

L'imagerie prénatale : questions posées par la découverte d'une anomalie neurologique

Laurent Guibaud, Vincent Des Portes

DANS **LAENNEC 2014/2 Tome 62**, PAGES 9 À 21

ÉDITIONS **CENTRE LAENNEC**

ISSN 1272-520X

DOI 10.3917/lae.142.0009

Date de mise en ligne : 14/04/2014

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-laennec-2014-2-page-9?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Centre Laennec.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [Cairn.info/copyright](http:// Cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.



Relation de soin

Analyse

Laurent Guibaud

Radiologue échographiste

Vincent des Portes

Neuropédiatre

Hospices civils de Lyon

Université Lyon 1

L'imagerie prénatale : questions posées par la découverte d'une anomalie neurologique

*Passé au crible des techniques
d'imagerie prénatale, l'enfant attendu
tend à devenir « objet » d'étude,
livré à l'interprétation du médecin.
Face à une image inhabituelle
révélant un risque de pathologie grave,
comment redonner au fœtus
sa singularité de sujet ? Comment
accompagner les parents, confrontés
à une décision psychologiquement
et humainement très lourde,
dans une véritable démarche
de questionnement éthique ?*



Outil indispensable de cette spécialité nouvelle qu'est la médecine fœtale, l'imagerie prénatale offre un paradigme des questions éthiques soulevées par la confrontation entre les techniques d'imagerie médicale – échographie, IRM – et l'imaginaire des patients. Ici en effet, l'imagerie est remarquable par le fait qu'elle rend subitement présent un enfant aux yeux des praticiens – et surtout à ceux d'un homme et d'une femme en voie de devenir parents.

Comment un sujet devient image

Dans le cadre de l'imagerie prénatale, l'objet de l'étude n'est pas la patiente elle-même mais l'être porté dans la matrice maternelle ; être d'espérance, être de désir, fortement investi par les projections parentales. À travers le dévoilement permis par la technologie, les images font brutalement irruption dans cet imaginaire des parents. L'examen échographique donne soudain consistance à l'enfant attendu, en particulier pour le père qui ne peut en ressentir la présence dans son corps. Ainsi, le couple découvre par l'image celui (ou celle) qui est l'objet de toute son attente. Il le (la) voit, entend son cœur... L'enfant prend corps sous le regard attendri des parents – lequel pourra se faire interrogateur, parfois, devant des images peu lisibles.

Un médecin créateur d'images, qui dévoile celui qui était caché

À ce regard parental, il faut bien opposer celui du médecin, pour qui le fœtus est avant tout objet d'étude. Ainsi, l'être en devenir est évalué à l'once d'une *check-list* permettant de se prononcer sur sa vraisemblable « normalité ». Ses différents organes sont mesurés et étudiés, à la recherche d'une malformation ou d'éventuels signaux pouvant évoquer une anomalie génétique. À cet instant, l'objet de l'étude est bien un objet « imagé ».

Et le médecin se révèle un véritable artiste, qui crée l'image du fœtus en balayant le ventre maternel avec sa sonde d'échographie. Ce pouvoir créateur peut induire chez lui une véritable fascination. Avec, dans une culture judéo-chré-

tienne, une certaine tentation de toute-puissance : « Mes os ne t'ont pas été cachés lorsque j'étais dans le secret. Je n'étais qu'une ébauche et Tes yeux m'ont vu » dit le psalmiste (1). À l'égal du Créateur, l'échographiste voit ce qui est caché ; il connaît ce que nul ne connaît – le sexe de l'enfant, par exemple... Mais l'artiste peut aussi devenir esclave de son œuvre : l'avènement de l'échographie en trois dimensions démultiplie ce risque avec une réelle tentation de l'image pour l'image. Sous le regard médical, l'être en devenir disparaît alors derrière l'image de sa pathologie potentielle, ne laissant subsister – en l'absence d'une parole accompagnatrice – qu'une image désincarnée.

