

*La décision
en médecine fœtale*

Extrait de la publication

*La décision
en médecine fœtale*

Extrait de la publication

*La décision
en médecine fœtale*

Extrait de la publication

Collection Mille et un bébés

dirigée par Patrick Ben Soussan

Des bébés en mouvements, des bébés naissant à la pensée, des bébés bien portés, bien-portants, compétents, des bébés malades, des bébés handicapés, des bébés morts, remplacés, des bébés violents, agressés, exilés, des bébés observés, des bébés d'ici ou d'ailleurs, carencés ou éveillés culturellement, des bébés placés, abandonnés, adoptés ou avec d'autres bébés, des bébés et leurs parents, les parents de leurs parents, dans tous ces liens transgénérationnels qui se tissent, des bébés et leur fratrie, des bébés imaginaires aux bébés merveilleux...

Voici les mille et un bébés que nous vous invitons à retrouver dans les ouvrages de cette collection, tout entière consacrée au bébé, dans sa famille et ses différents lieux d'accueil et de soins. Une collection ouverte à toutes les disciplines et à tous les courants de pensée, constituée de petits livres – dans leur pagination, leur taille et leur prix – qui ont de grandes ambitions : celle en tout cas de proposer des textes d'auteurs, reconnus ou à découvrir, écrits dans un langage clair et partageable, qui nous diront, à leur façon, singulière, ce monde magique et déroutant de la petite enfance et leur rencontre, unique, avec les tout-petits.

Mille et un bébés pour une collection qui, nous l'espérons, vous donnera envie de penser, de rêver, de chercher, de comprendre, d'aimer.

Retrouvez tous les titres parus sur
www.editions-eres.com

Collection Mille et un bébés

dirigée par Patrick Ben Soussan

Des bébés en mouvements, des bébés naissant à la pensée, des bébés bien portés, bien-portants, compétents, des bébés malades, des bébés handicapés, des bébés morts, remplacés, des bébés violents, agressés, exilés, des bébés observés, des bébés d'ici ou d'ailleurs, carencés ou éveillés culturellement, des bébés placés, abandonnés, adoptés ou avec d'autres bébés, des bébés et leurs parents, les parents de leurs parents, dans tous ces liens transgénérationnels qui se tissent, des bébés et leur fratrie, des bébés imaginaires aux bébés merveilleux...

Voici les mille et un bébés que nous vous invitons à retrouver dans les ouvrages de cette collection, tout entière consacrée au bébé, dans sa famille et ses différents lieux d'accueil et de soins. Une collection ouverte à toutes les disciplines et à tous les courants de pensée, constituée de petits livres – dans leur pagination, leur taille et leur prix – qui ont de grandes ambitions : celle en tout cas de proposer des textes d'auteurs, reconnus ou à découvrir, écrits dans un langage clair et partageable, qui nous diront, à leur façon, singulière, ce monde magique et déroutant de la petite enfance et leur rencontre, unique, avec les tout-petits.

Mille et un bébés pour une collection qui, nous l'espérons, vous donnera envie de penser, de rêver, de chercher, de comprendre, d'aimer.

Retrouvez tous les titres parus sur

www.editions-eres.com

Collection Mille et un bébés

dirigée par Patrick Ben Soussan

Des bébés en mouvements, des bébés naissant à la pensée, des bébés bien portés, bien-portants, compétents, des bébés malades, des bébés handicapés, des bébés morts, remplacés, des bébés violents, agressés, exilés, des bébés observés, des bébés d'ici ou d'ailleurs, carencés ou éveillés culturellement, des bébés placés, abandonnés, adoptés ou avec d'autres bébés, des bébés et leurs parents, les parents de leurs parents, dans tous ces liens transgénérationnels qui se tissent, des bébés et leur fratrie, des bébés imaginaires aux bébés merveilleux...

Voici les mille et un bébés que nous vous invitons à retrouver dans les ouvrages de cette collection, tout entière consacrée au bébé, dans sa famille et ses différents lieux d'accueil et de soins. Une collection ouverte à toutes les disciplines et à tous les courants de pensée, constituée de petits livres – dans leur pagination, leur taille et leur prix – qui ont de grandes ambitions : celle en tout cas de proposer des textes d'auteurs, reconnus ou à découvrir, écrits dans un langage clair et partageable, qui nous diront, à leur façon, singulière, ce monde magique et déroutant de la petite enfance et leur rencontre, unique, avec les tout-petits.

Mille et un bébés pour une collection qui, nous l'espérons, vous donnera envie de penser, de rêver, de chercher, de comprendre, d'aimer.

Retrouvez tous les titres parus sur

www.editions-eres.com

La décision en médecine fœtale

François Sirol

Mille et un bébés

AVANT LA NAISSANCE

érès
Extrait de la publication

La décision en médecine fœtale

François Sirol

Mille et un bébés

AVANT LA NAISSANCE

érès
Extrait de la publication

La décision en médecine fœtale

François Sirol

Mille et un bébés

AVANT LA NAISSANCE

érès
Extrait de la publication

Ma gratitude et ma reconnaissance s'adressent à toutes les femmes enceintes de fœtus malades et nés sans vie que j'ai rencontrées. Puissent nos entretiens les avoir aidées dans cette dure épreuve de la réalité autant qu'ils m'ont apporté. Partageant leur douleur et la violence des situations, inclus dans la catastrophe qu'elles vivaient, elles m'ont ému, parfois aux larmes que ma fonction m'imposait de cacher. Elles sont à l'origine de mes idées nouvelles sur le rôle que joue le fœtus au cours de la grossesse. Qu'elles en soient affectueusement remerciées.

Version PDF © Éditions érès 2012
ME - ISBNPDF : 978-2-7492-1920-2
Première édition © Éditions Érès 2002
33 avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse
www.editions-eres.com

Ma gratitude et ma reconnaissance s'adressent à toutes les femmes enceintes de fœtus malades et nés sans vie que j'ai rencontrées. Puissent nos entretiens les avoir aidées dans cette dure épreuve de la réalité autant qu'ils m'ont apporté. Partageant leur douleur et la violence des situations, inclus dans la catastrophe qu'elles vivaient, elles m'ont ému, parfois aux larmes que ma fonction m'imposait de cacher. Elles sont à l'origine de mes idées nouvelles sur le rôle que joue le fœtus au cours de la grossesse. Qu'elles en soient affectueusement remerciées.

Version PDF © Éditions érès 2012
ME - ISBNPDF : 978-2-7492-1920-2
Première édition © Éditions Érès 2002
33 avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse
www.editions-eres.com

Ma gratitude et ma reconnaissance s'adressent à toutes les femmes enceintes de fœtus malades et nés sans vie que j'ai rencontrées. Puissent nos entretiens les avoir aidées dans cette dure épreuve de la réalité autant qu'ils m'ont apporté. Partageant leur douleur et la violence des situations, inclus dans la catastrophe qu'elles vivaient, elles m'ont ému, parfois aux larmes que ma fonction m'imposait de cacher. Elles sont à l'origine de mes idées nouvelles sur le rôle que joue le fœtus au cours de la grossesse. Qu'elles en soient affectueusement remerciées.

