois, même à un mois post-partum, le groupe exposé au diagnostic de signe mineur restait insatisfait des informations reçues.

Petersen et Jahn [23] ont interrogé 344 femmes enceintes à partir d'un échantillon de 360 femmes assistant à des cours de préparation à la naissance. Des entretiens structurés avec notamment un STAI et des questionnaires téléphoniques ont été mis en œuvre lors du premier cours (vers 31 semaines), cinq semaines plus tard (vers 35 semaines) et six semaines post-partum. Lors du premier entretien, 126 femmes (36 %) ont rapporté une suspicion d'anomalie, et 208 femmes (57 %) lors du deuxième entretien. Ces suspicions d'anomalies étaient d'ordre échographique dans 45 % des cas (enfant trop gros, trop petit, position du placenta...). Les autres anomalies étaient cliniques ou biologiques. Seules 16 anomalies étaient des suspicions de malformation, dont 3 ont été confirmées en postnatal. Les scores d'anxiété étaient légèrement, mais significativement plus élevés dans le groupe avec suspicion d'anomalie (38,3) que chez les autres femmes enceintes (35,5). Les anomalies rapportées par les femmes ne correspondaient pas toujours à celles figurant dans les dossiers médicaux. Cette étude conduit les auteurs à conclure que les dépistages cliniques, biologiques et échographiques au cours de la grossesse contribuent à une source d'anxiété, même quand l'anomalie suspectée ne se confirme pas ultérieurement.

L'étude de Kaasen et al. [24] portait sur 180 femmes enceintes ayant une échographie de seconde intention pour anomalie fœtale et 111 témoins avec échographie normale. Le niveau d'anxiété, de dépression et de stress était d'autant plus élevé qu'une anomalie fœtale avait été retrouvée, que cette anomalie était grave ou que le pronostic était ambigu, et que le terme de la grossesse était avancé.

Brisch et al. [29] abordent les stratégies d'adaptation (*coping*) utilisées par les femmes enceintes face au stress généré par les grossesses à risque. Deux types de questionnaires étaient utilisés : un STAI et un questionnaire définis-

sant les différentes modalités d'adaptation (*Bernese Coping Instrument*). Les questionnaires étaient administrés juste avant une échographie au deuxième trimestre de la grossesse indiquée soit pour évaluation d'une malformation, soit dans le cadre d'un dépistage finalement rassurant, puis quatre-cinq semaines et huit-dix semaines après. Une analyse de sous-groupe comparait l'anxiété et les stratégies d'adaptation chez les femmes avec anomalies échographiques, et chez les femmes à échographie normale, en contrôlant les facteurs de risque préexistants à l'échographie. En présence d'une anomalie fœtale détectée à l'échographie ( $n = 96$ ), le score d'anxiété moyen était significativement plus élevé aux trois temps de l'étude (respectivement 54, 43, 41) que chez les 572 femmes sans anomalie (respectivement 44, 38, 37). En présence d'une anomalie fœtale, les femmes tendaient à utiliser davantage une stratégie d'adaptation dite « de distance et d'attitude émotionnelle positive » et recouraient moins à une stratégie dite « active » que les femmes sans malformation fœtale.

## Études par évaluation clinique directe

Cette approche permet une approche semi-quantitative qui explore des aspects qualitatifs tout en restant objective. Elle n'est pas adaptée aux grands échantillons, mais présente l'avantage d'être plus spécifique que les autoquestionnaires et de permettre de dégager des pistes psychopathologiques. Ces entretiens concernent généralement la mère, mais aussi parfois le père et le couple ensemble.

Ainsi, Watson et al. (2002) [28] utilisent des entretiens téléphoniques au cours du suivi de grossesse pour une comparaison entre deux groupes ( $n = 28$ ), avec signes mineurs et témoins. L'enregistrement audio des échographies est réalisé et corrélé au niveau d'anxiété. Il pointe la question de l'annonce et de l'information délivrée lors de celles-ci. Une information rassurante lors de l'annonce permet ainsi de diminuer le niveau d'anxiété évalué par entretien téléphonique auprès de la mère sur trois temps. Ainsi, une information rassurante de type « votre enfant ira probablement bien » au cours de l'échographie diminue l'impact du signe mineur sur l'anxiété.

