VOIR OU NE PAS VOIR en échographie dans le contexte de l'IVG

Anne Angotti, médecin directrice CPEF CIVG GHM Grenoble

Echographiste et Patiente

- Échographiste impliqué humainement, médicalement voire juridiquement
- Luc Gourand parle d'un « malentendu fondamental » sur les attentes respectives du médecin et de la femme enceinte, au sujet de l'objectif de l'échographie médicale : *« [...] la femme, qui espère découvrir l'enfant qu'elle porte, attend essentiellement une non-contradiction de sa représentation intérieure. Tandis que l'échographiste n'a qu'une obsession, [...] trouver l'anomalie d'un fœtus quelconque pour lui, en sachant que le seul diagnostic qu'il ne pourra jamais porter est précisément celui de normalité ».* (72. Gourand L. L'échographiste et l'accès au ventre. Rev Fr Psychosom 2004;2(26):71-83.)
- Y-a-t-il un malentendu fondamental dans le cadre de l'IVG? Quel est le contrat? J'ai profité des dernières semaines pour échanger avec les patientes et mes collègues autour de ce thème. Le contrat: Charte de l'échographiste

CHARTE POUR LES ECHOGRAPHISTES PRATIQUANT DES ECHOGRAPHIES DE DATATION POUVANT PRECEDER UNE INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

La présente charte a pour objet de définir un ensemble de bonnes pratiques pour la réalisation des échographies avant une interruption volontaire de grossesse

1. Former les personnes assurant l'accueil physique et téléphonique dans le cabinet :
- à accueillir les demandes d'échographie de datation en vue d'une IVG
- à la nouvelle prise en charge à 100% des actes afférents à l'IVG depuis le 1er avril 2016 avec possibilité de dispense d'avance des frais en télétransmission et d'anonymat pour les mineures

2. S'organiser autant que faire se peut pour gérer les demandes de rdv d'échographie de datation comme des urgences, en donnant un rendez-vous sous 48h

3. En l'absence de précision sur la prescription d'échographie avant 14 sa, s'enquérir avant le début de l'examen du motif de réalisation de l'échographie et de l'intention de poursuivre ou non la grossesse

4. S'assurer qu'aucun personnel rencontré par les patientes dans le centre d'échographie n'émette de jugement moral sur le choix de la patiente et/ou sur l'IVG en général et être attentif à la cohérence du discours et de la communication non verbale

5. Conditions de réalisation :

   a. Commencer systématiquement par une échographie par voie sus-pubienne.

   b. Réserver l'échographie endovaginale aux situations où l'échographie sus pubienne n'est pas contributive ou aux situations nécessitant une imagerie complémentaire (GEU, MLU ...).

   c. Eteindre l'écran de retour vidéo et s'adapter pour que l'écran de l'échographe ne soit pas visible. Ne pas montrer les images sauf à la demande de la patiente.

   d. Ne pas faire écouter les bruits du cœur de l'embryon et ne pas décrire l'embryon.

   e. Limiter l'examen au strict nécessaire pour juger de la localisation, de l'âge et de l'évolutivité de la grossesse.

6. Exprimer le début de grossesse et précisant la fourchette d'imprécision : *« Grossesse de XX sa +/- 5 jours ou DG fixé au XX/XX/XX +/- 5 jours »*

7. Rédiger un CR qui précise localisation, datation, éventuellement l'évolutivité de la grossesse sans élément de description morphologique. Eviter d'utiliser le terme « activité cardiaque ». Limiter la production d'images aux clichés avec les mesures.

8. Codifier l'acte IPE

Limiter la production d'images

Que l'écran ne soit pas visible

Voir quoi ?

4sa

6sa+3

8+5sa (21mm)

8sa+6 (23mm)

12+3 (62mm)

13+4sa (79mm)

Voir le moniteur ?

- Répondre à la pulsion « scopique « : il y a quelque chose d"essentiel dans la « Schautrieb » (??), la pulsion de voir : elle incarne un moyen irremplaçable pour l'individu d'établir un contact avec le monde et de s'y sentir présent
- Besoin de voir pour décider, pour savoir
- Voir ou regarder :
  Regarder : dimension d'action, on porte son regard sur quelque chose. Pourtant, on peut regarder sans voir, par incompréhension ou mise à distance de l'objet
  Voir : dimension de contemplation, on perçoit par la vue les éléments parce qu'ils sont là, qu'ils font partie de l'environnement, sans intention particulière. Pourtant, le fait de voir emporte une prise de conscience, un être-avec les choses ou les êtres que l'on voit

  >> Amener la patiente à regarder ET voir, c'est lui faire porter son attention sur l'échographie et lui faire prendre conscience de son objet, pour un choix éclairé >> 1forme de liberté

Ne pas voir le moniteur ?

- Par protection : pour épargner la patiente (soulagement des patientes)
- Par souci de résistance à l'attraction de l'écran, pulsion scopique particulière que l'on connaît dans d'autres secteurs de nos vies.
- Donne à L'échographiste place particulière, seul témoin des images. Suppose de faire confiance à l'échographiste/ l'échographe

  >> Amener la patiente à ne pas voir, c'est la conduire à faire le choix d'une protection en conscience, fondée sur une relation de confiance >> 1 autre forme de liberté.

