



HAL
open science

Les émotions maternelles en médecine foetale

Lucile Abiola, Elise Riquin, Marie Michon, Marcel Louis Viallard

► **To cite this version:**

Lucile Abiola, Elise Riquin, Marie Michon, Marcel Louis Viallard. Les émotions maternelles en médecine foetale. *Médecine Palliative*, 2021, 20 (6), pp.335-341. 10.1016/j.medpal.2021.02.002 . hal-04009852

HAL Id: hal-04009852

<https://hal.science/hal-04009852>

Submitted on 5 Jan 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

LISTE AUTEURS

Lucile Abiola, sage femme, CHU d'ANGERS, pôle Femme Mère Enfant, service Gynécologie-obstétrique : 4 rue Larrey 49000 ANGERS, France ablucile_sf@yahoo.fr

Elise Riquin, PH ; Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'adolescent, CHU d'Angers ; Fondation Santé des Etudiants de France, Centre Pierre Daguët, Sablé sur Sarthe ; Laboratoire de Psychologie, LPPLEA4638, Université d'Angers ; Unité Micovasc, UMR CNRS 6015-INSERM 1083, Angers, France.

Marie Michon, ATER en philosophie, Centre de recherche des Cordeliers, INSERM, Sorbonne Université, Université de Paris, Laboratoire ETREs, F.75006 Paris, France ; Doctorante en philosophie, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, IHSPT ; F-75006 Paris, France.

Marcel Louis Viallard, MD, PhD ; AHP Centre, site Necker Enfants Malades, UF Douleur et médecine palliative périnatale, pédiatrique et adulte, 149, rue de Sèvres 75007 paris ; Centre de recherche des Cordeliers, INSERM, Sorbonne université, Université de Paris, Equipe ETREs, 75006 Paris, France ml.viallard@gmail.com

Auteure correspondante ; Lucile ABIOLA : ablucile_sf@yahoo.fr

« LES EMOTIONS MATERNELLES EN MEDECINE FŒTALE »

« MATERNAL EMOTIONS IN FETAL MEDICINE »

RESUME

La pratique de la médecine fœtale permet le dépistage d'anomalies fœtales *in utero*. Ces diagnostics entraînent une véritable effraction dans le psychisme maternel et les émotions maternelles sont alors intenses. La découverte d'une anomalie chez le fœtus enclenche une prise en charge dans un Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal (CPDPN) et la femme pourra envisager une Interruption Médicale de Grossesse (IMG) devant la particulière gravité de la pathologie fœtale, si elle le souhaite, après accord du CPDPN.

Mais, comment peut-elle prendre une telle décision en pleine tempête émotionnelle suite à l'annonce de cette anomalie fœtale ? Comment mobilise t'elle ses émotions, notamment négatives, dans ce processus décisionnel transgressif de l'IMG ?

Il est donc nécessaire, dans un premier temps, de contextualiser notre étude par les apports théoriques sur la médecine fœtale, la particularité psychique de la grossesse et sur les émotions présentes lors de l'annonce d'une malformation fœtale. Dans un second temps, afin de mieux connaître le vécu émotionnel, une étude des témoignages maternels a été effectuée pour pouvoir analyser le rôle des émotions dans cette prise de décision d'IMG. Enfin, une discussion autour des résultats de cette étude abordera la nécessité de ces émotions dans ce processus décisionnel et l'intérêt de les valoriser par les équipes des CPDPN afin de les rationaliser en vue d'un meilleur vécu pour ces femmes.

MOTS CLES

Médecine fœtale, Interruption médicale de grossesse (IMG), émotions, prise de décision.

SUMMARY

Fetal medicine practices, enable screening *in utero* fetal anomalies. These diagnoses involve a real break through maternal psyche and maternal emotions are therefore intense. The discovery of a fetal abnormality sets off a process in which the woman will be taken care of within the Multidisciplinary Center of Prenatal Diagnosis (MCPD) and the woman will be able, if she wishes so, to consider a Termination of Pregnancy (TOP), depending on the particular seriousness of the fetal pathology, upon approval of MCPD. However, how can she properly make such an important decision in such an emotional turmoil, caused by the fetal anomaly discovery? How can she mobilize her emotions, especially the negative ones, within the transgressive process of having recourse to TOP?