Larsson et al. (2009) [26] effectuent des entretiens en question ouverte analysés par la théorie ancrée ou *grounded theory*. Cette méthode recherche dans le discours les catégories qui ressortent le plus fréquemment afin de dégager une théorie. Neuf couples et une femme seule sont interviewés après diagnostic échographique de kystes des plexus choroïdes. La dimension principale émergeant du discours des parents est un besoin important d'information jugée insuffisante lors de l'échographie. Par ailleurs, s'ils ressentent un manque d'information, les parents déclarent chercher ailleurs l'information notamment sur Internet. La période de

décalage entre l'annonce et la consultation suivante est aussi pointée comme fortement anxiogène. Les autres dimensions relevées dans le discours concernent l'effroi et la confusion ressentie, la nécessité de l'évaluation des risques et du choix à prendre, l'importance du réconfort et de la reprise de contrôle de la situation.

Dans notre expérience [19,20], les entretiens semi-structurés utilisés ont relevé un décalage entre le silence de l'échographie et l'intensité du discours maternel. Le délai entre l'annonce échographique et les résultats rassurants était rapporté comme douloureux et concomitant d'une suspension des investissements vis-à-vis de l'enfant. Il existait plusieurs niveaux de décalage : le décalage entre le regard médical qui examine le fœtus, comme un organe potentiellement malade, et le regard du parent qui voit son futur enfant et déjà une personne en devenir ; le décalage entre la position passive de la femme enceinte et la position active de l'échographe, celui-ci explorant l'intérieur du corps de la femme sous le regard des parents ; et un décalage fondamental sur la nature de cette image échographique, reconstruite à partir de données indirectes, qui, avec les avancées technologiques, donne une impression de « voir » l'enfant dans le ventre de sa mère. L'échographe habitué à cette reconstruction sait remettre dans son contexte ces perceptions, mais cette gymnastique de la pensée est plus difficile à réaliser pour les couples, pris par leurs émotions et ayant moins de connaissances sur le mode de construction de ces images. Nous avons également noté des différences dans les représentations de leur fœtus entre un groupe de témoin et des femmes chez qui un signe échographique mineur avait été décelé. Enfin, les échelles d'anxiété et de dépression mesurées lors des entretiens révélaient que dans le groupe exposé, 43 % des femmes présentaient un état anxieux au troisième trimestre de la grossesse, 33 % en postnatal immédiat et 61 % à un mois post-partum contre respectivement 11, 5 et 11 % chez les témoins. De même, le taux de dépression du post-partum était de 30 % chez les femmes exposées contre 5 % chez les témoins.

Peu d'études réalisent des entretiens auprès des professionnels eux-mêmes. Une étude de Moutard et al. [30] est fondée sur des entretiens avec sept professionnels spécialisés en diagnostic prénatal, qui déclarent que l'incertitude des médecins et l'ambiguïté de la réponse donnée aux parents seraient selon eux un facteur d'anxiété chez les futures mères. L'étude suggère que dans les situations de doute diagnostique, le recours au deuxième avis d'un référent pédiatre impliqué dans le suivi d'enfants porteurs de la malformation serait de nature à améliorer la qualité de l'information des parents dans les situations où le pronostic est difficile à établir. On peut émettre l'hypothèse que l'expérience du pédiatre permettrait de réincarner l'enfant aux yeux des parents, ce qui leur permettrait de reprendre la dynamique représentationnelle suspendue par l'annonce du diagnostic.

## Approche objective de la relation mère–enfant et lien avec les mesures d'anxiété et du style représentationnel

D'autres recherches ont exploré les événements prénataux et leur influence sur les interactions précoces mère–enfant en utilisant à la fois des méthodes d'entretiens semi-quantitatifs et l'observation objective des interactions. Dans une étude de ce type [20], les interactions mère–enfant ont été mesurées par des films effectués en suites de couches à la maternité et deux mois après le retour à la maison. Il s'agissait de séquences de nourrissage de l'enfant chez 18 témoins et 19 femmes chez qui un signe mineur avait été diagnostiqué à l'échographie (pyélectasie, intestin hyperéchogène, kyste des plexus choroïdes, ventriculomégalie modérée, nuque épaisse à caryotype normal). Les films étaient cotés en aveugle par des professionnels ignorant le groupe d'appartenance de chaque dyade mère–enfant.