Version PDF © Éditions érès 2012
ME - ISBNPDF : 978-2-7492-1920-2
Première édition © Éditions Érès 2002
33 avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse
www.editions-eres.com

Table des matières

INTRODUCTION	9
MÉDECINE FŒTALE ET LÉGISLATION	17
MÉDECINE FŒTALE ET SOCIÉTÉ	23
LES ENJEUX DANS LA DÉCISION.....	31
Faire vite et savoir prendre le temps :	
un paradoxe pour décider	32
L'échographie en diagnostic anténatal	35
Les effets de l'annonce.....	44
Le futur père	50
LA CULPABILITÉ EN MÉDECINE FŒTALE.....	57
Évolution des idées	57
Fragments d'histoires cliniques	61
LA HAINE POUR LE FŒTUS	71
Le concept de haine pour le fœtus.....	71
Résister à penser la haine pour le fœtus	74
Les fantasmes inconscients concernant le ventre maternel	76
L'échographie est une réalisation de ces fantasmes ..	79
La haine ordinaire qu'une femme enceinte peut éprouver pour son fœtus	81
Le fœtus : un opérateur symbolique	86

Table des matières

INTRODUCTION	9
MÉDECINE FŒTALE ET LÉGISLATION	17
MÉDECINE FŒTALE ET SOCIÉTÉ	23
LES ENJEUX DANS LA DÉCISION.....	31
Faire vite et savoir prendre le temps :	
un paradoxe pour décider	32
L'échographie en diagnostic anténatal	35
Les effets de l'annonce.....	44
Le futur père	50
LA CULPABILITÉ EN MÉDECINE FŒTALE.....	57
Évolution des idées	57
Fragments d'histoires cliniques	61
LA HAINE POUR LE FŒTUS	71
Le concept de haine pour le fœtus.....	71
Résister à penser la haine pour le fœtus	74
Les fantasmes inconscients concernant le ventre maternel	76
L'échographie est une réalisation de ces fantasmes ..	79
La haine ordinaire qu'une femme enceinte peut éprouver pour son fœtus	81
Le fœtus : un opérateur symbolique	86

Table des matières

INTRODUCTION	9
MÉDECINE FŒTALE ET LÉGISLATION	17
MÉDECINE FŒTALE ET SOCIÉTÉ	23
LES ENJEUX DANS LA DÉCISION.....	31
Faire vite et savoir prendre le temps :	
un paradoxe pour décider	32
L'échographie en diagnostic anténatal	35
Les effets de l'annonce.....	44
Le futur père	50
LA CULPABILITÉ EN MÉDECINE FŒTALE.....	57
Évolution des idées	57
Fragments d'histoires cliniques	61
LA HAINE POUR LE FŒTUS	71
Le concept de haine pour le fœtus.....	71
Résister à penser la haine pour le fœtus	74
Les fantasmes inconscients concernant le ventre maternel	76
L'échographie est une réalisation de ces fantasmes ..	79
La haine ordinaire qu'une femme enceinte peut éprouver pour son fœtus	81
Le fœtus : un opérateur symbolique	86

LE DEUIL EN ANTÉNATAL :	
UN TRAVAIL PSYCHIQUE DE RÉCONCILIATION	91
Le rôle de facteurs liés au fœtus	95
Un travail psychique de réconciliation	97
L'idéalisation du fœtus	100
La non-reconnaissance de la capacité à devenir mère	102
LE RÔLE DU PSYCHIATRE EN MÉDECINE FŒTALE	107
Le soutien de l'équipe médicale et technique	108
Les interventions auprès de la femme et du couple	110
L'organisation des liens autour	
d'une naissance redoutée	126
ÉPILOGUE	
L'intérêt de la médecine fœtale	
dans la psychopathologie de l'enfant	131
BIBLIOGRAPHIE	136

LE DEUIL EN ANTÉNATAL :	
UN TRAVAIL PSYCHIQUE DE RÉCONCILIATION	91
Le rôle de facteurs liés au fœtus	95
Un travail psychique de réconciliation	97
L'idéalisation du fœtus	100
La non-reconnaissance de la capacité à devenir mère	102
LE RÔLE DU PSYCHIATRE EN MÉDECINE FŒTALE	107
Le soutien de l'équipe médicale et technique	108
Les interventions auprès de la femme et du couple	110
L'organisation des liens autour	
d'une naissance redoutée	126
ÉPILOGUE	
L'intérêt de la médecine fœtale	
dans la psychopathologie de l'enfant	131
BIBLIOGRAPHIE	136

LE DEUIL EN ANTÉNATAL :	
UN TRAVAIL PSYCHIQUE DE RÉCONCILIATION	91
Le rôle de facteurs liés au fœtus	95
Un travail psychique de réconciliation	97
L'idéalisation du fœtus	100
La non-reconnaissance de la capacité à devenir mère	102
LE RÔLE DU PSYCHIATRE EN MÉDECINE FŒTALE	107
Le soutien de l'équipe médicale et technique	108
Les interventions auprès de la femme et du couple	110
L'organisation des liens autour	
d'une naissance redoutée	126
ÉPILOGUE	
L'intérêt de la médecine fœtale	
dans la psychopathologie de l'enfant	131
BIBLIOGRAPHIE	136

« Objet de haine pour les dieux, il errait tout seul
sur la plaine d'Alcion, le cœur dévoré de chagrin,
évitant les traces des hommes. »

L'Iliade, VI, 200-203.

« ... Bientôt de Jezabel la fille meurtrière,
Instruite que Joas voit encor la lumière,
Dans l'horreur du tombeau viendra le replonger.
Déjà sans le connaître elle veut l'égorger.
Prêtres saints, c'est à vous de prévenir sa rage. »
J. Racine, 1691 [*Athalie*, acte IV, sc. III (Joad)].

« Objet de haine pour les dieux, il errait tout seul
sur la plaine d'Alcion, le cœur dévoré de chagrin,
évitant les traces des hommes. »

L'Iliade, VI, 200-203.

« ... Bientôt de Jezabel la fille meurtrière,
Instruite que Joas voit encor la lumière,
Dans l'horreur du tombeau viendra le replonger.
Déjà sans le connaître elle veut l'égorger.
Prêtres saints, c'est à vous de prévenir sa rage. »
J. Racine, 1691 [*Athalie*, acte IV, sc. III (Joad)].

« Objet de haine pour les dieux, il errait tout seul
sur la plaine d'Alcion, le cœur dévoré de chagrin,
évitant les traces des hommes. »

L'Iliade, VI, 200-203.

« ... Bientôt de Jezabel la fille meurtrière,
Instruite que Joas voit encor la lumière,
Dans l'horreur du tombeau viendra le replonger.
Déjà sans le connaître elle veut l'égorger.
Prêtres saints, c'est à vous de prévenir sa rage. »
J. Racine, 1691 [*Athalie*, acte IV, sc. III (Joad)].

Introduction

En 1988, quelques gynécologues obstétriciens confrontés au diagnostic anténatal ont créé des services hospitaliers attribués exclusivement au fœtus. Ces services ont été reconnus par l'État en 1995. Dans le même temps, ils se sont entourés d'une équipe pluridisciplinaire et une nouvelle spécialité s'est construite : *la médecine fœtale*, d'une extrême difficulté technique et lourde de responsabilités. Le fœtus hospitalisé dans le ventre de sa mère devient un patient qui existe avant la naissance et peut mourir avant de naître. Le concept de maternité prend un sens nouveau avec les progrès du diagnostic et les traitements *in utero*. L'échographie fait exister la grossesse bien plus tôt qu'il y a vingt ans. La future mère s'inquiète maintenant pour elle-même et se découvre responsable de son fœtus. Elle participe aux tests et aux traitements qui, pour la première fois, impliquent un risque pour elle. Les angoisses qu'elle éprouvait en fin de grossesse sont désormais vécues au début, augmentées de celles liées aux

Introduction

En 1988, quelques gynécologues obstétriciens confrontés au diagnostic anténatal ont créé des services hospitaliers attribués exclusivement au fœtus. Ces services ont été reconnus par l'État en 1995. Dans le même temps, ils se sont entourés d'une équipe pluridisciplinaire et une nouvelle spécialité s'est construite : *la médecine fœtale*, d'une extrême difficulté technique et lourde de responsabilités. Le fœtus hospitalisé dans le ventre de sa mère devient un patient qui existe avant la naissance et peut mourir avant de naître. Le concept de maternité prend un sens nouveau avec les progrès du diagnostic et les traitements *in utero*. L'échographie fait exister la grossesse bien plus tôt qu'il y a vingt ans. La future mère s'inquiète maintenant pour elle-même et se découvre responsable de son fœtus. Elle participe aux tests et aux traitements qui, pour la première fois, impliquent un risque pour elle. Les angoisses qu'elle éprouvait en fin de grossesse sont désormais vécues au début, augmentées de celles liées aux

Introduction

En 1988, quelques gynécologues obstétriciens confrontés au diagnostic anténatal ont créé des services hospitaliers attribués exclusivement au fœtus. Ces services ont été reconnus par l'État en 1995. Dans le même temps, ils se sont entourés d'une équipe pluridisciplinaire et une nouvelle spécialité s'est construite : *la médecine fœtale*, d'une extrême difficulté technique et lourde de responsabilités. Le fœtus hospitalisé dans le ventre de sa mère devient un patient qui existe avant la naissance et peut mourir avant de naître. Le concept de maternité prend un sens nouveau avec les progrès du diagnostic et les traitements *in utero*. L'échographie fait exister la grossesse bien plus tôt qu'il y a vingt ans. La future mère s'inquiète maintenant pour elle-même et se découvre responsable de son fœtus. Elle participe aux tests et aux traitements qui, pour la première fois, impliquent un risque pour elle. Les angoisses qu'elle éprouvait en fin de grossesse sont désormais vécues au début, augmentées de celles liées aux

consultations, aux examens, à l'attente de leurs résultats et à l'indécision du diagnostic et du pronostic. L'incroyable intensité émotionnelle que provoquent la découverte à l'échographie morphologique d'une malformation du fœtus et son annonce, les conséquences psychologiques que la décision entraîne sur la future mère et le futur père, sur l'enfant aîné du couple, sur les futurs grands-parents et sur l'équipe technique et médicale, confrontent chacun, médecin et famille, ici plus qu'ailleurs, à la réalité médicale dans sa double dimension : technique et psychologique.