First of all, it is highly necessary to build a context for our study with theoretical inputs on fetal medicine, psychological singularity of pregnancy and on the emotions triggered when announcing a fetal malformation. Second of all, a study compiling maternal testimonies have been driven in order to have a better understanding of the emotional process. The purpose of this study is to analyze the role of emotions in the TOP decision-making process. To finish with, a discussion regarding the results of this study will focus on how emotions are necessary in the decision-making process and need to be enhanced by the MCPD teams in order to make them more rational and thus help women.

KEY WORDS

Fetal medicine, Termination of Pregnancy (TOP), emotions, decision-making process.

INTRODUCTION-CONTEXTE DE L'ETUDE

La médecine fœtale est la médecine qui s'intéresse au fœtus à travers le ventre maternel. Ses aspects sont multiples : génétique, dépistage, médecine prédictive, diagnostic mais aussi la possibilité d'interruption médicale de grossesse lorsque cela est justifié par l'atteinte fœtale ou maternelle. **Cette pratique bien spécifique a fait l'objet de nombreux débats éthiques tant sur la portée des dépistages proposés que sur le poids des décisions à prendre pour le fœtus ou encore sur l'incertitude des pronostics fœtaux, d'autant plus que les possibilités thérapeutiques *in utero* sont actuellement assez réduites.** Elle est donc encadrée par différents textes législatifs, notamment la loi de 1975 et celle de bioéthique de 1994 (1,2). Ainsi, la médecine prénatale permet un dépistage, un diagnostic certain ou incertain et permet, le cas échéant, d'attester de la gravité de la pathologie fœtale afin d'autoriser la mère (et les parents) à interrompre la grossesse si c'est leur volonté. Mais elle entraîne un certain impact émotionnel chez la mère.

Tout d'abord, il est nécessaire de comprendre que la grossesse est un moment particulier chez la mère, s'apparentant à une crise maturative, nécessitant des remaniements psychiques sur fond d'ambivalence et provoquant des sentiments de crainte, d'espoir et de réparation du passé (3). La grossesse est également un moment de gratification narcissique pour la femme (4). Nous pouvons ainsi aisément apercevoir l'effet que pourraient avoir ces examens fœtaux sur le psychisme maternel, notamment si ceux-ci révèlent la moindre anomalie. L'annonce d'une malformation fœtale fait effraction, elle fait l'effet d'un choc, d'autant plus que la possibilité d'anormalité est refoulée et que le futur enfant est fantasmé. Ce traumatisme, suivi d'une certaine sidération psychique est similaire dans les annonces de mauvaises nouvelles en médecine. Cette sidération protège le psychisme mais entraînera ensuite l'apparition d'autres émotions telles qu'angoisse, colère, peur, culpabilité, haine, tristesse etc...

Avant de poursuivre notre recherche, il est important de réfléchir aux émotions. Selon la définition du Larousse, il s'agit « *d'une réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement.* » Les émotions font partie intégrante de notre vie, elles structurent les relations sociales, permettent l'expression d'un sentiment, elles nous alertent d'un danger ou influencent nos perceptions. Elles sont l'essence même de l'expérience humaine. L'émotion n'est pas purement cérébrale, elle s'exprime aussi par des sensations physiques, ses mécanismes sont complexes et multiples. On utilise d'ailleurs le terme « ressentir une émotion », dans le sens charnel du terme. C'est probablement ce qui peut la différencier du sentiment, bien que ces deux termes ou concepts soient souvent confondus, imbriqués voire indifférenciés.

L'étude des émotions appartient à plusieurs domaines tels que la biologie, la philosophie, la psychologie, les neurosciences et sa conceptualisation est complexe. Toutefois, le dénominateur commun est le rôle adaptatif des émotions : elles permettent de s'adapter aux différentes situations en orientant notre attention et en nous aidant à l'évaluation de cette situation.

Les travaux neuroscientifiques sur les émotions, notamment ceux d'Antonio Damasio décrivent le rôle du « cerveau émotionnel ». Ainsi, le noyau amygdalien favorise la sélection des informations émotionnelles, modifie l'attention portée aux stimuli extérieurs (5) et participe à l'évaluation morale de l'évènement. L'hippocampe permet le stockage et l'encodage de l'émotion et sa transformation en souvenir. La qualité de celui-ci sera ainsi directement liée à l'intensité du ressenti émotionnel. Le cortex préfrontal gère l'aspect cognitif des émotions et permet d'adapter le comportement social à partir de l'information fournie par l'émotion (6).

