



HAL
open science

Les déterminants de la satisfaction maternelle concernant le suivi échographique prénatal

Angélique Albrecht

► **To cite this version:**

Angélique Albrecht. Les déterminants de la satisfaction maternelle concernant le suivi échographique prénatal. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03117505

HAL Id: dumas-03117505

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03117505>

Submitted on 21 Jan 2021

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.

**ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITÉ DE CLERMONT-AUVERGNE

**LES DÉTERMINANTS DE LA SATISFACTION
MATERNELLE CONCERNANT LE SUIVI
ÉCHOGRAPHIQUE PRÉNATAL**

MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU PAR :

ALBRECHT Angélique

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Année 2020

**ÉCOLE DE SAGES-FEMMES DE
CLERMONT-FERRAND**

UNIVERSITÉ DE CLERMONT-AUVERGNE

**LES DÉTERMINANTS DE LA SATISFACTION
MATERNELLE CONCERNANT LE SUIVI
ÉCHOGRAPHIQUE PRÉNATAL**

MÉMOIRE PRÉSENTÉ ET SOUTENU PAR :

ALBRECHT Angélique

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Année 2020

REMERCIEMENTS :

Je souhaiterais adresser mes remerciements à toutes les personnes qui, de près ou de loin, ont contribué à ma formation et à la réalisation de ce mémoire.

Et en particulier :

À **Madame Nelly GUILLOU**, sage-femme échographiste, d'avoir accepté d'être ma directrice de mémoire. Je te remercie d'avoir cru en mon projet et de m'avoir conseillée et encouragée tout au long de ce travail de recherche.

À **Madame Sophie MONLEAU**, sage-femme enseignante, qui a accepté d'être ma co-directrice de mémoire. Merci à vous Sophie pour m'avoir guidée dans la méthodologie et la réalisation de ce mémoire. Merci également pour vos enseignements lors de ces dernières années. Votre joie de vivre communicative va manquer à toute la promotion.

À l'équipe pédagogique de l'école, et notamment **Madame Séverine TAITHE**, de m'avoir initiée aux méthodes de l'analyse qualitative, de m'avoir conseillée et d'avoir répondu à toutes mes questions.

Aux femmes ayant accepté de participer à mon mémoire.

À ma maman pour son amour, sa présence et son soutien depuis le début de mes études. À mon frère et mon beau-père pour leur patience à toute épreuve et leur présence dans les moments de doute. À ma grand-mère pour sa capacité à me tirer vers le haut et pour son soutien. Une pensée à mon papa qui, je l'espère, serait fier de ce que j'ai accompli.

À mes amis pour m'avoir toujours encouragée. Merci à mes copines de promo pour tous ces merveilleux moments passés ensemble. Merci à mes acolytes de voyage à Mayotte pour leur soutien. Mais surtout merci à toi Dorine pour avoir mis du soleil dans ces années y compris dans les moments difficiles.

Et à toute ma promotion, pour ces quatre belles années.

ABRÉVIATIONS :

2D : Deux Dimensions

3D : Trois Dimensions

4D : Quatre Dimensions

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire et des Produits de Santé

CFEF : Collège Français d'Échographie Fœtale

CNEOF : Conférence Nationale d'Échographie Obstétricale et Fœtale

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CNOSF : Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes

CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique

CNTEP : Comité National Technique de l'Échographie de dépistage Prénatal

DRESS : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

HAS : Haute Autorité de Santé

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

NDLR : Note De La Rédaction

MAF : Mouvements Actifs Foetaux

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SA : Semaines d'Aménorrhée

SG : Semaines de Grossesse

SOMMAIRE :