Dans de tels services où l'anormal est le normal, la présence d'un psychiatre, spécialiste de la psychodynamique et de la psychopathologie du très jeune enfant, a permis de considérer ce lourd fardeau affectif comme un axe de réflexions et de recherches cliniques dans un domaine qui lui était inconnu : *les grossesses à hauts risques pour raisons fœtales*. Les particularités psychologiques observées ont amené à construire une clinique nouvelle : *la psychiatrie en médecine fœtale*. Cette psychiatrie spécifique et ciblée confronte douloureusement le psychiatre à l'intensité des réactions dans un contexte de catastrophe auquel il ne peut échapper et à la violence de situations incontournables dans lesquelles il est inclus. Elle confronte également à l'incertitude qui vient tout compliquer et au malaise dans la compassion du médecin que la culpabilité peut entretenir. Cette clinique éprouvante reconnaît une symptomatologie inhabituelle en dehors des situations purement psychiatriques de maladies mentales pouvant exister avant la grossesse : la femme s'inquiète pour elle-même alors que le fœtus qu'elle porte est malade ; imprévus prévisibles qui actua-

consultations, aux examens, à l'attente de leurs résultats et à l'indécision du diagnostic et du pronostic. L'incroyable intensité émotionnelle que provoquent la découverte à l'échographie morphologique d'une malformation du fœtus et son annonce, les conséquences psychologiques que la décision entraîne sur la future mère et le futur père, sur l'enfant aîné du couple, sur les futurs grands-parents et sur l'équipe technique et médicale, confrontent chacun, médecin et famille, ici plus qu'ailleurs, à la réalité médicale dans sa double dimension : technique et psychologique.

Dans de tels services où l'anormal est le normal, la présence d'un psychiatre, spécialiste de la psychodynamique et de la psychopathologie du très jeune enfant, a permis de considérer ce lourd fardeau affectif comme un axe de réflexions et de recherches cliniques dans un domaine qui lui était inconnu : *les grossesses à hauts risques pour raisons fœtales*. Les particularités psychologiques observées ont amené à construire une clinique nouvelle : *la psychiatrie en médecine fœtale*. Cette psychiatrie spécifique et ciblée confronte douloureusement le psychiatre à l'intensité des réactions dans un contexte de catastrophe auquel il ne peut échapper et à la violence de situations incontournables dans lesquelles il est inclus. Elle confronte également à l'incertitude qui vient tout compliquer et au malaise dans la compassion du médecin que la culpabilité peut entretenir. Cette clinique éprouvante reconnaît une symptomatologie inhabituelle en dehors des situations purement psychiatriques de maladies mentales pouvant exister avant la grossesse : la femme s'inquiète pour elle-même alors que le fœtus qu'elle porte est malade ; imprévus prévisibles qui actua-

consultations, aux examens, à l'attente de leurs résultats et à l'indécision du diagnostic et du pronostic. L'incroyable intensité émotionnelle que provoquent la découverte à l'échographie morphologique d'une malformation du fœtus et son annonce, les conséquences psychologiques que la décision entraîne sur la future mère et le futur père, sur l'enfant aîné du couple, sur les futurs grands-parents et sur l'équipe technique et médicale, confrontent chacun, médecin et famille, ici plus qu'ailleurs, à la réalité médicale dans sa double dimension : technique et psychologique.

Dans de tels services où l'anormal est le normal, la présence d'un psychiatre, spécialiste de la psychodynamique et de la psychopathologie du très jeune enfant, a permis de considérer ce lourd fardeau affectif comme un axe de réflexions et de recherches cliniques dans un domaine qui lui était inconnu : *les grossesses à hauts risques pour raisons fœtales*. Les particularités psychologiques observées ont amené à construire une clinique nouvelle : *la psychiatrie en médecine fœtale*. Cette psychiatrie spécifique et ciblée confronte douloureusement le psychiatre à l'intensité des réactions dans un contexte de catastrophe auquel il ne peut échapper et à la violence de situations incontournables dans lesquelles il est inclus. Elle confronte également à l'incertitude qui vient tout compliquer et au malaise dans la compassion du médecin que la culpabilité peut entretenir. Cette clinique éprouvante reconnaît une symptomatologie inhabituelle en dehors des situations purement psychiatriques de maladies mentales pouvant exister avant la grossesse : la femme s'inquiète pour elle-même alors que le fœtus qu'elle porte est malade ; imprévus prévisibles qui actua-

lisent l'ambivalence de tous, patient et soignant ; malentendus parfois source de procédures médico-légales ; offense narcissique insupportable ; culpabilité intense qui persécute ; réveil d'angoisses profondes jusque-là contenues ; deuils anticipés ; sentiments de malédiction ; croyances à la rétorsion ; fantasmes de mauvais traitements à fœtus. La psychiatrie en médecine fœtale se différencie de la psychiatrie en maternité par un aspect clinique essentiel : en maternité, la grossesse est à risque pour raisons maternelles et la future mère s'inquiète pour son fœtus auquel elle craint de transmettre son angoisse et ses ressentiments.

L'intérêt des psychiatres d'enfants pour le diagnostic prénatal et la médecine fœtale a profondément transformé leur compréhension de la période périnatale. Le concept de périnatalogie s'est étendu à la période anténatale. Le fœtus a été reconnu précurseur du nouveau-né (Soulé, 1997) et la naissance désormais ne représente plus la césure jusque-là considérée. L'intuition de S. Freud (1926) d'une continuité entre les périodes anténatale et postnatale se voyait confirmée : « La mère qui d'abord avait satisfait tous les besoins du fœtus par les dispositifs somatiques de la grossesse, continue, après la naissance encore, à remplir la même fonction, encore que partiellement par d'autres moyens. La vie intra-utérine et la première enfance sont bien plus en continuité que ne nous laisse croire la césure frappante de l'acte de naissance. L'objet maternel psychique remplace pour l'enfant la situation fœtale biologique. Ce n'est pas une raison pour oublier que dans la vie intra-utérine la mère n'était pas un objet pour le fœtus, et qu'il n'y avait alors pas d'objets » (p. 62-63).

lisent l'ambivalence de tous, patient et soignant ; malentendus parfois source de procédures médico-légales ; offense narcissique insupportable ; culpabilité intense qui persécute ; réveil d'angoisses profondes jusque-là contenues ; deuils anticipés ; sentiments de malédiction ; croyances à la rétorsion ; fantasmes de mauvais traitements à fœtus. La psychiatrie en médecine fœtale se différencie de la psychiatrie en maternité par un aspect clinique essentiel : en maternité, la grossesse est à risque pour raisons maternelles et la future mère s'inquiète pour son fœtus auquel elle craint de transmettre son angoisse et ses ressentiments.