Pour Antonio Damasio, neuroscientifique, elles apportent les éléments d'information nécessaires à la décision ou jouent un rôle de signal d'alarme. Pour Pierre Livet, philosophe, les réactions émotionnelles sont des manifestations de nos valeurs en jeu dans l'évènement (7), et ces valeurs permettent la hiérarchisation de nos attentes face à cet évènement et donc facilitent notre prise de décision. D'un point de vue cognitif, les émotions, en nous informant sur les stimuli importants, influencent notre perception de l'environnement, augmentent nos capacités d'adaptation, d'évaluation morale ou de mémorisation (8). **Mais les émotions négatives en médecine fœtale et lors de l'annonce d'une anomalie, n'empêchent-elles pas la cognition nécessaire à la prise de décision ?**

L'anxiété est déjà fréquemment retrouvée lors des examens de dépistage anténataux, elle est donc exacerbée en cas de diagnostic d'anomalie, d'autant plus que ces situations ont une grande part d'incertitude. Or, l'anxiété favorise la recherche de diminution rapide de l'incertitude lors de la prise de décision (9), elle influence ainsi le choix décisionnel qui entraînera plus de conséquences négatives. Ainsi, dans le cas de la prise de décision d'IMG, l'anxiété pourrait influencer la femme vers un choix hâtif de soulagement de la douleur sans véritable évaluation des conséquences à long terme, ou en tout cas, sans interprétation cognitive puisque le ressenti anxieux prédomine.

La culpabilité et la colère, en lien avec l'effraction psychique est fréquente dans ces situations. La frustration et l'injustice entraînent de la colère et la colère de la culpabilité. La réaction qui s'en suit peut être le rejet de ce fœtus non parfait avec un désinvestissement dans un mécanisme défensif, mais celui-ci entraînera à son tour de la culpabilité dans un cercle non vertueux. Pour Pierre Livet, la colère peut maintenir l'action en cours mais l'environnement est ressenti comme hostile, et les informations obtenues pourront avoir une évaluation faussée (7). La colère ressentie envers le fœtus peut influencer la décision d'IMG puisqu'il est l'objet

de cette colère mais la culpabilité d'un tel ressenti viendra ensuite en balance avec une telle émotion, entraînant ainsi une ambivalence difficile.

La tristesse est très probablement une émotion ressentie lors de la décision d'IMG, en lien avec la rupture d'une grossesse idéale et l'accueil d'un enfant parfait. Or la tristesse entraîne la recherche d'un résultat satisfaisant, en termes de récompense, lors de la prise de décision (9). Mais il semble difficile que la décision d'interrompre ou de poursuivre la grossesse ait une issue « satisfaisante ».

Le stress est forcément une émotion présente lors de ce parcours puisque l'annonce vient provoquer une distance entre le fœtus imaginé et la réalité, et qu'il y aura des conséquences futures à cette découverte (10). Or, dans un contexte stressant, les émotions peuvent être utiles dans le processus de coping, processus d'adaptation mis en place lors d'une situation stressante afin de la résoudre, ensemble d'actions qu'un individu met en œuvre afin de résoudre les problèmes auxquels il est confronté. Cette adaptation nécessite un travail cognitif pour s'adapter à la situation stressante et donc aider à la prise de décision (10). Le diagnostic anténatal d'une anomalie fœtale nécessite ainsi un temps nécessaire au travail cognitif pour que la femme puisse mettre ce coping en place, évaluer cette situation et donc les conséquences possibles des choix qui seront faits.

Ainsi, les émotions sont des signaux des stimuli environnementaux et permettent un travail cognitif utile pour les relations, les affects, les valeurs, le raisonnement et donc les prises de décision qu'elles soient faciles, immédiates ou plus réflexives. La littérature en psychologie et en philosophie montre que les émotions ont un rôle positif cognitif de rationalisation de la situation, mais le stress intense de la situation de prise de décision complexe d'IMG pourrait mettre en difficulté cette cognition.

Suite à l'annonce d'une anomalie fœtale grave, le couple parental va devoir choisir entre la décision de poursuivre la grossesse et accueillir cet enfant et la décision d'interrompre cette grossesse. Comment construire ce cheminement décisionnel en pleine tempête émotionnelle liée à l'annonce ? Les émotions négatives inhérentes à la situation interfèrent-elles dans cette prise de décision ?

Comment à travers cet afflux massif d'émotions, les femmes peuvent-elles prendre une telle décision ? Quels sont les rôles, les impacts de ces émotions dans ce processus décisionnel ?