SOMMAIRE.....	1
INTRODUCTION.....	2
REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	3
I. L'échographie obstétricale.....	3
II. L'impact de l'image échographique.....	13
III. La satisfaction.....	21
POPULATION ET MÉTHODE.....	27
I. Population.....	27
1. Description de l'échantillon de l'étude.....	27
2. Modalités de recrutement.....	27
II. Méthode.....	28
1. Le type d'étude.....	28
2. Le mode de recueil des données.....	28
3. Le déroulement de l'étude.....	29
4. Le mode d'analyse des données.....	30
5. Aspects éthiques et règlementaires.....	30
RÉSULTATS.....	32
I. Description de l'échantillon.....	32
II. Caractéristiques du professionnel de santé.....	34
III. Le bon déroulement des examens échographiques.....	42
IV. Émotions suscitées par l'échographie.....	48
V. Différence entre le suivi libéral et hospitalier.....	50
VI. Ce que l'échographie représente pour les futures mères.....	54
DISCUSSION.....	59
I. Atteinte des objectifs de l'étude.....	59
II. Forces et faiblesses de l'étude.....	59
III. Analyse des résultats.....	61
IV. Projet d'action.....	73
CONCLUSION.....	75
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	
ANNEXES.....	

INTRODUCTION

Depuis quelques années, la profession de sage-femme a vu ses missions s'élargir dans le cadre d'une meilleure réponse aux besoins actuels pour la santé de la mère et de l'enfant. C'est en 1991 que les sages-femmes ont la possibilité pour la première fois de pratiquer l'échographie dans le cadre de la surveillance de la grossesse [1].

En 1958, l'échographie dévoilait le bébé humain pour la première fois. Depuis ce jour, elle est considérée comme une technique révolutionnaire qui a inévitablement modifié le suivi de grossesse et affecté la représentation de la femme enceinte et de son enfant à naître.

Aujourd'hui, l'échographie obstétricale a pris une part importante dans le suivi de la grossesse en France. En effet, une soixantaine d'années après les premiers clichés de fœtus in utero, le nombre moyen d'échographies par grossesse est supérieur aux trois échographies recommandées et il ne cesse d'augmenter : en 1998 il était de 4,3 et en 2016, il était de 5,5 comme le révèle l'enquête périnatale réalisée par l'INSERM en 2016 [2].

Aux vues de ces données, il paraît important d'évaluer la satisfaction des mères concernant cet examen qui prend une place croissante dans leur suivi de grossesse et de trouver des pistes d'amélioration de leur satisfaction vis-à-vis de celui-ci.

Dans ce travail, il a été choisi de s'entretenir avec les patientes pour recueillir au plus juste le ressenti de leurs échographies. L'objectif principal de cette étude qualitative descriptive et interprétative était de connaître les déterminants de la satisfaction maternelle concernant le suivi échographique prénatal au sein d'un échantillon de 20 mères de la région Auvergne-Rhône-Alpes en 2019. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer les connaissances des usagères concernant le suivi échographique prénatal, de décrire les attentes maternelles par rapport à ces échographies et de les interroger sur les aspects positifs et négatifs de leur suivi échographique.

Tout d'abord ce mémoire présentera un rappel des recommandations et données théoriques concernant l'échographie et la satisfaction des usagers dans le système de soins, ainsi qu'une analyse du vécu et de l'aspect psychologique des échographies. Les résultats de l'étude mettant en évidence les déterminants de la satisfaction maternelle concernant le suivi échographique prénatal dans une maternité de type II dans la région Auvergne-Rhône-Alpes seront présentés. Ceux-ci seront ensuite discutés et des aménagements possibles seront exposés afin de concilier au mieux les souhaits des patientes et les possibilités du personnel.

REVUE DE LA LITTÉRATURE

I. L'ÉCHOGRAPHIE OBSTÉTRICALE :

1. Définition et historique :

L'origine étymologique du mot « échographie » provient de la nymphe « *Écho* » dans la mythologie grecque condamnée à répéter les derniers mots qu'elle a entendu et d'une racine grecque « *Graphô* » qui signifie « *écrire* ». L'échographie se définit donc comme étant « *un écrit par l'écho* » [3].