L'intérêt des psychiatres d'enfants pour le diagnostic prénatal et la médecine fœtale a profondément transformé leur compréhension de la période périnatale. Le concept de périnatalogie s'est étendu à la période anténatale. Le fœtus a été reconnu précurseur du nouveau-né (Soulé, 1997) et la naissance désormais ne représente plus la césure jusque-là considérée. L'intuition de S. Freud (1926) d'une continuité entre les périodes anténatale et postnatale se voyait confirmée : « La mère qui d'abord avait satisfait tous les besoins du fœtus par les dispositifs somatiques de la grossesse, continue, après la naissance encore, à remplir la même fonction, encore que partiellement par d'autres moyens. La vie intra-utérine et la première enfance sont bien plus en continuité que ne nous laisse croire la césure frappante de l'acte de naissance. L'objet maternel psychique remplace pour l'enfant la situation fœtale biologique. Ce n'est pas une raison pour oublier que dans la vie intra-utérine la mère n'était pas un objet pour le fœtus, et qu'il n'y avait alors pas d'objets » (p. 62-63).

lisent l'ambivalence de tous, patient et soignant ; malentendus parfois source de procédures médico-légales ; offense narcissique insupportable ; culpabilité intense qui persécute ; réveil d'angoisses profondes jusque-là contenues ; deuils anticipés ; sentiments de malédiction ; croyances à la rétorsion ; fantasmes de mauvais traitements à fœtus. La psychiatrie en médecine fœtale se différencie de la psychiatrie en maternité par un aspect clinique essentiel : en maternité, la grossesse est à risque pour raisons maternelles et la future mère s'inquiète pour son fœtus auquel elle craint de transmettre son angoisse et ses ressentiments.

L'intérêt des psychiatres d'enfants pour le diagnostic prénatal et la médecine fœtale a profondément transformé leur compréhension de la période périnatale. Le concept de périnatalogie s'est étendu à la période anténatale. Le fœtus a été reconnu précurseur du nouveau-né (Soulé, 1997) et la naissance désormais ne représente plus la césure jusque-là considérée. L'intuition de S. Freud (1926) d'une continuité entre les périodes anténatale et postnatale se voyait confirmée : « La mère qui d'abord avait satisfait tous les besoins du fœtus par les dispositifs somatiques de la grossesse, continue, après la naissance encore, à remplir la même fonction, encore que partiellement par d'autres moyens. La vie intra-utérine et la première enfance sont bien plus en continuité que ne nous laisse croire la césure frappante de l'acte de naissance. L'objet maternel psychique remplace pour l'enfant la situation fœtale biologique. Ce n'est pas une raison pour oublier que dans la vie intra-utérine la mère n'était pas un objet pour le fœtus, et qu'il n'y avait alors pas d'objets » (p. 62-63).

La présence du fœtus est devenue une réalité clinique. Sa reconnaissance a permis d'introduire l'étude des relations mère-fœtus, père-fœtus, (Sirol, 1994, 1995, 1997), et de décrire une notion nouvelle : *l'investissement du fœtus et l'ambivalence qui lui est attachée*. Ce que nous savions de la différence entre désir de grossesse et désir d'enfant se retrouve dans la clinique en médecine fœtale. L'investissement de la grossesse n'implique pas l'investissement de son contenu : le fœtus. Il est maintenant admis que l'investissement du fœtus par sa future mère ne se fait pas d'emblée et de façon linéaire. Il est progressif et discontinu, entrecoupé de passages de désinvestissement ordinaire, effet de l'ambivalence ; passages qui obligent la future mère à chaque grossesse et chaque fois d'une façon différente à un effort psychique important dont elle peut ne pas avoir conscience. Ces moments de désinvestissement ordinaire l'aident à s'intéresser à son futur bébé.

L'investissement du fœtus est soumis à différents facteurs indépendants ou associés, parfois interagissants, qui font la tonalité de l'humeur pendant la grossesse et qui peuvent être eux-mêmes à l'origine du désinvestissement. Certains se retrouvent avec régularité :

- la façon dont la grossesse est acceptée. La tolérance à la richesse de l'activité fantasmatique en raison de la disparition de toute censure. La femme revit sa névrose infantile, c'est-à-dire l'histoire fantasmatique infantile de ses relations qu'elle transfère au fœtus (Bydlowski, 1991, 2000) ;
- l'importance dans la vie de la femme de celui dont elle attend et l'enfant et la bonne relation dans le couple ;

La présence du fœtus est devenue une réalité clinique. Sa reconnaissance a permis d'introduire l'étude des relations mère-fœtus, père-fœtus, (Sirol, 1994, 1995, 1997), et de décrire une notion nouvelle : *l'investissement du fœtus et l'ambivalence qui lui est attachée*. Ce que nous savions de la différence entre désir de grossesse et désir d'enfant se retrouve dans la clinique en médecine fœtale. L'investissement de la grossesse n'implique pas l'investissement de son contenu : le fœtus. Il est maintenant admis que l'investissement du fœtus par sa future mère ne se fait pas d'emblée et de façon linéaire. Il est progressif et discontinu, entrecoupé de passages de désinvestissement ordinaire, effet de l'ambivalence ; passages qui obligent la future mère à chaque grossesse et chaque fois d'une façon différente à un effort psychique important dont elle peut ne pas avoir conscience. Ces moments de désinvestissement ordinaire l'aident à s'intéresser à son futur bébé.

L'investissement du fœtus est soumis à différents facteurs indépendants ou associés, parfois interagissants, qui font la tonalité de l'humeur pendant la grossesse et qui peuvent être eux-mêmes à l'origine du désinvestissement. Certains se retrouvent avec régularité :

- la façon dont la grossesse est acceptée. La tolérance à la richesse de l'activité fantasmatique en raison de la disparition de toute censure. La femme revit sa névrose infantile, c'est-à-dire l'histoire fantasmatique infantile de ses relations qu'elle transfère au fœtus (Bydlowski, 1991, 2000) ;
- l'importance dans la vie de la femme de celui dont elle attend et l'enfant et la bonne relation dans le couple ;

La présence du fœtus est devenue une réalité clinique. Sa reconnaissance a permis d'introduire l'étude des relations mère-fœtus, père-fœtus, (Sirol, 1994, 1995, 1997), et de décrire une notion nouvelle : *l'investissement du fœtus et l'ambivalence qui lui est attachée*. Ce que nous savions de la différence entre désir de grossesse et désir d'enfant se retrouve dans la clinique en médecine fœtale. L'investissement de la grossesse n'implique pas l'investissement de son contenu : le fœtus. Il est maintenant admis que l'investissement du fœtus par sa future mère ne se fait pas d'emblée et de façon linéaire. Il est progressif et discontinu, entrecoupé de passages de désinvestissement ordinaire, effet de l'ambivalence ; passages qui obligent la future mère à chaque grossesse et chaque fois d'une façon différente à un effort psychique important dont elle peut ne pas avoir conscience. Ces moments de désinvestissement ordinaire l'aident à s'intéresser à son futur bébé.

L'investissement du fœtus est soumis à différents facteurs indépendants ou associés, parfois interagissants, qui font la tonalité de l'humeur pendant la grossesse et qui peuvent être eux-mêmes à l'origine du désinvestissement. Certains se retrouvent avec régularité :

- la façon dont la grossesse est acceptée. La tolérance à la richesse de l'activité fantasmatique en raison de la disparition de toute censure. La femme revit sa névrose infantile, c'est-à-dire l'histoire fantasmatique infantile de ses relations qu'elle transfère au fœtus (Bydlowski, 1991, 2000) ;
- l'importance dans la vie de la femme de celui dont elle attend et l'enfant et la bonne relation dans le couple ;

- la façon d'être du futur père : la moindre prépondérance qu'il accorde à sa vie professionnelle ; l'anticipation émotionnelle qu'il témoigne aux mouvements du fœtus ; la capacité à se sentir protecteur ;
- le rôle joué par le réseau des femmes (Stern, 1995) : la future grand-mère maternelle, les amies chères, les femmes enceintes que la future mère côtoie et, d'une façon générale, les femmes qui ont eu des enfants, attendries par l'attente d'un bébé. Elles vont parler à la future mère de ce qu'elle ne sait pas. Elles vont la valider dans son statut et l'encourager.

Intimement lié au désir d'enfant et à sa construction au cours du développement psychoaffectif, l'investissement du fœtus reconnaît schématiquement plusieurs étapes.

Durant le premier trimestre, il n'y a pas d'investissement du fœtus en tant que tel, mais investissement de l'activité fantasmatique et en particulier du fantasme de l'enfant imaginaire. La future mère rêve son bébé promis. Dans ses rêveries, elle lui attribue toutes les qualités qui la combleront. L'image échographique sur laquelle elle accroche ce fantasme est perçue en tant que support de l'image de ce bébé à venir. Cette image va favoriser autant chez l'homme que chez la femme l'investissement de la relation au fœtus.