A travers l'étude du corpus choisi, nous pourrions tenter de comprendre le vécu des patientes traversant ce parcours, vérifier la présence de ces émotions décrites théoriquement, leur identification par les femmes et comprendre comment les femmes prennent cette décision en les y intégrant, ou non.

MATERIEL ET METHODE

Afin de mieux comprendre la place des émotions lors du parcours en médecine fœtale, et plus particulièrement après l'annonce d'une malformation fœtale d'une particulière gravité pouvant amener à la décision d'IMG, nous avons fait le choix dans cette étude, d'étudier un corpus témoignages maternels concernant les situations d'IMG pour raisons fœtales. Nous avons décidé de nous intéresser aux émotions maternelles car les témoignages de couple sont rares et la confusion entre les émotions aurait été importante. Ces récits spontanés, volontaires permettent une analyse des émotions décrites par ces femmes, sans contrainte ou direction imposées par un éventuel questionnaire. Ils sont le lieu d'expression de ces émotions dans un processus analytique de celles-ci, et d'interprétation de ce que ces femmes traversent. Ces témoignages ont été recueillis sur le net, après accord des auteurs ou des administrateurs, sur un blog (11) ou sur un forum de parents confrontés à l'IMG (12), sans sélection, de manière

aléatoire. Ils ont été sélectionnés de part leur récit assez long, mettant en avant le ressenti des femmes dans cette situation et non pas uniquement leurs besoins de réponses ou d'aide. Le choix a donc été dirigé vers des récits étayés, précis et exprimant des émotions tout au long du récit du parcours. Le délai du témoignage avec la situation d'IMG n'était pas un critère de sélection.

Le témoignage est un récit de vie, de vécu mais il faut être conscient que ces récits sont à la fois une représentation du réel et une certaine forme d'interprétation du réel puisque ces femmes racontent les faits informatifs mais aussi leur « histoire », leur interprétation ou leur analyse (plus ou moins consciente d'ailleurs) de ces dits faits, il est un lieu d'expression des émotions, une traduction de celles-ci par les femmes elles-mêmes.

L'approche particulière de l'utilisation de témoignages comme matière de recherche s'est faite par l'analyse du matériel langagier, via une approche plutôt linguistique, mais aussi interprétative en fonction des connaissances théoriques que nous pouvons avoir sur le sujet. Ces deux approches ont ainsi permis de confronter les connaissances des professionnels et le vécu des patientes confrontées à la prise de décision d'interrompre leur grossesse devant la découverte d'une anomalie fœtale.

Tout d'abord, il était nécessaire d'étudier la temporalité de l'écriture du témoignage : a-t-il été écrit au moment même de la décision ? Ou au contraire *a posteriori* ? En effet, cet aspect modifie très probablement les nuances apportées à l'histoire, l'intensité du ressenti grâce à l'analyse cognitive de la situation qui peut se faire dans un second temps. Sur les 13 témoignages, 7 sont écrits avant l'IMG mais après que la décision soit prise, un a lieu un mois après l'IMG et 5, plus de deux ans après.

Afin d'approcher l'impact émotionnel de ces situations, il semblait indispensable d'étudier les champs lexicaux utilisés. Ils ont été regroupés selon de grands thèmes récurrents, afin d'en

faciliter l'analyse. Pour continuer à affiner le propos de ce corpus, nous avons fait le choix de répertorier les émotions par leur expression simple : par le mot uniquement. Ces mots ont ensuite été classés selon deux types d'émotions : les **positives** (joie, bonheur, amour, confiance, sérénité, heureux, optimisme et euphorie) et les **négatives** (mal, pleur, colère, angoisse, douleur, culpabilité, stress, peur), permettant ainsi d'évaluer le ratio des émotions positives par rapport aux émotions négatives et tenter d'étudier l'impact émotionnel de ces situations. Afin de mieux comparer, nous avons sélectionné le même nombre de mots dans chaque groupe et, par soucis de cohérence, seuls les termes utilisés dans le récit au moment du DAN et avant l'IMG ont été comptabilisés.

Par ailleurs, la temporalité des émotions ressenties est un aspect à prendre en compte : à quel moment le type d'émotion est majoritaire ? Pour cela, nous avons découpé les récits en trois périodes : l'avant annonce, l'annonce et le temps avant l'IMG après la décision.