L'échographie est une technique d'imagerie médicale qui utilise des ondes ultrasonores pour produire des images d'organes, de tissus ou de flux sanguins à l'intérieur du corps humain [4]. Ces ondes, envoyées par une sonde, pénètrent dans les tissus et se propagent jusqu'à ce qu'elles rencontrent un obstacle. Elles renvoient alors des échos vers la sonde puis un logiciel permet de reconstruire une image de la zone que l'on souhaite visualiser en temps réel sur un écran.

L'échographie obstétricale est complexe à définir, voici quelques définitions proposées par les sociétés savantes françaises :

- D'après le Collège Français d'Échographie Fœtale (CFEF), l'échographie obstétricale se définit comme un acte réalisé avec un appareil à visée médicale pratiqué par un professionnel de santé et dont la finalité est d'apprécier l'état de santé du fœtus et de dépister des anomalies [5].
- D'après le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), l'échographie fœtale, dans le cadre d'un suivi de grossesse, est un acte à finalité médicale (échographie de dépistage, de diagnostic ou de suivi) réalisé par un professionnel de santé (médecin généraliste, spécialiste ou sage-femme) ayant reçu une formation spécifique à son utilisation [4].

Les débuts de l'échographie datent des années 1950 et ce n'est qu'en 1958 que l'échographie dévoile le bébé humain pour la première fois [3]. Il s'agit donc d'une découverte récente dans l'histoire de la médecine puisqu'il y a 60 ans aucune technique ne permettait de faire de diagnostic prénatal de façon fiable. En effet, les possibilités d'investigation de l'embryon et du fœtus étaient très réduites et se limitaient à la mesure de la hauteur utérine, au palper, à l'appréciation approximative du volume du liquide amniotique, à la perception quelque peu subjective des mouvements actifs par la mère et à l'audition des bruits du cœur du fœtus par un stéthoscope obstétrical de Pinard [6].

Depuis les années 1970, cette situation a fondamentalement changé avec l'apparition de l'échographie obstétricale en deux dimensions en 1975 puis l'utilisation du Doppler en obstétrique depuis 1987. Le doppler ombilical artériel évalue les résistances placentaires et la qualité des échanges foeto-maternels. Compte tenu de sa simplicité technique, de son caractère non invasif et de son faible coût, c'est un examen de surveillance idéal du bien-être fœtal. Enfin, depuis 1994 se développe l'échographie trois dimensions (3D) et depuis 2002, celle en quatre dimensions (4D) [3].

Dans le suivi de grossesse, l'échographie obstétricale a désormais une place fondamentale et complémentaire à l'examen clinique. En effet, elle permet de dater la grossesse, d'obtenir des informations pour évaluer le bien-être du fœtus et contribue ainsi à une bonne prise en charge de la grossesse. Différents paramètres peuvent être mesurés ou identifiés à l'aide de l'échographie comme par exemple : l'âge gestationnel, le nombre de fœtus, la croissance fœtale, l'activité cardiaque du fœtus, des anomalies congénitales, la quantité de liquide amniotique et l'emplacement du placenta [7].

2. Cadre légal :

2.1. En France :

En France, aucune échographie n'est obligatoire lors de la grossesse mais il est recommandé de pratiquer trois échographies de dépistage pour une grossesse sans facteurs de risques [2,6] :

- Au premier trimestre (entre 11 et 13+6 SA) : elle sert à déterminer la date du début de grossesse, identifier les grossesses multiples, évaluer le risque d'anomalies chromosomiques et dépister certaines malformations.
- Au deuxième trimestre (entre 20 et 25 SA) : elle sert à dépister certaines malformations et faire une analyse morphologique approfondie du fœtus.
- Au troisième trimestre (entre 30 et 35 SA) : elle sert à dépister les retards de croissance intra-utérins et certaines malformations ainsi qu'à localiser le placenta.

D'après l'article R. 4127-318 du code de santé publique, la sage-femme est autorisée à pratiquer l'échographie obstétricale dans le cadre de la surveillance de la grossesse. Cependant, en cas de pathologie maternelle ou fœtale, la sage-femme doit, d'après l'article L. 4151-3 de ce même code, faire appel à un médecin [8].