Avec la perception des mouvements fœtaux, l'investissement du fœtus s'amorce. Il sera établi vers la fin du deuxième trimestre, sans que cela soit une règle dans l'absolu. Ce qui marque cette période est que la grossesse devient une affaire entre la femme et son bébé attendu. Ses propos s'humanisent. Il est rare de l'entendre parler de fœtus : « Je commence à faire une place au bébé depuis que mon ventre grossit. Depuis que

- la façon d'être du futur père : la moindre prépondérance qu'il accorde à sa vie professionnelle ; l'anticipation émotionnelle qu'il témoigne aux mouvements du fœtus ; la capacité à se sentir protecteur ;
- le rôle joué par le réseau des femmes (Stern, 1995) : la future grand-mère maternelle, les amies chères, les femmes enceintes que la future mère côtoie et, d'une façon générale, les femmes qui ont eu des enfants, attendries par l'attente d'un bébé. Elles vont parler à la future mère de ce qu'elle ne sait pas. Elles vont la valider dans son statut et l'encourager.

Intimement lié au désir d'enfant et à sa construction au cours du développement psychoaffectif, l'investissement du fœtus reconnaît schématiquement plusieurs étapes.

Durant le premier trimestre, il n'y a pas d'investissement du fœtus en tant que tel, mais investissement de l'activité fantasmatique et en particulier du fantasme de l'enfant imaginaire. La future mère rêve son bébé promis. Dans ses rêveries, elle lui attribue toutes les qualités qui la combleront. L'image échographique sur laquelle elle accroche ce fantasme est perçue en tant que support de l'image de ce bébé à venir. Cette image va favoriser autant chez l'homme que chez la femme l'investissement de la relation au fœtus.

Avec la perception des mouvements fœtaux, l'investissement du fœtus s'amorce. Il sera établi vers la fin du deuxième trimestre, sans que cela soit une règle dans l'absolu. Ce qui marque cette période est que la grossesse devient une affaire entre la femme et son bébé attendu. Ses propos s'humanisent. Il est rare de l'entendre parler de fœtus : « Je commence à faire une place au bébé depuis que mon ventre grossit. Depuis que

- la façon d'être du futur père : la moindre prépondérance qu'il accorde à sa vie professionnelle ; l'anticipation émotionnelle qu'il témoigne aux mouvements du fœtus ; la capacité à se sentir protecteur ;
- le rôle joué par le réseau des femmes (Stern, 1995) : la future grand-mère maternelle, les amies chères, les femmes enceintes que la future mère côtoie et, d'une façon générale, les femmes qui ont eu des enfants, attendries par l'attente d'un bébé. Elles vont parler à la future mère de ce qu'elle ne sait pas. Elles vont la valider dans son statut et l'encourager.

Intimement lié au désir d'enfant et à sa construction au cours du développement psychoaffectif, l'investissement du fœtus reconnaît schématiquement plusieurs étapes.

Durant le premier trimestre, il n'y a pas d'investissement du fœtus en tant que tel, mais investissement de l'activité fantasmatique et en particulier du fantasme de l'enfant imaginaire. La future mère rêve son bébé promis. Dans ses rêveries, elle lui attribue toutes les qualités qui la combleront. L'image échographique sur laquelle elle accroche ce fantasme est perçue en tant que support de l'image de ce bébé à venir. Cette image va favoriser autant chez l'homme que chez la femme l'investissement de la relation au fœtus.

Avec la perception des mouvements fœtaux, l'investissement du fœtus s'amorce. Il sera établi vers la fin du deuxième trimestre, sans que cela soit une règle dans l'absolu. Ce qui marque cette période est que la grossesse devient une affaire entre la femme et son bébé attendu. Ses propos s'humanisent. Il est rare de l'entendre parler de fœtus : « Je commence à faire une place au bébé depuis que mon ventre grossit. Depuis que

je le sens bouger, je lui parle beaucoup. Je lui ai même écrit des contes que je lui raconte », rapportait une patiente à vingt-trois semaines d'aménorrhée.

Le bébé est attendu pour perpétuer les valeurs et les traditions familiales, aussi bien du côté de la mère que de celui du père. Il est mandaté pour cela. Sa mère forme des projets et organise un nouveau calendrier autour de lui qui rythmera sa nouvelle vie. Investissement du fœtus et périodes de désinvestissement apparaissent comme les prémices de ce que sera l'amour maternel exigé par le bébé attendu, tout autant que des vicissitudes qu'il connaîtra. Ils participent à la préoccupation maternelle primaire (Winnicott, 1956).

L'annonce de la malformation ou de l'anomalie chromosomique sera vécue différemment selon que la femme investit sa grossesse ou investit son fœtus. Cependant, en toutes circonstances, cette annonce va provoquer un désinvestissement très rapide, dans la journée. Ce désinvestissement aussi brutal que massif peut faire peur lorsque les pulsions hostiles passent dans l'exigence de la femme d'interrompre cette grossesse là sans délai. Puisque le fœtus est investi en tant que support de l'image du bébé à venir, quand il est patent que le fœtus réel ne peut pas assurer ce rôle, il est condamné à être remplacé par un autre fœtus dans une autre grossesse. Il doit céder sa place au plus vite. Ce désinvestissement provoque une culpabilité de tous, dont les origines culturelles et religieuses sont en contradiction avec le souhait profond de la future mère (Sirol et Soulé, 1996).

Le plus souvent en médecine fœtale, de l'annonce à la prise de décision, désinvestissement et efforts pénibles de réinvestis-

je le sens bouger, je lui parle beaucoup. Je lui ai même écrit des contes que je lui raconte », rapportait une patiente à vingt-trois semaines d'aménorrhée.

Le bébé est attendu pour perpétuer les valeurs et les traditions familiales, aussi bien du côté de la mère que de celui du père. Il est mandaté pour cela. Sa mère forme des projets et organise un nouveau calendrier autour de lui qui rythmera sa nouvelle vie. Investissement du fœtus et périodes de désinvestissement apparaissent comme les prémices de ce que sera l'amour maternel exigé par le bébé attendu, tout autant que des vicissitudes qu'il connaîtra. Ils participent à la préoccupation maternelle primaire (Winnicott, 1956).

L'annonce de la malformation ou de l'anomalie chromosomique sera vécue différemment selon que la femme investit sa grossesse ou investit son fœtus. Cependant, en toutes circonstances, cette annonce va provoquer un désinvestissement très rapide, dans la journée. Ce désinvestissement aussi brutal que massif peut faire peur lorsque les pulsions hostiles passent dans l'exigence de la femme d'interrompre cette grossesse là sans délai. Puisque le fœtus est investi en tant que support de l'image du bébé à venir, quand il est patent que le fœtus réel ne peut pas assurer ce rôle, il est condamné à être remplacé par un autre fœtus dans une autre grossesse. Il doit céder sa place au plus vite. Ce désinvestissement provoque une culpabilité de tous, dont les origines culturelles et religieuses sont en contradiction avec le souhait profond de la future mère (Sirol et Soulé, 1996).

Le plus souvent en médecine fœtale, de l'annonce à la prise de décision, désinvestissement et efforts pénibles de réinvestis-

je le sens bouger, je lui parle beaucoup. Je lui ai même écrit des contes que je lui raconte », rapportait une patiente à vingt-trois semaines d'aménorrhée.

Le bébé est attendu pour perpétuer les valeurs et les traditions familiales, aussi bien du côté de la mère que de celui du père. Il est mandaté pour cela. Sa mère forme des projets et organise un nouveau calendrier autour de lui qui rythmera sa nouvelle vie. Investissement du fœtus et périodes de désinvestissement apparaissent comme les prémices de ce que sera l'amour maternel exigé par le bébé attendu, tout autant que des vicissitudes qu'il connaîtra. Ils participent à la préoccupation maternelle primaire (Winnicott, 1956).