Le médecin doit garder à l'esprit que l'image échographique ou celles de l'IRM offrent une approche de la réalité mais ne sont pas la réalité. On pourrait évoquer ici le tableau de Magritte : « Ceci n'est pas une pipe. »

Interpréter l'image pour prédire un devenir

Cette image, dans toutes ses dimensions, est soumise à un raisonnement, à une interprétation diagnostique et pronostique. Or, cette interprétation médicale de l'image ne va pas de soi : elle se heurte aux limites de la technique et du savoir. À partir de connaissances souvent relatives est émis un « avis médical » dont les enjeux éthiques sont majeurs... puisqu'il peut en résulter une décision d'interruption médicale de grossesse.

Plusieurs facteurs peuvent ainsi interférer avec l'usage qui est fait de ces images. Pour une pathologie donnée, l'interprétation peut varier dans le temps en raison de l'évolution des connaissances médicales. Une même image est susceptible d'être appréciée différemment selon le médecin qui pratique l'examen ou la structure dans laquelle celui-ci est réalisé. On aboutit alors à des annonces différentes. Parfois même, la pathologie évoquée s'avère être un *artefact* de la technique utilisée, c'est-à-dire une « création » par cela même qui est sensé la mettre en évidence. Dans certains cas enfin, à l'issue de l'examen, l'incertitude subsiste quant à la réalité d'une pathologie, face à une image inhabituelle.

On perçoit ici les limites de l'image, qui peut être à la fois source de toutes les angoisses et complètement vide

(1)
Psaume 139.



de sens pour les parents en attente d'un éclairage sur le devenir de leur bébé. Pourtant, de cette image échographique incertaine, doit émerger une parole qu'ils puissent s'approprier.

Comment [re]donner à l'image un statut de sujet ?

Or – et c'est bien la singularité de la médecine prénatale – celui dont on parle est un bébé qui n'est pas encore né. L'image provient d'une personne humaine en devenir, d'une vie commencée mais encore enfouie dans l'utérus maternel. Comment rendre humainement pensable cette image échographique ou IRM ? Comment aider les parents à tenter de se représenter mentalement cet être en devenir, à lui donner corps ?

Un bébé dont on ne connaît pas le visage, que l'on n'a jamais porté dans ses bras et encore moins nourri, qui souvent n'a pas encore de prénom... La différence avec la médecine néonatale est énorme, fondamentale !

Un espace de parole est indispensable pour que l'humanité de cet être de chair puisse se déployer. Lorsque l'échographie révèle l'existence d'une image anormale, la consultation d'un « spécialiste de l'organe en cause » – ici le cerveau – doit permettre de situer cette découverte prénatale angoissante dans la réalité clinique d'enfants déjà nés.

Les conditions préalables à la consultation du neuropédiatre

Plusieurs conditions doivent être réunies pour favoriser l'émergence d'une parole juste et éclairée, qui soit recevable et assimilable par les parents.

- Clarifier les aspects « techniques ». Il est essentiel de se mettre d'accord avec tous les professionnels concernés – radiologues, généticiens, etc. – sur des données scientifiques rigoureusement actualisées. Cela exige de tenir à jour une bibliographie exhaustive qui permettra de ne jamais invoquer de données non vérifiées.
- Se donner les moyens d'harmoniser le ton de son propre discours avec celui des autres acteurs du Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN). Avant de rencontrer le couple, le neuropédiatre s'efforcera d'évaluer sa com-

préhension de la situation et son cheminement, pour pouvoir l'aborder aussi justement que possible. Que savent les parents ? Où en sont-ils ? Cela implique au minimum un échange téléphonique avec l'obstétricien ou le généticien, en plus du radiologue échographiste.

- Trouver une date appropriée. Ces consultations sont longues : une heure, une heure et demie... parfois plus. Il importe donc de dégager une plage horaire suffisante, qui ne soit pas limitée par une réunion ultérieure ou un autre rendez-vous. Date et heure doivent être compatibles avec la présence de la femme et de son conjoint. Pour les patientes qui viennent de loin, il importe aussi de prendre en compte les horaires de consultation des obstétriciens et échographistes afin d'éviter un double déplacement. Le jour venu, il faudra trouver un box de consultation libre et veiller à ne pas faire attendre le couple longuement dans une salle d'attente peuplée d'enfants handicapés (ou en bonne santé). Il s'agit d'une « médecine de semi-urgence » pour le médecin, qui doit s'organiser et annuler, le cas échéant, d'autres engagements.