La Haute Autorité de Santé (HAS) a établi dans son rapport sur les échographies foetales qu'en tant que dispositif médical, l'utilisation d'un échographe doit répondre au code de la santé publique, c'est-à-dire que tout appareil échographique mis en circulation sur le territoire français sous un statut de dispositif médical ne doit être utilisé qu'à des fins médicales (et donc uniquement par des professionnels de santé habilités). Elle rappelle également que la pratique commerciale d'échographie sans visée médicale est incompatible avec l'exercice d'un médecin ou d'une sage-femme car cela serait contraire à leurs codes de déontologie professionnelle [4].

Le Comité National Technique de l'Échographie de Dépistage Prénatal (CNTEP), en accord avec l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS), recommandent également de faire des échographies seulement pour des raisons médicales en limitant la fréquence et la durée des examens à ce qui est nécessaire au diagnostic [6].

Concernant les informations données par les professionnels de santé à propos de l'examen échographique, plusieurs recommandations sont émises :

- Tout d'abord, d'après l'article L. 1111-2 du code de la santé publique, la sage-femme est redevable auprès de la femme enceinte d'une information claire, complète et adaptée à la compréhension de la patiente. Une information de qualité est une information qui a été comprise [8].
- La HAS recommande la diffusion et l'encadrement d'une information complète, compréhensible et cohérente pour les femmes et les couples au sujet de toute échographie foetale (médicale ou non), notamment en ce qui concerne l'ensemble des risques que ces pratiques peuvent engendrer [4].
- Le Collège National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF) indique qu'il est important que l'échographie foetale soit accompagnée d'explications adéquates portant notamment sur ce que l'on peut attendre d'elle. Ceci comprend, notamment, le fait que le « *diagnostic de normalité* » n'existe pas (mais que l'opérateur s'efforce de vérifier qu'il n'existe pas d'anomalies décelables, dans la mesure des limites de l'examen) [4].

Enfin, le CNGOF a édité un compte rendu échographique informatisé : ce document aide à réaliser un examen précis et de qualité et il est facilement lisible par les patientes. Une ligne est prévue obligeant le spécialiste à préciser qu'il a informé sa patiente des buts et des limites de cet examen [9].

2.2. Dans les autres pays :

Dans les autres pays, les recommandations en termes d'échographie obstétricale sont parfois différentes. Voici certains exemples pour permettre la comparaison [3, 7] :

- L'Italie et l'Allemagne recommandent, tout comme la France, de réaliser trois échographies (une par trimestre).
- Au Royaume-Uni, deux échographies sont réalisées : celle de datation (entre 10 et 14 semaines d'aménorrhée (SA)) et celle de morphologie (entre 18 et 21 SA).
- En Suisse, deux échographies systématiques sont réalisées : l'une précoce et l'autre dite « morphologique », avec la possibilité d'en prescrire une troisième sur indication.
- En Suède, une seule échographie est réalisée : elle se déroule entre 17 et 20 SA et sert à la datation de la grossesse et la recherche d'éventuelles malformations.
- Au Québec, deux échographies sont recommandées pour le suivi d'une grossesse normale : la première (celle de datation) a lieu au premier trimestre et la seconde (celle de morphologie) a lieu au deuxième trimestre.

Malgré ces différences en termes de pratiques, on remarque que tous les pays font une datation échographique de la grossesse et un dépistage morphologique du fœtus.

3. Pratique actuelle de l'échographie en France :

D'après le rapport de l'enquête nationale périnatale de 2016 [2], le nombre moyen d'échographies par grossesse en France est supérieur aux trois échographies recommandées et il ne cesse d'augmenter : en 1998, il était de 4,3 ; en 2003, il était de 4,5 ; en 2010, il était de 5 et en 2016, il était de 5,5. De plus, il apparaît que la proportion des femmes ayant eu moins que les trois échographies de dépistage recommandées a diminué, passant de 1,6 % en 2010 à 1 % en 2016.