L'annonce de la malformation ou de l'anomalie chromosomique sera vécue différemment selon que la femme investit sa grossesse ou investit son fœtus. Cependant, en toutes circonstances, cette annonce va provoquer un désinvestissement très rapide, dans la journée. Ce désinvestissement aussi brutal que massif peut faire peur lorsque les pulsions hostiles passent dans l'exigence de la femme d'interrompre cette grossesse là sans délai. Puisque le fœtus est investi en tant que support de l'image du bébé à venir, quand il est patent que le fœtus réel ne peut pas assurer ce rôle, il est condamné à être remplacé par un autre fœtus dans une autre grossesse. Il doit céder sa place au plus vite. Ce désinvestissement provoque une culpabilité de tous, dont les origines culturelles et religieuses sont en contradiction avec le souhait profond de la future mère (Sirol et Soulé, 1996).

Le plus souvent en médecine fœtale, de l'annonce à la prise de décision, désinvestissement et efforts pénibles de réinvestis-

sement suivent les investigations du diagnostic anténatal et leurs résultats. Douce, espoir, incertitude, gravité reconnue de la malformation, désespoir avec condamnation du fœtus rendent compte des vicissitudes de la mise en place de l'amour maternel et paternel et des obstacles à la naissance du devenir parents. À cet égard, l'annonce de la mauvaise nouvelle et la période d'incertitude qui suit font vaciller les identifications en profondeur, celles qui remettent sur la scène psychique les scénarios de fusion, de séparation, de confusion et de différenciation amorcés par l'attente du bébé. La décision peut interrompre ce remaniement psychique complexe de réorganisation de l'histoire, de la place et de l'identité de la future mère et du futur père à la recherche de l'enfant qu'ils ont été, et à la recherche de ce qu'est un parent, parent qu'ils ont eu ou qu'ils auraient voulu avoir.

Alternances d'investissement, de désinvestissement et de réinvestissement font entrer la femme et le couple dans un processus de privations et de perte anticipées qui transforme l'amour en haine. Cette transformation, révélatrice du conflit dû à l'ambivalence, sera contenue dans la décision. Elle fera du deuil en anténatal un chagrin et une tristesse des plus singuliers. Elle accompagnera la grossesse lorsqu'elle se poursuit : le fœtus mal formé devient un bébé redouté, attendu secrètement à contrecœur et manifestement avec inquiétude. Ces craintes contiennent en germe le gauchissement des relations précoces mère-bébé.

Le diagnostic anténatal a permis aux psychiatres de prendre en compte une évidence : le fœtus, alors que jusque-là ils parlaient de grossesse. La médecine foetale les a conduits

sement suivent les investigations du diagnostic anténatal et leurs résultats. Douce, espoir, incertitude, gravité reconnue de la malformation, désespoir avec condamnation du fœtus rendent compte des vicissitudes de la mise en place de l'amour maternel et paternel et des obstacles à la naissance du devenir parents. À cet égard, l'annonce de la mauvaise nouvelle et la période d'incertitude qui suit font vaciller les identifications en profondeur, celles qui remettent sur la scène psychique les scénarios de fusion, de séparation, de confusion et de différenciation amorcés par l'attente du bébé. La décision peut interrompre ce remaniement psychique complexe de réorganisation de l'histoire, de la place et de l'identité de la future mère et du futur père à la recherche de l'enfant qu'ils ont été, et à la recherche de ce qu'est un parent, parent qu'ils ont eu ou qu'ils auraient voulu avoir.

Alternances d'investissement, de désinvestissement et de réinvestissement font entrer la femme et le couple dans un processus de privations et de perte anticipées qui transforme l'amour en haine. Cette transformation, révélatrice du conflit dû à l'ambivalence, sera contenue dans la décision. Elle fera du deuil en anténatal un chagrin et une tristesse des plus singuliers. Elle accompagnera la grossesse lorsqu'elle se poursuit : le fœtus mal formé devient un bébé redouté, attendu secrètement à contrecœur et manifestement avec inquiétude. Ces craintes contiennent en germe le gauchissement des relations précoces mère-bébé.

Le diagnostic anténatal a permis aux psychiatres de prendre en compte une évidence : le fœtus, alors que jusque-là ils parlaient de grossesse. La médecine foetale les a conduits

sement suivent les investigations du diagnostic anténatal et leurs résultats. Douce, espoir, incertitude, gravité reconnue de la malformation, désespoir avec condamnation du fœtus rendent compte des vicissitudes de la mise en place de l'amour maternel et paternel et des obstacles à la naissance du devenir parents. À cet égard, l'annonce de la mauvaise nouvelle et la période d'incertitude qui suit font vaciller les identifications en profondeur, celles qui remettent sur la scène psychique les scénarios de fusion, de séparation, de confusion et de différenciation amorcés par l'attente du bébé. La décision peut interrompre ce remaniement psychique complexe de réorganisation de l'histoire, de la place et de l'identité de la future mère et du futur père à la recherche de l'enfant qu'ils ont été, et à la recherche de ce qu'est un parent, parent qu'ils ont eu ou qu'ils auraient voulu avoir.

Alternances d'investissement, de désinvestissement et de réinvestissement font entrer la femme et le couple dans un processus de privations et de perte anticipées qui transforme l'amour en haine. Cette transformation, révélatrice du conflit dû à l'ambivalence, sera contenue dans la décision. Elle fera du deuil en anténatal un chagrin et une tristesse des plus singuliers. Elle accompagnera la grossesse lorsqu'elle se poursuit : le fœtus mal formé devient un bébé redouté, attendu secrètement à contrecœur et manifestement avec inquiétude. Ces craintes contiennent en germe le gauchissement des relations précoces mère-bébé.

Le diagnostic anténatal a permis aux psychiatres de prendre en compte une évidence : le fœtus, alors que jusque-là ils parlaient de grossesse. La médecine foetale les a conduits

à considérer le rôle du fœtus dans le bouleversement psychique de la femme qui le porte et de l'homme qui l'attend. L'intérêt du diagnostic anténatal et de la médecine fœtale dans la psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant commence à être reconnu.

Tous ceux que le lien mère-enfant intéresse et préoccupe devraient désormais s'éclairer des toutes premières relations que la mère a tissées en anténatal avec le fœtus qu'elle portait et de leurs avatars. À cet égard, l'accouchement qui se passe mal, alors que rien au cours de la grossesse ne le laissait prévoir, réveille ou réactualise le conflit d'ambivalence dû à la présence du fœtus. Les sentiments hostiles se trouvent souvent projetés par la mère sur l'image de la personne qui en est à l'origine. L'angoisse que la mère en éprouve, angoisse de mort, angoisse d'abandon, va gauchir l'investissement du bébé et sera à l'origine de troubles précoces du nourrisson, troubles du sommeil par exemple. L'obstétricien, qui a la lourde responsabilité de l'interruption d'une grossesse, devrait tenir compte des capacités d'investissement des parents pour l'enfant attendu.

à considérer le rôle du fœtus dans le bouleversement psychique de la femme qui le porte et de l'homme qui l'attend. L'intérêt du diagnostic anténatal et de la médecine fœtale dans la psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant commence à être reconnu.

Tous ceux que le lien mère-enfant intéresse et préoccupe devraient désormais s'éclairer des toutes premières relations que la mère a tissées en anténatal avec le fœtus qu'elle portait et de leurs avatars. À cet égard, l'accouchement qui se passe mal, alors que rien au cours de la grossesse ne le laissait prévoir, réveille ou réactualise le conflit d'ambivalence dû à la présence du fœtus. Les sentiments hostiles se trouvent souvent projetés par la mère sur l'image de la personne qui en est à l'origine. L'angoisse que la mère en éprouve, angoisse de mort, angoisse d'abandon, va gauchir l'investissement du bébé et sera à l'origine de troubles précoces du nourrisson, troubles du sommeil par exemple. L'obstétricien, qui a la lourde responsabilité de l'interruption d'une grossesse, devrait tenir compte des capacités d'investissement des parents pour l'enfant attendu.

à considérer le rôle du fœtus dans le bouleversement psychique de la femme qui le porte et de l'homme qui l'attend. L'intérêt du diagnostic anténatal et de la médecine fœtale dans la psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant commence à être reconnu.