  >> Importance de la formulation pour un choix entre deux formes de liberté : éteindre sauf à la demande de la patiente ?

VOIR MAINTENANT OU PLUS TARD

- Possibilité de remettre les images ou non (dans centre d'IVG)
- Certaines patientes qui n'ont pas souhaité voir l'examen , demandent les images. Pour les voir plus tard?

VOIR LE SEXE « Couvrez ce *tubercule* que je ne saurais voir. Par de pareils objets, les âmes sont blessées. »

- La question de l'annonce du sexe à l'échographie du 1er trimestre (fiabilité après 12 SA estimée à 85%,), pertinent?
- Risque d'IVG liée au sexe en France: position des sociétés savantes est plutôt de ne pas donner l'information aux patientes
- Question de la diffusion et de la rétention d'information, question médecine patriarcale.

IVG sélective dans le monde

- C'est en observant les rapports de masculinité (sex ratio) entre 1980 et 2011 de deux régions d'Europe orientale qu'ils ont pu parvenir à ce constat. On parle de sex ratio déséquilibré lorsqu'il est supérieur à la norme de 105 garçons pour 100 filles.
- en Chine, où le sex ratio aurait continué d'augmenter jusqu'à 120 garçons pour 100 filles. Dans ce pays, le rythme d'avortements sélectifs a considérablement accéléré à cause de la mise en place de la politique de l'enfant unique. En 40 ans, entre 1971 et 2010, 330 millions d'avortements sélectifs auraient été pratiqués.
- l'Albanie, le Kosovo, l'Arménie et l'Azerbaïdjan, mais aussi, même si c'est moins flagrant, le Monténégro et la Macédoine occidentale. Leur sex ratio est compris entre 110 et 117.

Voir une anomalie: une loi sans ambiguïté (1/2)

- Contrer le fait que *« Des femmes se voient parfois opposer un refus [pour procéder à une IVG avant 12 semaines] au motif que la décision d'interrompre la grossesse à la suite d'un diagnostic anténatal est subordonnée à l'avis de l'équipe pluridisciplinaire [du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN) (visée à l'article L. 2213-1 du code de la santé publique) »* (Extrait de l'exposé des motifs de l'amendement 7 de Mmes Jouanno, Laborde et Billon en décembre 2016).
- **Entériner la loi du 4 août 2014,** selon laquelle, la femme n'a plus besoin de justifier sa décision d'interrompre sa grossesse dans le délai des 12 semaines (article L2212-1). C'est sur ce point que Chantal Jouanno insistera en conclusion du court échange qui a eu lieu autour de cet amendement qui n'a pas été retenu au motif que la loi était méconnue ou mal interprétée mais qu'elle existait déjà.

Voir une anomalie: une loi sans ambiguïté (2/2)

- Quelque soit ce qu'on voit à l'échographie avant 14 SA, cela ne saurait contrevenir au choix souverain de la patiente
- **Garantir un « droit à l'IVG »** aux femmes qui ont le diagnostic d'une anomalie de leur fœtus dans le délai légal d'une IVG (12 semaines de grossesse).
- Comme me l'a rappelé le Dr Philippe Roth de Necker, le point qu'il faut clairement expliquer aux femmes qui sont dans cette situation, pour qu'elles bénéficient d'un choix éclairé qu'avec une IVG il n'y aura pas de caryotype, pas de foeto-anatomo-patholgie, et donc pas de conseil génétique.

ET NOUS? Devons-nous voir à l'écho en post-IVG et quoi?

- Dans les recommandations IVG du CNGOF de 2016
- Il n'y a pas d'argument suffisant pour recommander en routine l'échographie au cours et/ou au décours de l'IVG instrumentale (accord professionnel). Lorsqu'elle est réalisée, un endomètre d'épaisseur supérieure à 8 mm devrait conduire à une réaspiration (grade B).L'étude échographique de l'endomètre quelques jours après une IVG instrumentale n'est pas pertinente (grade B).
- En cas d'IVG médicamenteuse, la réalisation systématique d'une échographie post-IVG n'est pas recommandée en routine (grade B). Si elle est pratiquée, l'échographie sus-pubienne ou endovaginale après une IVG médicamenteuse devrait être réalisée à distance (après 15 jours) (accord professionnel). L'étude de l'épaisseur de l'endomètre n'a pas de place dans l'évaluation de l'indication d'une aspiration (accord professionnel). Si une échographie est effectuée dans les suites de l'IVG médicamenteuse, son seul but devrait être de déterminer si le sac gestationnel est présent (accord professionnel).

CONCLUSION

Pour finir cette réflexion autour de ce que l'on voit ou non en échographie dans le contexte de l'IVG: il me semble que nous sommes dans un questionnement de nos rapports aux écrans, sont-ils des espaces de liberté, ou sommes-nous plus libres à nous en protéger ? Comme dans d'autres aspects de nos vies, cet enjeu est loin d'être résolu.

Et quelque soit le choix de la patiente , de regarder ou non ce qui se passe sur l'écran du moniteur, à nous de ne pas oublier de voir les patientes dans leur globalité, même quand la tentation est grande de se contenter de regarder techniquement.

La femme veut lire dans le regard de l'échographiste , la conviction qu'il reconnaît l'expérience singulière qui se passe dans son corps.