L'augmentation du nombre d'échographies se poursuit : en 2016 75 % des femmes ont eu plus que les trois échographies recommandées pour une grossesse sans complication et 35,9 % en ont eu deux fois plus que recommandé. La Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) évoque un « *possible risque de sur-consommation médicale sans bénéfice évident pour la santé des mères et de leurs enfants* » [10].

4. Les différents types d'échographie obstétricale :

Il existe trois types d'échographie foetale médicale selon le CNTEP : échographie de dépistage, échographie de diagnostic et échographie focalisée [4 - 6] :

- **Échographie « systématique » ou de dépistage :**

Il s'agit d'un examen de dépistage échographique de première intention réalisé dans le cadre d'un suivi obstétrical de proximité. Elle permet de surveiller le bon déroulement de la grossesse (vitalité et développement du fœtus, position du placenta ...) et de dépister d'éventuelles pathologies ou malformations du fœtus. Ce type d'examen concerne trois échographies sur quatre en France [4]. Trois examens systématiques sont recommandés dans le suivi d'une grossesse normale (voir chapitre I) – 2) – a) Cadre légal en France). Quand survient une difficulté d'analyse ou lorsqu'une pathologie est suspectée, la patiente est orientée vers une échographie de seconde intention dite "de diagnostic".

- **Échographie de seconde intention, dite "de diagnostic" :**

Elle est indiquée quand un risque élevé d'anomalie morphologique fœtale est identifié par l'anamnèse, qu'une image anormale est suggérée par l'examen de dépistage ou que des difficultés techniques ne permettent pas de mener à bien cet examen. L'objectif de l'échographie est alors d'infirmer ou de confirmer la réalité d'une pathologie soupçonnée. Cet examen de seconde intention contribue aussi à préciser la gravité de la pathologie fœtale et à guider la conduite à tenir.

- **Échographie focalisée :**

Les échographies focalisées sont réalisées pour des indications précises, en plus des échographies de dépistage ou de diagnostic et n'ont pas les mêmes objectifs. Il s'agit d'un examen portant sur certains points spécifiques, par exemple la surveillance de la quantité de liquide amniotique en fin de grossesse, l'évaluation du bien-être fœtal dans le cadre de la surveillance d'un retard de croissance intra-utérin (doppler), l'examen du col utérin, les examens effectués dans le cadre de l'urgence (pour préciser notamment la vitalité fœtale, la présentation ou la localisation placentaire) ainsi que les examens d'échographie interventionnelle ou d'échoguidage de prélèvements ovulaires.

Il existe également depuis 1994 des échographies en 3D : le principe de fonctionnement est le même qu'un échographe deux dimensions (2D). Il dispose en plus d'une sonde dédiée 3D et d'un logiciel de reconstruction d'images. Ces caractéristiques permettent de reconstruire des images volumiques de la zone explorée à partir des ondes

ultrasonores réfléchies dans le corps humain. Certains échographes ont la capacité de fournir des images 3D en temps réel. Ils sont alors appelés échographes 4D [4].

Ce nouveau mode d'examen à trois ou quatre dimensions ne remplace pas l'échographie habituelle en 2D et demande une bonne maîtrise de la part de l'opérateur. La qualité des images 3D - 4D dépend beaucoup de l'accessibilité des structures à étudier. Ce mode d'examen n'est pas encore utilisé de manière systématique, mais de plus en plus de parents demandent à voir leur bébé en 3D. Les images en 3D sont très réalistes mais elles peuvent parfois être impressionnantes pour les futurs parents qui voient le visage de leur bébé en relief comme s'il s'agissait d'une photographie [11].

Parallèlement à l'échographie médicale décrite ci-dessus, il se développe depuis plusieurs années l'échographie non médicale qui répond à plusieurs dénominations : échographie sans but diagnostic, échographie sans but médical, échographie souvenir (*keepsake video*), échographie de divertissement (*entertainment ultrasound*), échographie de convenance, conviviale, commerciale, de plaisir, affective, émotionnelle, etc. [4].