Tous ceux que le lien mère-enfant intéresse et préoccupe devraient désormais s'éclairer des toutes premières relations que la mère a tissées en anténatal avec le fœtus qu'elle portait et de leurs avatars. À cet égard, l'accouchement qui se passe mal, alors que rien au cours de la grossesse ne le laissait prévoir, réveille ou réactualise le conflit d'ambivalence dû à la présence du fœtus. Les sentiments hostiles se trouvent souvent projetés par la mère sur l'image de la personne qui en est à l'origine. L'angoisse que la mère en éprouve, angoisse de mort, angoisse d'abandon, va gauchir l'investissement du bébé et sera à l'origine de troubles précoces du nourrisson, troubles du sommeil par exemple. L'obstétricien, qui a la lourde responsabilité de l'interruption d'une grossesse, devrait tenir compte des capacités d'investissement des parents pour l'enfant attendu.

Médecine fœtale et législation

La médecine fœtale se donne pour but d'éviter les interruptions médicales de grossesse inutiles et le risque de handicap, par une action préventive et curative. Elle se fonde sur le diagnostic anténatal à partir de l'examen échographique, de l'amniocentèse et de la ponction de sang fœtal (Daffos, 1992 ; 1997). Elle s'est construite, pour une part en référence à la loi Veil du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse pratiquée pour des motifs thérapeutiques, pour une autre part plus ou moins explicitement autour de l'avortement en raison de l'écart, toujours actuel, entre les possibilités diagnostiques et les possibilités thérapeutiques. Cette loi, en son article 162-12, prévoyait la possibilité d'une interruption de la grossesse à « toute époque » si deux médecins attestaient après examen et discussion que « la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme ou qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue

Médecine fœtale et législation

La médecine fœtale se donne pour but d'éviter les interruptions médicales de grossesse inutiles et le risque de handicap, par une action préventive et curative. Elle se fonde sur le diagnostic anténatal à partir de l'examen échographique, de l'amniocentèse et de la ponction de sang fœtal (Daffos, 1992 ; 1997). Elle s'est construite, pour une part en référence à la loi Veil du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse pratiquée pour des motifs thérapeutiques, pour une autre part plus ou moins explicitement autour de l'avortement en raison de l'écart, toujours actuel, entre les possibilités diagnostiques et les possibilités thérapeutiques. Cette loi, en son article 162-12, prévoyait la possibilité d'une interruption de la grossesse à « toute époque » si deux médecins attestaient après examen et discussion que « la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme ou qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue

Médecine foétale et législation

La médecine foétale se donne pour but d'éviter les interruptions médicales de grossesse inutiles et le risque de handicap, par une action préventive et curative. Elle se fonde sur le diagnostic anténatal à partir de l'examen échographique, de l'amniocentèse et de la ponction de sang foetal (Daffos, 1992 ; 1997). Elle s'est construite, pour une part en référence à la loi Veil du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse pratiquée pour des motifs thérapeutiques, pour une autre part plus ou moins explicitement autour de l'avortement en raison de l'écart, toujours actuel, entre les possibilités diagnostiques et les possibilités thérapeutiques. Cette loi, en son article 162-12, prévoyait la possibilité d'une interruption de la grossesse à « toute époque » si deux médecins attestaient après examen et discussion que « la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme ou qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue

comme incurable au moment du diagnostic ». L'un des médecins devait exercer son activité dans un établissement public de santé ou dans un établissement privé autorisé à recevoir des femmes enceintes ; l'autre devait être inscrit sur une liste d'experts près d'une cour d'appel ou près la Cour de cassation.

En 1997, l'article R.162.19 du décret n° 97-578 du 28 mai définissait la constitution des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal. Il mentionne la présence d'un médecin spécialiste en psychiatrie ou celle d'un psychologue dans l'équipe de chaque centre pluridisciplinaire. Par ailleurs, il précise que l'un des deux médecins attestant du bien-fondé de l'IMG doit exercer son activité dans un tel centre.

La loi n° 2001-588, du 4 juillet 2001 parue au *Journal officiel* du 7 juillet 2001, modifie le Code de santé publique en ce qui concerne l'interruption volontaire de grossesse et la contraception. Le délai de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) est allongé à 12 semaines (14 semaines d'aménorrhée), et la procédure préalable à la décision de l'interruption de grossesse pratiquée pour motif thérapeutique (ITG) est redéfinie. Par ailleurs, l'ITG est renommée « interruption volontaire de grossesse pratiquée pour motif médical » (IMG). Désormais, une procédure collégiale est mise en place, les deux motifs de l'IMG sont différenciés dans la procédure et le droit à l'information de la femme est renforcé. L'article L.2213-1 de cette nouvelle loi est ainsi rédigé :

« L'interruption volontaire d'une grossesse peut, à toute époque, être pratiquée *si deux médecins membres d'une équipe pluridisciplinaire attestent* [souligné par nous], après que cette équipe a rendu son avis consultatif, soit que la poursuite de la

comme incurable au moment du diagnostic ». L'un des médecins devait exercer son activité dans un établissement public de santé ou dans un établissement privé autorisé à recevoir des femmes enceintes ; l'autre devait être inscrit sur une liste d'experts près d'une cour d'appel ou près la Cour de cassation.

En 1997, l'article R.162.19 du décret n° 97-578 du 28 mai définissait la constitution des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal. Il mentionne la présence d'un médecin spécialiste en psychiatrie ou celle d'un psychologue dans l'équipe de chaque centre pluridisciplinaire. Par ailleurs, il précise que l'un des deux médecins attestant du bien-fondé de l'IMG doit exercer son activité dans un tel centre.

La loi n° 2001-588, du 4 juillet 2001 parue au *Journal officiel* du 7 juillet 2001, modifie le Code de santé publique en ce qui concerne l'interruption volontaire de grossesse et la contraception. Le délai de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) est allongé à 12 semaines (14 semaines d'aménorrhée), et la procédure préalable à la décision de l'interruption de grossesse pratiquée pour motif thérapeutique (ITG) est redéfinie. Par ailleurs, l'ITG est renommée « interruption volontaire de grossesse pratiquée pour motif médical » (IMG). Désormais, une procédure collégiale est mise en place, les deux motifs de l'IMG sont différenciés dans la procédure et le droit à l'information de la femme est renforcé. L'article L.2213-1 de cette nouvelle loi est ainsi rédigé :

« L'interruption volontaire d'une grossesse peut, à toute époque, être pratiquée *si deux médecins membres d'une équipe pluridisciplinaire attestent* [souligné par nous], après que cette équipe a rendu son avis consultatif, soit que la poursuite de la

comme incurable au moment du diagnostic ». L'un des médecins devait exercer son activité dans un établissement public de santé ou dans un établissement privé autorisé à recevoir des femmes enceintes ; l'autre devait être inscrit sur une liste d'experts près d'une cour d'appel ou près la Cour de cassation.

En 1997, l'article R.162.19 du décret n° 97-578 du 28 mai définissait la constitution des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal. Il mentionne la présence d'un médecin spécialiste en psychiatrie ou celle d'un psychologue dans l'équipe de chaque centre pluridisciplinaire. Par ailleurs, il précise que l'un des deux médecins attestant du bien-fondé de l'IMG doit exercer son activité dans un tel centre.

La loi n° 2001-588, du 4 juillet 2001 parue au *Journal officiel* du 7 juillet 2001, modifie le Code de santé publique en ce qui concerne l'interruption volontaire de grossesse et la contraception. Le délai de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) est allongé à 12 semaines (14 semaines d'aménorrhée), et la procédure préalable à la décision de l'interruption de grossesse pratiquée pour motif thérapeutique (ITG) est redéfinie. Par ailleurs, l'ITG est renommée « interruption volontaire de grossesse pratiquée pour motif médical » (IMG). Désormais, une procédure collégiale est mise en place, les deux motifs de l'IMG sont différenciés dans la procédure et le droit à l'information de la femme est renforcé. L'article L.2213-1 de cette nouvelle loi est ainsi rédigé :

« L'interruption volontaire d'une grossesse peut, à toute époque, être pratiquée *si deux médecins membres d'une équipe pluridisciplinaire attestent* [souligné par nous], après que cette équipe a rendu son avis consultatif, soit que la poursuite de la

grossesse met en péril grave la santé de la femme, soit qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic.

« Lorsque l'interruption de grossesse est envisagée au motif que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, l'équipe pluridisciplinaire chargée d'examiner la demande de la femme comprend au moins trois personnes qui sont un médecin qualifié en gynécologie obstétrique, un médecin choisi par la femme et une personne qualifiée tenue au secret professionnel qui peut être un assistant social ou un psychologue. Les deux médecins précités doivent exercer leur activité dans un établissement public de santé ou dans un établissement de santé privé satisfaisant aux conditions de l'article L. 2322-1.