Les interactions dans le groupe exposé au diagnostic prénatal d'un signe mineur étaient caractérisées par : une plus faible sensibilité maternelle (capacités à reconnaître et réagir aux signaux de l'enfant), moins d'affects positifs mère–enfant exprimés, une plus grande intrusivité (forçage, etc.), une plus faible fluidité dans la dyade, des relations tendues dans la dyade et un évitement de l'interaction par l'enfant. Ces différences s'accroissaient aux deux mois de l'enfant.

Ces observations sont en cohérence avec l'analyse des entretiens semi-structurés qui mettaient en évidence un décalage entre les attentes des parents et les objectifs des professionnels lors de l'examen, à la source de quiproquos et de malaises, une altération des représentations maternelles et des signes d'anxiété et de dépression.

Les analyses multivariées de cette étude montraient que le style représentationnel et le niveau de dépression au troisième trimestre étaient corrélés au style interactif à la naissance et aux deux mois de l'enfant.

## Discussion

Les différentes approches de l'impact psychique de la découverte d'une anomalie fœtale à l'échographie mettent en lumière les grandes lignes suivantes : la révélation d'une anomalie échographique fœtale entraîne une élévation significative de l'anxiété maternelle, d'autant plus grande que l'anomalie est grave, que le pronostic est incertain, que le diagnostic est tardif et qu'il existe un déficit d'information. Ces troubles anxieux peuvent persister en post-partum. Ils s'accompagnent de traits dépressifs. Les représentations que se font les mères de leur enfant sont altérées. Le comportement des mères et leur interaction avec le nouveau-né sont modifiés, et ces modifications persistent à deux mois.

Ces observations sont compatibles avec la théorie psychanalytique qui suppose une continuité entre la maturation des représentations prénatales et la qualité de l'interaction mère-enfant postnatale dont on connaît l'impact sur le développement ultérieur de l'enfant [6,12,31].

Les représentations que les femmes enceintes se font de leur futur enfant se construisent tout au long de la grossesse et sont alimentées aussi bien par leur passé, leur couple, des éléments transgénérationnels, etc. auxquels viennent s'ajouter les éléments médicaux apportés par le diagnostic prénatal. Ces représentations servent de base aux relations que les mères tissent avec leur fœtus puis avec leur nourrisson. Elles peuvent être en décalage avec les représentations de leur conjoint, qui effectue un travail psychique en parallèle.

Le clinicien a lui-même ses propres représentations de la pathologie, de la parentalité et de son statut lors de l'échographie et du futur enfant. Il est important qu'il puisse en avoir conscience et assumer sa position par rapport aux familles, afin de ne pas se laisser déborder par ses propres émotions lors d'une annonce délicate ou difficile.

Lors de l'annonce d'une anomalie, même mineure, les mots prononcés ou l'attitude de l'échographiste se fixent avec une grande intensité sur le plan mnésique pour les parents. Ce phénomène est difficile à gérer pour le professionnel. Cette trace mnésique intense peut être due à l'intensité émotionnelle de ce moment, qui fait trauma et empêche les parents d'entendre ensuite les propos explicatifs du professionnel.

Plusieurs hypothèses peuvent être proposées pour expliquer ce phénomène traumatique. Par exemple, l'annonce réveille chez la mère les fantasmes d'infanticide habituels, mais refoulés pendant la grossesse [32]. Elle peut remettre en cause ses capacités maternelles à faire grandir en elle un enfant « en bonne santé ». Lors d'une anomalie avérée, ces phénomènes sont également présents [33] et des stratégies d'accompagnement ont été développées afin de permettre aux parents de mieux se représenter le devenir de leur enfant, en particulier au cours des consultations pédiatriques prénatales [30].

L'anxiété observée après l'annonce de l'anomalie échographique est un mode de défense physiologique, qui permet de mobiliser les capacités d'adaptation des parents. Le dépassement de ces capacités d'adaptation entraîne une angoisse dite pathologique, voire une décompensation dépressive. Cette anxiété pathologique, les modifications des représentations et les symptômes dépressifs associés peuvent expliquer les modifications des interactions mère-enfant et leur persistance après la naissance. Compte tenu de la complexité des phénomènes, leur approche clinique et scientifique devrait prendre en compte non seulement les réponses émotionnelles (anxiété, dépression), mais aussi l'analyse des représentations et les modalités d'interaction.