Les quatre temps de la consultation de neuropédiatrie

« Parler et écouter ne font qu'un », dit Emmanuel Levinas (2). Pour les consultations prénatales « d'expert », avec l'expérience, le temps de parole du spécialiste tend à diminuer alors que celui du couple augmente.

[Re]donner au fœtus une singularité

La rencontre du couple est l'occasion de situer dans sa famille ce bébé en devenir, de lui [re]donner une singularité. La consultation commence naturellement, comme toute consultation médicale, par un temps d'interrogation et d'écoute visant à recueillir des informations : sur la grossesse et les antécédents familiaux, notamment maternels ; sur la biographie des parents, du couple et de la fratrie – avec le prénom et l'âge des frères et sœurs ; sur le métier des parents...

Mais d'autres éléments doivent aussi être précisés : tout d'abord, ce que les parents ont déjà compris de la pathologie révélée par l'image et de son pronostic ; ensuite, les représentations du handicap entretenues par chacun d'eux, en

(2)
Levinas E « Éthique et esprit »,
in : *Difficile liberté*, Éditions
Albin Michel, 1952.



fonction notamment de son histoire personnelle, et la convergence ou la divergence de ces représentations ; le cas échéant, l'identité des personnes de confiance qui les soutiennent dans leur réflexion ; enfin, l'avancée de leur cheminement par rapport à une éventuelle décision quant à la suite de la grossesse...

Parfois, très rapidement, l'un ou l'autre parent intervient pour marquer sa position – ou encore les deux ensemble.

Lors de ma rencontre avec Monsieur et Madame R., je n'ai pas pris ce temps préliminaire d'écoute. Je ne sais donc pas à quel stade se trouve le couple dans sa réflexion. Alors que je commence à parler de la pathologie, je suis immédiatement interrompu par le père : « Attention, Docteur, je vous arrête. Vous êtes en train de parler comme si on gardait le bébé. »

Inversement, Monsieur et Madame T. ont d'emblée abordé la question de l'interruption médicale de grossesse lors des présentations : « Pour nous, faire une IMG, c'est impossible... c'est un crime. »

Partager les connaissances... et les incertitudes sur la pathologie en cause

Xavier Lacroix a pu évoquer une « apparence de savoir avec, au cœur de ce savoir, un “non-savoir” considérable » (3). Cette relativité du caractère prédictif de la connaissance médicale ne doit pas être dissimulée aux parents. Certes, le fait que le médecin fasse part de son doute surprend généralement le couple, venu chercher en consultation une information de spécialiste, une expertise. Mais ce qui lui est dû, c'est bien une information « loyale » en fonction des données actuelles des connaissances.

Pour autant, le contenu de cette information n'est jamais simple à définir, et plusieurs questions se posent.

- Faut-il « tout » dire ?

Le seul fait de chiffrer le risque d'une pathologie très grave revêt un fort caractère anxiogène pour les parents, y compris lorsque le risque lui-même est faible. Prenons l'exemple de l'agénésie du corps calleux, malformation cérébrale la plus fréquente, que le neuropédiatre rencontre plusieurs fois par an. Elle constitue un modèle de situation de pronostic in-

(3) Extrait d'une communication orale donnée à l'occasion d'une des huit rencontres de réflexion éthique organisées au Châtelard (à Francheville, près de Lyon) de 2004 à 2013, à l'initiative des auteurs de cet article. Ces rencontres informelles réunissaient des médecins et sages-femmes chrétiens impliqués dans la pratique du diagnostic prénatal, et des philosophes, pasteurs et théologiens.

» Le choix des mots également est essentiel. Certains termes médicaux font peur, d'autres rassurent et donnent confiance. ««

certain : dans 65 % des cas, l'enfant ne connaîtra aucun problème de développement ; dans 25 à 30 % des cas, il aura des difficultés d'apprentissage, sans handicap mental ; enfin, dans 5 à 10 % des cas, il sera atteint de handicap mental, parfois sévère. Cette incertitude aboutit à des discours et des pratiques non consensuels en France : le taux d'interruption médicale de grossesse (IMG), pour l'agénésie du corps calleux, varie de 0 à 100 % selon le centre de diagnostic prénatal consulté !

- Comment le dire ?