« Lorsque l'interruption de grossesse est envisagée au motif qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic, l'équipe pluridisciplinaire chargée d'examiner la demande de la femme est celle d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal. Lorsque l'équipe du centre précité se réunit, un médecin choisi par la femme peut, à la demande de celle-ci, être associé à la concertation.

« Dans les deux cas, préalablement à la réunion de l'équipe pluridisciplinaire compétente, la femme concernée ou le couple peut, à sa demande, être entendu par tout ou partie des membres de la dite équipe. »

grossesse met en péril grave la santé de la femme, soit qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic.

« Lorsque l'interruption de grossesse est envisagée au motif que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, l'équipe pluridisciplinaire chargée d'examiner la demande de la femme comprend au moins trois personnes qui sont un médecin qualifié en gynécologie obstétrique, un médecin choisi par la femme et une personne qualifiée tenue au secret professionnel qui peut être un assistant social ou un psychologue. Les deux médecins précités doivent exercer leur activité dans un établissement public de santé ou dans un établissement de santé privé satisfaisant aux conditions de l'article L. 2322-1.

« Lorsque l'interruption de grossesse est envisagée au motif qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic, l'équipe pluridisciplinaire chargée d'examiner la demande de la femme est celle d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal. Lorsque l'équipe du centre précité se réunit, un médecin choisi par la femme peut, à la demande de celle-ci, être associé à la concertation.

« Dans les deux cas, préalablement à la réunion de l'équipe pluridisciplinaire compétente, la femme concernée ou le couple peut, à sa demande, être entendu par tout ou partie des membres de la dite équipe. »

grossesse met en péril grave la santé de la femme, soit qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic.

« Lorsque l'interruption de grossesse est envisagée au motif que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, l'équipe pluridisciplinaire chargée d'examiner la demande de la femme comprend au moins trois personnes qui sont un médecin qualifié en gynécologie obstétrique, un médecin choisi par la femme et une personne qualifiée tenue au secret professionnel qui peut être un assistant social ou un psychologue. Les deux médecins précités doivent exercer leur activité dans un établissement public de santé ou dans un établissement de santé privé satisfaisant aux conditions de l'article L. 2322-1.

« Lorsque l'interruption de grossesse est envisagée au motif qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic, l'équipe pluridisciplinaire chargée d'examiner la demande de la femme est celle d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal. Lorsque l'équipe du centre précité se réunit, un médecin choisi par la femme peut, à la demande de celle-ci, être associé à la concertation.

« Dans les deux cas, préalablement à la réunion de l'équipe pluridisciplinaire compétente, la femme concernée ou le couple peut, à sa demande, être entendu par tout ou partie des membres de la dite équipe. »

La modification d'importance que cette nouvelle loi apporte est la suppression de l'expertise et avec elle la solitude de l'expert. En effet, dans certaines situations affectivement éprouvantes, il revenait au médecin, confronté à sa solitude morale et à sa lourde responsabilité, de défendre le droit du fœtus à vivre. La loi à l'occasion de l'expertise lui donnait ce droit implicite de refuser l'IMG et lui rappelait que lui seul avait la responsabilité de la décision. Seul avec ses convictions personnelles lorsqu'il recevait la femme ou le couple, il avait à expliquer en tête à tête qu'il n'avait médicalement aucune raison de signer l'expertise et que le bébé pourrait avoir une vie normale malgré sa malformation, mais également une autonomie et une insertion sociale possibles. Il refusait l'interruption de la grossesse au titre de la loi et cherchait à convaincre la future mère de garder son bébé et de l'aimer. Il avait alors à affronter la révolte de la femme. Cette future mère-là ne comprenait pas que ce médecin-là puisse s'opposer à sa demande et intervenir sur son choix de ne pas vouloir d'un enfant qui va souffrir et la faire souffrir. Elle l'accusait d'être inhumain, de se protéger derrière la loi, de n'avoir pas le courage de prendre une décision qui s'oppose à l'éthique médicale, d'user de son pouvoir. Or, parce qu'il avait voulu ce face-à-face et non la transmission de la décision par la secrétaire, forcément le médecin était sensible à la réaction humaine de sa patiente et pouvait en considérer l'accusation injuste, même s'il la comprenait. Il retrouvait alors l'ambivalence de ses sentiments. Le malaise dans la compassion qu'il éprouvait renforçait doute et remords, et ombrageait sa décision qu'il considérait raisonnable. Tantôt, la culpabilité pouvait l'êtreindre à la pensée qu'il

La modification d'importance que cette nouvelle loi apporte est la suppression de l'expertise et avec elle la solitude de l'expert. En effet, dans certaines situations affectivement éprouvantes, il revenait au médecin, confronté à sa solitude morale et à sa lourde responsabilité, de défendre le droit du fœtus à vivre. La loi à l'occasion de l'expertise lui donnait ce droit implicite de refuser l'IMG et lui rappelait que lui seul avait la responsabilité de la décision. Seul avec ses convictions personnelles lorsqu'il recevait la femme ou le couple, il avait à expliquer en tête à tête qu'il n'avait médicalement aucune raison de signer l'expertise et que le bébé pourrait avoir une vie normale malgré sa malformation, mais également une autonomie et une insertion sociale possibles. Il refusait l'interruption de la grossesse au titre de la loi et cherchait à convaincre la future mère de garder son bébé et de l'aimer. Il avait alors à affronter la révolte de la femme. Cette future mère-là ne comprenait pas que ce médecin-là puisse s'opposer à sa demande et intervenir sur son choix de ne pas vouloir d'un enfant qui va souffrir et la faire souffrir. Elle l'accusait d'être inhumain, de se protéger derrière la loi, de n'avoir pas le courage de prendre une décision qui s'oppose à l'éthique médicale, d'user de son pouvoir. Or, parce qu'il avait voulu ce face-à-face et non la transmission de la décision par la secrétaire, forcément le médecin était sensible à la réaction humaine de sa patiente et pouvait en considérer l'accusation injuste, même s'il la comprenait. Il retrouvait alors l'ambivalence de ses sentiments. Le malaise dans la compassion qu'il éprouvait renforçait doute et remords, et ombrageait sa décision qu'il considérait raisonnable. Tantôt, la culpabilité pouvait l'êtreindre à la pensée qu'il

La modification d'importance que cette nouvelle loi apporte est la suppression de l'expertise et avec elle la solitude de l'expert. En effet, dans certaines situations affectivement éprouvantes, il revenait au médecin, confronté à sa solitude morale et à sa lourde responsabilité, de défendre le droit du fœtus à vivre. La loi à l'occasion de l'expertise lui donnait ce droit implicite de refuser l'IMG et lui rappelait que lui seul avait la responsabilité de la décision. Seul avec ses convictions personnelles lorsqu'il recevait la femme ou le couple, il avait à expliquer en tête à tête qu'il n'avait médicalement aucune raison de signer l'expertise et que le bébé pourrait avoir une vie normale malgré sa malformation, mais également une autonomie et une insertion sociale possibles. Il refusait l'interruption de la grossesse au titre de la loi et cherchait à convaincre la future mère de garder son bébé et de l'aimer. Il avait alors à affronter la révolte de la femme. Cette future mère-là ne comprenait pas que ce médecin-là puisse s'opposer à sa demande et intervenir sur son choix de ne pas vouloir d'un enfant qui va souffrir et la faire souffrir. Elle l'accusait d'être inhumain, de se protéger derrière la loi, de n'avoir pas le courage de prendre une décision qui s'oppose à l'éthique médicale, d'user de son pouvoir. Or, parce qu'il avait voulu ce face-à-face et non la transmission de la décision par la secrétaire, forcément le médecin était sensible à la réaction humaine de sa patiente et pouvait en considérer l'accusation injuste, même s'il la comprenait. Il retrouvait alors l'ambivalence de ses sentiments. Le malaise dans la compassion qu'il éprouvait renforçait doute et remords, et ombrageait sa décision qu'il considérait raisonnable. Tantôt, la culpabilité pouvait l'êtreindre à la pensée qu'il