Les examens échographiques pratiqués au cours de la grossesse, à titre médical, n'ont entraîné à ce jour aucune complication décelable et ne semblent comporter aucun effet biologique notable. Il n'en reste pas moins que persiste un risque potentiel car toute onde acoustique ultrasonore a des effets biologiques sur les tissus (effet thermique et effet mécanique).

Le ministère de la santé canadien s'est penché sur ces effets thermiques et mécaniques des ultrasons sur le fœtus [12] :

- **Effet mécanique** : l'exposition prolongée des organes fragiles comme les yeux et le cerveau est dangereuse. Les effets sur le développement du foetus dépendent de la durée mais aussi du réglage d'intensité des ultrasons.
- **Effet thermique** : l'exposition prolongée aux ultrasons peut augmenter la température du foetus, ce qui peut être délétère pour son cerveau. Si on atteint les 41°C, le bébé peut alors convulser.

Jacques Lansac, en tant que président de la Conférence Nationale d'Échographie Obstétricale et Fœtale (CNEOF) et ancien président du CNGOF explique qu'il faut être très vigilant lors de la réalisation de ces échographies. En effet, dans un communiqué de presse en 2011 sur les échographies fœtales commerciales, il explique que l'échographie

fœtale non médicale nécessite « *d'exposer en continu aux ultrasons des parties localisées du fœtus (profil, face, organes génitaux, etc.)* » de façon souvent prolongée : les risques potentiels liés aux effets thermiques et mécaniques des ultrasons sur le fœtus sont donc estimés plus importants [4].

C'est pourquoi, les sociétés savantes ont émis des avis et des recommandations qui s'opposent à l'échographie foetale non médicale :

- En 2004, dans un communiqué, le CFEF met en garde les familles vis-à-vis des « *risques potentiels pouvant résulter de l'utilisation non médicale de l'échographie* » (selon un principe de précaution) et vis-à-vis de « *ces dérives commerciales* » [13].
- En 2005, le CNTEP, en accord avec l'Académie Nationale de Médecine a recommandé de ne faire d'échographie que pour des raisons médicales et en respectant la règle "ALARA" (*As Low As Reasonably Achievable*), c'est à dire en limitant la fréquence et la durée des examens à ce qui est nécessaire au diagnostic [5].
- En 2011, Jacques Lansac, a vivement protesté contre ce type d'échographie qui selon lui : « *peut conduire le fœtus à une exposition aux ultrasons durant une trentaine de minutes parfois, avec un faisceau qui se focalise sur la face et les organes génitaux* », conduisant à une exposition « *très différente* » de l'échographie médicale qui déplace le faisceau pour une exposition plus brève de chaque zone. Selon lui « *les effets thermiques et mécaniques des ultrasons ne sont pas forcément anodins* ». [14].

Depuis quelques années, les offres d'échographie en 3D ou 4D se multiplient. Certaines de ces prestations qui permettent de visualiser le fœtus et d'en obtenir éventuellement un enregistrement vidéo sont réalisées hors du cadre médical.

Le CFEF s'interroge : dans le code de déontologie médicale est inscrit le principe de non malfaisance selon lequel il existe une obligation éthique de ne pas nuire à autrui, de ne pas faire plus de mal que de bien. Ce principe fait donc partie des devoirs de la sage-femme envers ses patientes. Ce principe pourrait-il être mis en jeu dans cette médicalisation de la grossesse ? [6].

5. Le déroulement de l'échographie :

5.1. Échographie côté praticien :

Comme vu précédemment, d'après le code de santé publique, l'échographiste doit être un professionnel de santé habilité, à savoir soit un médecin, soit une sage-femme. Il doit avoir une connaissance parfaite de l'anatomie et du développement du fœtus mais aussi une bonne expérience des images ultrasoniques.