Le maniement des chiffres n'est pas neutre. Les pourcentages sont mal compris par la majorité des gens. Mieux vaut donc s'exprimer en valeur absolue – un langage plus facilement accessible et de surcroît scientifiquement plus exact – s'agissant de petits échantillons de patients. Ainsi, à propos de l'agénésie du corps calleux, on dira : « 13 enfants sur 20 vont bien » – et non pas 65 % ; « 1 sur 20 est atteint d'un handicap mental » – et non pas 5 %. L'ordre de présentation compte aussi : conclure par « la majorité des enfants a un développement psychomoteur normal » ou par « on relève 5 à 10 % de risque de handicap mental » n'a évidemment pas le même impact psychologique.

Le choix des mots également est essentiel. Certains termes médicaux font peur, d'autres rassurent et donnent confiance. Du plus *soft* au plus anxiogène, on évoquera : des troubles cognitifs ; des difficultés d'apprentissage ; un retard psychomoteur ; une déficience mentale ; un handicap mental...

- À partir de quelles sources parle-t-on ?

Pour s'adresser aux parents, est-il préférable de s'appuyer sur sa propre pratique ou sur des données de la littérature médicale ?

L'évocation des enfants suivis régulièrement par le médecin en consultation ne produit pas du tout le même effet que la description de séries issues des publications scientifi-



fiques. Les parents peuvent se représenter plus facilement le degré de handicap et l'évolution envisageable. Mais il faut impérativement s'assurer que l'expérience personnelle du médecin, forcément limitée, n'entre pas en contradiction avec les données publiées par d'autres équipes (elles aussi d'ailleurs très souvent limitées). Et il est important de citer ces autres études, pour éviter d'attribuer trop de signification à l'expérience subjective d'un seul praticien. En outre, il peut s'avérer nécessaire de ramener à leur juste valeur les messages issus de la consultation d'Internet par les parents.

- Faut-il moduler le contenu en fonction du couple ?

En théorie, une information se doit d'être « objective » : tenu à une « neutralité bienveillante », le médecin doit éviter de donner une tonalité subjective au contenu de l'information médicale.

En pratique, une intersubjectivité se met en place. Le concept de « consentement éclairé » implique de fournir des informations qui puissent être « entendues » par le couple – et pas seulement par la femme – à la fois sur le plan intellectuel, en veillant au niveau de compréhension des notions statistiques, et sur le plan psycho-affectif, en prêtant attention aux mécanismes de défense éventuels, à la capacité de chacun à gérer une situation de doute...

Enfin, pour partager un savoir médical qui peut être reçu comme un arrêt de mort, le médecin doit surtout connaître sa propre subjectivité avec ses ambivalences : ses convictions personnelles, sa propre relation au handicap, l'image de lui-même qui est en jeu par rapport à ses collègues...

S'autoriser à « mettre en scène » les différents scénarios envisageables

Il s'agit d'aider le couple à se projeter dans l'avenir en prenant effectivement en compte les deux issues envisageables de la grossesse – l'IMG ou la naissance. L'enjeu est de permettre aux parents de passer d'une « image » sur écran à une représentation mentale du bébé, de redonner corps au fœtus. Cela suppose de décrire tout le champ des possibles si l'enfant naît. Cela suppose d'autoriser le couple à penser le bébé mort, et aussi le bébé né. Cela suppose une informa-

tion médicale loyale et symétrique – y compris sur les modes de prise en charge post-natale si le bébé se révèle être handicapé.

Tout cela demande du temps. Du temps pour que la parole s'exprime, pour que la pensée sorte de la sidération psychique. S'autoriser à penser l'impensable. Et y consentir... ou pas.

En pratique, en cas de pronostic incertain, mais avec une probabilité plus forte que l'enfant aille bien, le couple a deux manières possibles de décider la poursuite de la grossesse :

- un pari de type pascalien, fondé sur l'espoir que l'enfant ira bien, qu'il sera du bon côté des chiffres et du risque, dans une stratégie probabiliste du moindre regret ;

- ou l'acceptation d'un éventuel handicap, qui semble constituer un choix plus sûr ; car même si un tel scénario est peu probable, on ne peut pas l'éviter, le passer sous silence pour se rassurer (4).