RESULTATS

En regroupant le vocabulaire de tous ces récits, nous avons retrouvé tout d'abord le champ lexical de la **douleur** psychique et de la **peine** avec des mots tels que : drame, stress, pleurs, vide, mal, pire etc... Il se rapporte aussi au **choc** de l'annonce avec des expressions telles « *le ciel orageux va me tomber sur la tête* » qui est retrouvée dans 3 récits, ce qui décrit pleinement le choc de l'annonce, son couperet « avant-après ». A l'inverse, nous retrouvons le champ lexical du **bonheur** avec du vocabulaire tel que joie, bonheur, attention, amour, heureux, espoir, confiance etc... Ces mots sont utilisés dans l'essentiel des récits en amont de l'annonce, permettent de bien insister sur cet « avant-après » et sur la joie du projet d'enfant. Enfin, un dernier champ lexical semble prégnant : celui de la **culpabilité** où nous retrouvons les termes culpabilité, échec, non réussite ou des expressions telles que « *ma culpabilité* »

décuple, tout est de ma faute », « j'ai l'impression de trahir cet enfant » ou encore « pardon de ne pas avoir su être une bonne maman. »

Nous avons ensuite comptabilisé les émotions selon leur ressenti positif ou négatif.

Tableau 1

Ces émotions positives sont retrouvées 37 fois, essentiellement avant l'annonce de la malformation fœtale.

Tableau 2

Les émotions négatives sont retrouvées 38 fois, ce qui correspond à peu près aux émotions positives. Le groupe *douleur* est le plus dominant, les femmes semblent ressentir une douleur psychique indifférenciée ou indifférenciable. Toutefois, la palette des émotions négatives est plus grande que celles des émotions positives, en rajoutant d'autres termes tels que souffrance, anéantissement, choc ou malheur, on retrouve plus de 60 expressions dans la totalité des récits.

Tableau 3

Il est évident à travers ce relevé, que l'annonce puis le temps après l'annonce sont sources d'émotions négatives puisque aucune émotion positive n'est retrouvée au moment de l'annonce, et les émotions négatives sont décuplées ensuite (50 termes versus 12).

DISCUSSION

La littérature s'est peu intéressée à la prise de décision maternelle ou parentale d'IMG et l'étude de ce corpus tend à confirmer que la prise de décision d'IMG ne semble pas finalement être si problématique : tout semble montrer que ce choix est une évidence, un non choix face à la situation fœtale. En effet, dans les textes, la part du récit s'y rapportant

est très mince et le sujet de la prise de décision n'est parfois même pas abordé : « *Nous n'avons pas eu d'autre possibilité que d'envisager l'IMG* », « *La réponse a été immédiate : l'IMG.* », ou encore « *Bref, on opte pour l'IMG sans le délai de 7 jours de réflexion.* » Dans seulement 2 récits sur 13, les femmes témoignent d'un temps de réflexion, d'échanges avec les professionnels de santé avant de décider d'interrompre la grossesse. Ainsi, les émotions positives ou négatives sont peu décrites dans le processus de délibération, lui-même peu abordé. Il apparaît que les émotions n'interviennent pas réellement dans cette prise de décision, si on s'en réfère à ce qui est décrit dans les textes, pourtant les émotions négatives sont décuplées à la suite de cette prise de décision, avec un regain de souffrance morale. Par ailleurs, il faut noter que certains témoignages ne contiennent que très peu de termes d'expression autour des émotions. Certaines femmes se montrent très descriptives dans leur récit, sans implication émotionnelle ou, en tout cas, sans expression émotionnelle retranscrite. Chaque personnalité étant singulière, ces vécus sont plus ou moins intenses en fonction de l'histoire, de la construction psychique et du fonctionnement cérébral des émotions de chacun. Il semble plutôt pertinent d'affirmer que les émotions sont présentes, plus ou moins analysées par ces femmes et qu'elles font partie intégrante de ce parcours en médecine fœtale ; le corpus nous confirme ce que nous avons vu de manière théorique. Toutefois, l'approche théorique nous éclaire sur le rôle des émotions lors du processus décisionnel mais elles sont peu retrouvées dans les témoignages lors de celui-ci, elles sont présentes en amont ou après la décision, est-ce parce que ce processus n'est pas ou peu abordé, ou parce que la décision d'IMG se construit tout au long du parcours de diagnostic anténatal d'une anomalie fœtale ?