Le travail de l'échographiste consiste à dater la grossesse, à informer les parents de son déroulement et du développement de leur enfant et à détecter toute anomalie éventuelle sur le fœtus qu'il examine. L'échographiste a donc une place importante dans l'histoire de la grossesse.

Avant de commencer l'examen, une prise de contact préalable avec le couple est recommandée afin d'installer une relation de confiance entre l'échographiste et les parents. Il faudrait idéalement questionner le couple sur leurs attentes afin d'essayer d'y répondre au mieux [3]. Il est également important de vérifier le consentement et l'information du couple avant l'examen. À ce sujet, le CNTEP a proposé en 2005 un texte destiné à l'information des parents (cf annexe I). Ce texte comporte la phrase suivante : « *L'échographie n'est pas infaillible. Elle ne permet de détecter que deux tiers environ des anomalies importantes susceptibles de modifier le suivi de la grossesse et la prise en charge ultérieure de l'enfant* » [4]. Le CNGOF a également édité une fiche d'information pour les patientes qui explique les buts, les limites et le déroulement de l'échographie (cf annexe II). La HAS recommande, quant à elle, que les parents soient informés non seulement des objectifs, des modalités, des contraintes et des limites mais aussi des implications médicales et éthiques du dépistage échographique [5].

Pendant l'examen, la tâche de l'échographiste est complexe, il doit d'une part manipuler la sonde afin d'obtenir une image correcte lui permettant d'analyser le fœtus et d'autre part commenter ce qu'il voit sur l'écran avec des termes simples pour que les parents puissent comprendre l'examen eux-aussi, tout en faisant attention aux réactions potentielles qu'il peut provoquer.

Les parents, parfois angoissés, observent et analysent chaque parole ou chaque geste de l'échographiste. Il doit être attentif aux expressions de son visage, aux termes qu'il emploie et à son attitude pour ne pas inquiéter à tort les parents. Roger Bessis,

échographiste, explique qu' « *il est très difficile de gérer simultanément et convenablement ses mains, ses yeux, son écoute, sa parole et sa réflexion technique* » [15].

Une étude américaine (2008) suggère la mise en place d'une formation relationnelle adressée aux échographistes pour les aider à prendre conscience de l'impact de leur conduite sur l'état d'esprit des futurs parents [3].

Après l'examen a lieu un second temps de dialogue et d'explications. La complexité du travail de l'échographiste se trouve dans la formulation délicate de l'annonce d'un résultat hors norme en sachant que le couple doit être pleinement informé des données obtenues par l'examen, tout en jugeant au cas par cas, quel degré d'information est recevable par les parents [9].

Pour résumer, le rôle de l'échographiste est de rassurer les parents sur la normalité de l'embryon, mais aussi de les préparer en cas de problème. Il a un rôle primordial car il permet la rencontre des parents avec leur enfant : il a « *le pouvoir de voir à travers le ventre maternel* » [15]. L'échographie pourrait être décrite comme un échange triangulaire entre le couple, l'échographiste et l'image du bébé à naître.

5.2. Échographie côté parents :

La première échographie est très attendue par les parents : d'après une étude norvégienne (2015), les mères décrivent la première échographie comme la plus importante consultation réalisée durant la grossesse. Avec leur partenaire, elles avaient hâte d'avoir plus d'informations à propos de leur grossesse et de leur bébé. La première rencontre visuelle des futurs parents avec leur bébé crée une expérience émotionnelle forte qui marque le début de la parentalité, du processus d'attachement et permet de planifier une nouvelle vie [16].

Selon Françoise Cailleau, psychologue (2009), il apparaît clairement que pour la femme qui se sait enceinte, ce qu'elle perçoit à l'écran n'a pas la même signification que pour l'échographiste. Bien que l'image soit identique pour tous, elle passe par le filtre des représentations avant d'être interprétée. « *Il s'agit pour la mère, tout de suite d'un enfant et non de cellules qui se divisent et se multiplient pour former un « embryon » puis un « fœtus »* » [17].