Le médecin doit donc s'assurer, lors de la consultation, que ce scénario avec le risque qu'il représente – même faible – a bien été entendu, compris et pris en compte. Il existe un certain degré d'incertitude et de doute qu'on ne peut pas lever, il est impossible de rassurer pleinement. Pour certains parents, ce doute, même de 5 %, est insupportable. Pour beaucoup, il est intégré, considéré comme un risque acceptable.

De ce point de vue, il est souhaitable – et de toute manière, légal – d'envoyer au couple une copie du compte rendu de consultation. Cet envoi constitue certes une garantie pour le médecin, mais il permet parfois aussi aux parents de prendre conscience d'un aspect de l'information reçue oralement qu'ils avaient occulté. La chose dite et la chose écrite n'ont pas la même résonance.

Échanger librement sur la décision à prendre

Il arrive parfois que la consultation s'arrête là. Il faut alors veiller à ce que la continuité médicale ne soit pas rompue, s'enquérir de la suite du parcours. Le couple doit avoir la possibilité de revoir rapidement les membres du centre de diagnostic prénatal qui coordonnent le dossier – obstétriciens, psychologues, psychiatres – pour ouvrir un nouvel espace de dialogue avant d'entériner une décision.

(4)

Dans certains cas, c'est seulement à la naissance que l'enfant s'avère être atteint d'un syndrome rare, non détectable en prénatal – qu'il soit déjà porteur d'un handicap ou exposé à son développement ultérieur. Si la part du risque a été effectivement prise en compte dans le discours tenu par le médecin avant la naissance, ce discours ne pourra pas être remis en cause et, surtout, la décision prise de poursuivre la grossesse ne sera pas regrettée.





Souvent, cependant, les parents éprouvent le besoin d'échanger avec le spécialiste, en fin de consultation, sur l'état de leur réflexion concernant l'interruption de la grossesse ou sa poursuite avec un risque de handicap. Cette discussion ouverte s'inscrit alors au cœur du questionnement éthique : « Une décision est sur le chemin de l'éthique si elle est parlée. » (5)

Une véritable démarche de questionnement éthique

Il convient de distinguer trois niveaux de réflexion éthique susceptibles de guider notre pratique prénatale et l'accompagnement des parents dans leur prise de décision :

- un niveau légal : quel est l'espace de responsabilité ouvert par la loi ?
- un niveau d'ordre psychologique et humain : quels sont les invariants anthropologiques communs à la plupart des couples et médecins, indépendamment de leur référentiel personnel ?
- un niveau spirituel.

Quel est l'espace de responsabilité ouvert par la loi ?

Les dispositions législatives relatives au diagnostic prénatal s'inscrivent sous le titre du code de la santé publique consacré aux « Actions de prévention concernant l'enfant » :

« Le diagnostic prénatal s'entend des pratiques médicales ayant pour but de détecter *in utero* chez l'embryon ou le fœtus une affection d'une particulière gravité. » (6)

En pratique, les perspectives thérapeutiques étant réduites, la finalité implicite du diagnostic prénatal est de permettre à la femme enceinte, par la délivrance d'une information fiable, d'exercer de manière éclairée son libre choix quant à la poursuite de la grossesse ou à l'éventualité de son interruption pour raison médicale.

Deux situations cliniques autorisent une IMG : soit lorsque « la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme » ; soit lorsqu'« 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 » (7).

(5) Xavier Lacroix, communication orale, rencontres du Châtelard.

(6) Code de la santé publique, deuxième partie, livre 1^{er}, titre III, chapitre 1^{er}, article L.2131-1, al. 1.

(7) Code de la santé publique, article L.2213-1.

Le cadre législatif français ouvre ainsi aux couples et aux médecins un espace de liberté – et donc de responsabilité – inédit, sans limitation de terme, y compris au troisième trimestre de la grossesse, alors même que le bébé est viable.

Quels sont les enjeux anthropologiques d'une telle décision ?

Dignité de la vie et conditions d'une vie digne

Devoir décider la poursuite ou l'interruption d'une grossesse pour des raisons de qualité de vie de son futur bébé est une situation psychiquement impensable. Dans leur grande majorité, les couples qui y sont confrontés manifestent une conscience aiguë, dramatique, des enjeux humains et éthiques d'une telle décision.