Le parcours en médecine fœtale induit l'apparition d'émotions, souvent intenses, notamment au moment de l'annonce d'une pathologie fœtale, même lors des examens dits « de routine ». Ce dépistage, quasi systématique, amène à faire des choix, prendre des décisions lorsque le fœtus est atteint d'une pathologie d'une particulière gravité. Cette prise de décision doit se

faire malgré la tempête émotionnelle engendrée par la situation : colère, injustice, choc, culpabilité, angoisse etc...

Les émotions ont un rôle cognitif important, notamment dans la prise de décision, elles vont être le baromètre des valeurs morales en jeu, permettant de trouver la décision la plus adaptée à la situation, aux projections, aux valeurs, au vécu émotionnel etc... **Elles sont donc un atout précieux pour ce processus décisionnel mais également pour la bonne mémorisation du vécu de cette situation.** Ainsi, la phase de l'annonce de la pathologie fœtale est primordiale avec une phase de consternation, de choc s'accompagnant d'une sidération psychique, il est indispensable de sortir de cette phase pour permettre aux femmes d'avoir une réponse comportementale via les émotions ressenties, permettant l'évaluation cognitive de celles-ci, mais aussi afin d'intégrer l'anomalie fœtale et l'évaluation projective de celle-ci. La capacité de la patiente à gérer l'annonce est donc source de tension éthique : comment l'aider à prendre une décision en pleine sidération psychique, lorsque les capacités de raisonnement psychique sont diminuées ? **Pour cela, l'information médicale des soignants en médecine fœtale est primordiale, elle permet d'amener des éléments rationnels, objectifs dans cette tempête émotionnelle. En effet, ces informations rationnelles pourraient être un point d'ancrage pour aider à la cognition, en incluant les émotions.** La reprise en main de la situation par la patiente permettra l'évaluation nécessaire à la prise de décision. Toutefois, il est probable que la gravité de la pathologie fœtale soit, malgré tout, un élément rationalisant la prise de décision, notamment d'un point de vue de la culpabilité. En effet, si la pathologie est létale, le fait d'interrompre la grossesse ne fait qu'accélérer ce qui aurait fini par arriver ; et si, le handicap sera lourd et bien prévisible, les projections dans le futur sont plus simples, ce qui est moins le cas dans le cas d'un pronostic incertain. Le processus de délibération pourrait permettre d'augmenter l'acceptabilité de cette décision transgressive d'IMG, et probablement, de diminuer la souffrance morale liée à

la situation. Par conséquent, afin de faire coïncider les valeurs et les choix moraux habituels de la mère, les émotions sont indispensables pour indiquer les options possibles et envisageables. **Se réapproprier la situation pour prendre une décision aboutie et réfléchie, en assumant les émotions inhérentes à la situation, permettrait vraisemblablement aux patientes de sortir de cette épreuve moins déconcertées, en diminuant la culpabilité et l'anxiété exacerbées par la morale mise à mal.** Pour favoriser cet équilibre, il apparaît indispensable que les émotions maternelles, même négatives, soient connues et reconnues par les équipes de médecine foetale, identifiées comme un atout pour l'aide à la décision (13). Les émotions ne doivent pas être considérées comme pathologiques et pourraient être valorisées pour leur intérêt cognitif dans le processus décisionnel: valorisation auprès des femmes mais aussi du personnel soignant. Ainsi, les émotions seront un guide pour la délibération, à la condition qu'elles soient valorisées dans leur qualité cognitive, dans une temporalité respectée et dans un dialogue sain avec l'équipe médicale.

Toutefois, certaines patientes semblent être dans l'incapacité de prendre le temps, la souffrance psychique est telle que la décision doit être prise rapidement. Parfois, l'impact émotionnel de la décision est minimisé afin de supporter l'insupportable. Est-il envisageable d'utiliser la médecine narrative, a posteriori pour soulager la souffrance morale d'une telle décision ? (14) Ce concept, qui a été développé dans les années 2000, par Rita Charon, médecin et Dr en littérature, permet de replacer le vécu du patient au cœur de la médecine et des prises en soin. L'approche biographique, via leur narration de l'expérience propre de leur maladie, amène à la fois une meilleure compréhension des soignants mais également un lieu d'expression du vécu et des émotions des patients avec une analyse écrite de celle-ci. Une approche narrative telle que le témoignage, pourrait favoriser l'analyse du vécu et donc soulager la douleur en exprimant les émotions ressenties, en permettant de se mettre en accord avec sa décision, en recherchant le sens de cette décision d'IMG : quels ont-été les

émotions en jeu ?, quelles valeurs ont-été mises en avant dans ce processus décisionnel ?, quelles ont été les relations en jeu avec les soignants ? Cette biographie pourrait également être source de réflexions et d'analyse par les soignants, dans un moment d'analyse philosophique *a posteriori* comme le préconise le philosophe Pierre Le Coz pour les médecins mais qui pourrait tout à fait s'adapter à la médecine narrative pour les patientes confrontées à cette douloureuse épreuve (15).