On ignore l'impact réel à long terme de ces signes mineurs sur la santé psychique des enfants et leur relation avec leurs parents. On ignore également quels sont les mécanismes d'adaptation et de résilience mis en jeu par les mères, les pères et les enfants. Le repérage de ces facteurs permettrait de mieux accompagner les familles les plus à risque. Compte tenu de la fréquence des particularités échographiques ou cliniques découvertes lors du dépistage prénatal, qui peut concerner jusqu'à 20 % des femmes enceintes sans facteurs de risque, les données convergentes sur l'impact négatif de l'annonce d'un signe mineur doivent amener les professionnels à des mesures de prudence.

Une première piste d'amélioration pourrait consister à diminuer l'ambiguïté de l'information délivrée aux patientes et à éviter les avis contradictoires en établissant des consensus sur les conduites à tenir en cas d'anomalies mineures morphologiques ou d'anomalies biométriques. Par exemple, quand il n'existe pas de référentiel national, la valeur diagnostique donnée à chaque signe mineur pourrait être déterminée dans le cadre d'un travail en réseau, même si cela comporte une part d'arbitraire.

Une autre piste consisterait à lever l'ambiguïté sur les objectifs et les limites de l'examen échographique par une information claire et compréhensible avant même la réalisation du dépistage.

Il est possible que la pratique du consentement écrit avant dépistage échographique contribue à la qualité de l'information. Cependant, il est bien établi que l'usage d'un consentement écrit ne suffit pas à lui seul à garantir une information de qualité [34].

La formation à l'annonce devrait être promue pour les professionnels du diagnostic prénatal, échographistes, sages-femmes et obstétriciens. Cette formation pourrait notamment comporter des jeux de rôle qui permettent aux professionnels d'effectuer un travail sur leurs propres représentations des pathologies, sur leurs stratégies d'interactions avec les patients et sur l'évolution des représentations parentales pendant la grossesse. Ces formations contribueraient à alerter les professionnels de la périnatalité sur l'impact d'un diagnostic qu'ils considèrent pourtant comme rassurant.

## Conclusion

Malgré son aspect non invasif au plan somatique, le dépistage anténatal échographique peut avoir des effets psychiques négatifs, aujourd'hui bien documentés. Des stratégies de prévention pourraient être mises en œuvre et évaluées, notamment l'information des familles sur les enjeux de l'échographie et la formation des professionnels aux situations d'annonce. Des études ultérieures seraient nécessaires pour déterminer parmi les femmes enceintes exposées à ces

anomalies mineures, lesquelles bénéficieraient le mieux d'une prise en charge périnatale adaptée.

**Remerciements** Les auteurs remercient les parents et les enfants ayant participé aux recherches sur le dépistage échographique, la Fondation Mustela qui a soutenu la recherche sur les anomalies mineures à l'échographie, les Drs Rabain et Aidane et l'équipe de l'unité petite enfance et parentalité de La-Pitié-Salpêtrière qui ont analysé les vidéos d'interactions dyadiques, les Drs Vauthier-Brouzes, Choukroun, Vibert-Guigues, Mme Philippon et l'équipe de gynécologie-obstétrique et de néonatalogie de l'hôpital de La-Pitié-Salpêtrière qui ont contribué au recrutement des patients.