Souvent, leur réflexion est marquée par des allers-retours incessants entre la dignité imprescriptible de la personne humaine et les conditions d'une vie digne. Selon Françoise Gonnaud, pédopsychiatre : « Ils ont conscience que l'enfant a une valeur intrinsèque. Mais s'il y a refus de la grossesse, c'est au nom de la souffrance de la famille, de la fratrie, pour protéger l'existant, ce que l'on a construit jusqu'à présent, la vie déjà là dont on est responsables. » (8)

Question de la responsabilité liée au savoir

De fait, la connaissance de cette malformation découverte à l'échographie – source de handicap potentiel – confère au médecin et au couple une forme de responsabilité. Quelle qu'en soit la nature (civile ? pénale ? morale ?), il est impossible de faire comme si on ne savait pas...

Mais n'est-on pas alors confronté à un paradoxe ? Le médecin et les parents se sentent parfois plus coupables d'une souffrance subie (le fait de connaître la malformation cérébrale) dont ils ne sont pas moralement responsables, que d'un acte délibérément commis (l'interruption médicale de grossesse) qui engage leur liberté...

Évoquant cette question terrible de la responsabilité de demander une IMG devant un risque élevé de handicap sévère, Olivier de Dinechin, alors membre du CCNE, s'autorisait la remarque suivante :

Quand une femme, un couple, se résigne à cette décision d'IMG... Quand il y a eu un espace de parole, cet enfant n'est

(8)
Françoise Gonnaud,
communication orale,
rencontres du Châtelard.





pas mort de la méchanceté des hommes, ni du mensonge, mais de sa maladie. [...]

L'enfant à naître n'a pas été supprimé dans la haine ou le rejet, mais bien plutôt dans le désespoir, et le manque de confiance dans la possibilité d'accompagner dans la vie et d'élever un enfant lourdement handicapé. Certains pourraient sans doute qualifier cette attitude de manque de foi. Mais qui pourrait se permettre d'imposer une attitude véritablement héroïque à ces parents ? D'ailleurs une forte culpabilité, simplement humaine et spontanée, entoure cette décision qui marquera de façon indélébile la suite de l'histoire familiale. (9)

Quelle est l'attitude juste pour un médecin chrétien ?

Lorsque le médecin a lui-même des références chrétiennes, quelle attitude doit-il adopter pour accompagner justement la prise de décision du couple ? Comment laisser ouvert un espace pour l'espérance et la confiance dans la vie, sans pour autant quitter la neutralité bienveillante qui est une exigence professionnelle essentielle ? Comment laisser aux parents la liberté et la responsabilité de leur choix, sans pour autant les laisser trop seuls ?

Comme le suggère le Cardinal Philippe Barbarin, « sans doute faut-il ne pas nous prendre pour davantage que nous ne sommes, et simplement respecter la décision, la lumière intérieure des gens, avec leur conscience, en veillant à ne jamais les abandonner » (10).

Conclusion

L'imagerie foetale ne serait-elle qu'un cadeau empoisonné de la science à la médecine ? Si elle permet assurément l'accès à de nouveaux savoirs, contribuant ainsi à une amélioration de la prise en charge de l'enfant à naître, elle ouvre aussi des champs infinis de non-savoir qui décuplent nos doutes et nos incertitudes...

Un repère sûr, cependant : tout progrès augmente notre responsabilité. Soit on choisit de s'en « laver les mains » et l'on quitte la pratique prénatale... soit on décide de poursuivre, au risque de « se salir ».

Cette décision psychologiquement et humainement impossible

(9)
Olivier de Dinechin,
communication orale,
rencontres du Châtelard.

(10)
Philippe Barbarin,
communication orale,
rencontres du Châtelard.

que doit prendre la patiente confiée à nos soins ne peut, quelle qu'elle soit, être qualifiée de « bonne » ou de « mauvaise ». Elle sera « éthiquement acceptable » si elle a été prise dans un espace de parole réellement libre et bienveillant entre les parents et les professionnels.

● **Laurent Guibaud, Vincent des Portes**

Mots clés : Diagnostic prénatal ; Imagerie médicale ; Information du patient.