Il faut tout de même souligner que cette interprétation du corpus, malgré l'analyse du discours à proprement parlé, est, bien entendu, toute relative à nos propres subjectivités et nos projections, et relève donc de l'incertain, d'autant plus que nous ne connaissons pas les histoires personnelles de ces femmes, leurs constructions psychiques, leurs représentations, leurs défenses etc.... L'intentionnalité de ce propos est celle de la réflexion, de la recherche de tensions, que nous pourrions relever, entre les propos des patientes et notre propre expérience professionnelle.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse (s. d)
- 2- LOI no 94-654 du 29 juillet 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal, 94-654 § (1994).
- 3- Soubieux Marie-José. <>berceau vide: deuil périnatal et travail du psychanalyste / Marie-José Soubieux ; préface à la nouvelle édition de Sylvain Missonnier préface de Fernand Daffos volte-face par Michel Soulé. Édition revue et Actualisée. <<La >>Vie de l'enfant. Toulouse: Érès éditions, 2013.
- 4- Dayan, Jacques, Gwenaëlle Andro, Michel Dugnat, N. Thessier, et Daniel Marcelli. *Psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité*. 2nd ed. Psychopathologie. Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier Masson, 2015.
- 5- Lotstra, Françoise. « Le cerveau émotionnel ou la neuroanatomie des émotions ». *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* no 29, n° 2 (2002): 73-86.
- 6- Damasio Antonio R. *L'erreur de Descartes: la raison des émotions* / Antonio R. Damasio ; traduit de l'anglais (États-Unis) par Marcel Blanc. [Nouvelle édition]. Odile Jacob poches. Paris: Odile Jacob, 2010.
- 7- Livet, Pierre. *Émotions et rationalité morale*. Sociologies. P.U.F, 2016.

- 8- Sander, David. *Le monde des émotions*. Cerveau & psycho. Belin, 2015
- 9- Raghunathan, Rajagopal, et Michel Tuan Pham. « All Negative Moods Are Not Equal: Motivational Influences of Anxiety and Sadness on Decision Making ». *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 79, n° 1 (juillet 1999): 56-77. <https://doi.org/10.1006/obhd.1999.2838>.
- 10- Graziani Pierluigi. *Stress: émotions et stratégies d'adaptation / Pierluigi Graziani*. 128 Psychologie. Paris: Nathan, 2004.
- 11- Le Divan des Parents. « Le Divan des Parents ». <https://ledivandesparents.com/>.
- 12- « Association Petite Émilie. <http://petiteemilie.org/>.
- 13- Viallard, Marcel-Louis. *Accompagner une personne en soin palliatif et son entourage*. Dunod, 2016. <https://doi.org/10.3917/dunod.viall.2016.01>.
- 14- Rossi, Silvia. *Médecine narrative. Vocabulaire des histoires de vie et de la recherche biographique*. ERES, 2019. <http://www.cairn.info/vocabulaire-des-histoires-de-vie-et-de-la-recherch--9782749265018-page-236.htm>.
- 15- Le Coz Pierre. *Petit traité de la décision médicale: un nouveau cheminement au service des patients / [préface de Didier Sicard]*. Paris: Éditions du Seuil, 2007.

LISTE TABLEAUX

TABLEAU 1

Nombre d'émotions positives

Number of positive emotions

	joie	bonheur	amour	confiance	sérénité	heureux	optimisme	euphorie
nombre	8	5	11	2	2	5	2	2

TABLEAU 2

Nombre d'émotions négatives

Number of negative emotions

	mal	pleurs	colère	angoisse	douleur	culpabilité	stress	Peur
nombre	10	13	4	4	3	2	1	1

TABLEAU 3

Ratio des émotions en fonction de la temporalité

Ratio of emotions as a function of temporality

	Emotions positives	Emotions négatives
Avant annonce	25	3
Annonce	0	12
Entre annonce et IMG	12	50