**Conflit d'intérêt** : les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt.

## Références

- Smith-Bindman R, Chu P, Goldberg JD (2007) Second trimester prenatal ultrasound for the detection of pregnancies at increased risk of Down syndrome. *Prenat Diagn* 27:535–44
- Smith-Bindman R, Hosmer W, Feldstein VA, et al (2001) Second-trimester ultrasound to detect fetuses with Down syndrome: a meta-analysis. *JAMA* 285:1044–55
- Teissedre F, Chabrol H (2004) A study of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) on 859 mothers: detection of mothers at risk for postpartum depression. *Encephale* 30:376–81
- Freud S (1919) *L'inquiétante étrangeté*. Gallimard, Paris
- Ammaniti M (1991) Maternal representations during pregnancy and early mother-infant interactions. *Psychiatr Infant* 34:341–58
- Field T, Diego M, Hernandez-Reif M, et al (2003) Pregnancy anxiety and comorbid depression and anger: effects on the fetus and neonate. *Depress Anxiety* 17:140–51
- Missonnier S, Golse B, Soulé MD (2004) *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*. PUF, Paris
- Bion WR (2003) *Aux sources de l'expérience*. PUF, Paris
- Cupa D, Valdes L, Abadie I, et al (1992) Bébé imaginé et interactions précoces. *Devenir* 4:47–60
- Raphael-Leff J (1993) *Pregnancy. The inside story*. Sheldon Press, London
- Ammaniti M (1991) Maternal representations during pregnancy and early mother-infant interactions. *Psychiatr Infant* 34:341–58
- Fonagy P, Steele H, Steele M (1991) Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Dev* 62:891–905
- Mazet P, Stoleru S (2003) *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant, Développement et interactions précoces*. Masson, Paris
- Soulé M, Gourand L, Missonnier S, Soubieux MJ (1999) *Écouter... l'échographie de la grossesse*. Erès, Paris
- Gourand L (2006) *L'arrêt du mirage ? L'échographie prénatale avant et après l'arrêt Perruche*. In: Missonnier S, Golse B, Soulé M, La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité. PUF, Paris
- Sedgmen B, McMahon C, Cairns D, et al (2006) The impact of two-dimensional versus three-dimensional ultrasound exposure on maternal-fetal attachment and maternal health behavior in pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol* 27:245–51
- Rustico MA, Mastromatteo C, Grigio M, et al (2005) Two-dimensional vs. two- plus four-dimensional ultrasound in pregnancy and the effect on maternal emotional status: a randomized study. *Ultrasound Obstet Gynecol* 25:468–72
- Camara NA, Pommier F (2013) *Le rêve : paradigme de l'ambivalence du désir d'enfant...et de la rencontre interculturelle*. ERES 87:203–20
- Viaux-Savelon S, Rosenblum O, Mazet P, et al (2007) La surveillance échographique prénatale des grossesses à suspicion de malformation : étude du retentissement sur les représentations maternelles. *Neuropsychiatr Enf Adolesc* 55:413–23
- Viaux-Savelon S, Dommergues M, Rosenblum O, et al (2012) Prenatal ultrasound screening: false positive soft markers may alter maternal representations and mother-infant interaction. *PLoS One* 7:e30935
- Soubieux MJ, Soulé M (2005) *La psychiatrie fœtale*. PUF, Paris
- Sirou F (1999) Le diagnostic anténatal, un nouvel indice prédictif de la dépression maternelle. *Neuropsychiatr Enf Adolesc* 47:17–21
- Petersen J, Jahn A (2008) Suspicious findings in antenatal care and their implications from the mothers' perspective: a prospective study in Germany. *Birth* 35:41–9
- Kaasen A, Helbig A, Malt UF, et al (2010) Acute maternal social dysfunction, health perception and psychological distress after ultrasonographic detection of a fetal structural anomaly. *BJOG* 117:1127–38
- Watson M, Hall S, Langford K, Marteau T (2002) Psychological impact of the detection of soft markers on routine ultrasound scanning: a pilot study investigating the modifying role of information. *Prenat Diagn* 22:569–75
- Larsson A, Svalenius E, Marsal K, Dykes A (2009) Parental level of anxiety, sense of coherence and state of mind when choroid plexus cysts have been identified at a routine ultrasound examination in the second trimester of pregnancy: a case control study. *J Psychosom Obstet Gynecol* 30:95–100
- Marteau TM, Bekker H (1992) The development of a six-item short-form of the state scale of the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI). *Br J Clin Psychol* 31:301–6
- Watson MS, Hall S, Langford K, Marteau TM (2002) Psychological impact of the detection of soft markers on routine ultrasound scanning: a pilot study investigating the modifying role of information. *Prenat Diagn* 22:569–75
- Brisch KH, Munz D, Bemmerer-Mayer K, et al (2003) Coping styles of pregnant women after prenatal ultrasound screening for fetal malformation. *J Psychosom Res* 55:91–7
- Moutard ML, Fauriel I, Moutel G, et al (2004) Parent's information and prenatal diagnosis of cerebral malformation with an uncertain prognosis. *Arch Pediatr* 11:423–8
- Diego Miguel A, Field T, Hernandez-Reif M (2005) Prepartum, postpartum and chronic depression effects on neonatal behavior. *Infant Behavior & Development* 28:155–64
- Sirou F (2003) ... et la haine alors ? *Spirale* 28:155–64
- Fonseca A, Nazare B, Canavaro MC (2013) Clinical determinants of parents' emotional reactions to the disclosure of a diagnosis of congenital anomaly. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 42:178–90
- Favre R, Duchange N, Vayssiere C, et al (2007) How important is consent in maternal serum screening for Down syndrome in France? Information and consent evaluation in maternal serum screening for Down syndrome: a French study. *Prenat Diagn* 27:197–205