Selon Dominique Merg et Claude Bader (2005), eux aussi psychologues : « *L'image révèle, elle fait preuve* ». La première échographie est une révélation de la grossesse : il s'agit d'une attestation par l'image alors qu'il y a absence de mouvements fœtaux ressentis. L'image échographique, selon les dires des parents, apporte la preuve que l'enfant est là. Dans le même temps, ils voient dans cette image de nombreuses choses qu'ils ont pu imaginer : ils trouvent des points de similitude avec leurs propres traits, des ressemblances. Le cliché échographique a donc une double fonction, qui est au cœur de son ambiguïté : il permet d'une part d'attester quelque chose et d'autre part d'imaginer voir ce que l'on est prédisposé à voir [18].

Les parents refusant que la première rencontre avec leur enfant se fasse par l'image sont rares, mais leur argumentation est édifiante. Un père explique par exemple « *il n'est pas question que je rencontre mon enfant par un écran d'ordinateur. Je souhaite que la première rencontre soit vivante, je veux connaître mon bébé tel qu'il est, sans passer par des images. Là depuis qu'il bouge je peux sentir ses mouvements, je suis déjà tout ému de ce contact, les images ne m'apporteraient rien, je ne souhaite pas que l'on me dise si c'est un garçon ou une fille, je me réjouis d'être papa et prends plaisir à attendre de rencontrer mon enfant à sa naissance* » [18].

Plusieurs études s'intéressent aux attentes des mères ou des parents concernant l'échographie, il ressort le plus souvent que l'échographie :

- Sert à rassurer sur le bien-être foetal et la « normalité » du fœtus (« *il est normal* » « *il va bien* ») [3, 4, 6, 19, 20, 21, 22, 23]

À ce propos, le CNTEP alerte sur le fait que considérer l'échographie comme un « *certificat de normalité* » est une représentation erronée, puisque toutes les anomalies ne sont pas reconnaissables à l'échographie [6].

- Sert à confirmer visuellement la grossesse (« *voir le bébé* » « *preuve que l'on est enceinte* ») [3, 4, 6, 9, 20, 21, 22, 23]

Voici un témoignage d'une maman qui explique cela : « *À la première échographie, j'étais seulement à 11 semaines de grossesse et je ne me sentais pas vraiment enceinte, mais ça a été une vision merveilleuse quand j'ai vu cette minuscule chose bouger et son coeur battre. À partir de ce moment-là je me suis sentie enceinte* » [23].

- A une dimension de rencontre avec le bébé [4, 6, 21, 22, 23]

Voici un témoignage d'une maman qui décrit cette rencontre : « *Son visage et son coeur qui bat, c'est le mieux que vous pouvez imaginer voir avant d'avoir votre bébé. Vous le rencontrez, vous pouvez lui faire signe. Si je pouvais, je l'aurais fait toutes les semaines et j'aurais emmené des amis pour le rencontrer aussi* » [23].

- Sert à connaître le sexe de leur futur enfant [3, 20, 21]
- Confirme que la grossesse se déroule normalement [19, 21]
- Est une preuve pour les autres que l'on devient une famille [9, 22]

Dans sa thèse en 2012, Chloé Descamps, sage-femme, analyse plusieurs études sur les connaissances et attentes des femmes par rapport à l'échographie obstétricale. Il en ressort que les connaissances des femmes sur l'échographie sont approximatives (ses limites restent mal connues aussi bien pour les nullipares que pour les multipares). Concernant les attentes des patientes, celles-ci dépassent le pouvoir de l'échographie mais plus de 90% des femmes les considèrent, à posteriori, comme ayant été atteintes [3].

Une étude Suisse (2003) met en avant que la relation avec l'échographe pendant l'examen est très importante aux yeux des parents. Les parents attendent de l'échographe qu'il soit « *professionnel* » et qu'il s'adresse à eux (aussi bien à la mère qu'au père). Une atmosphère calme où ils peuvent se sentir unique est également importante selon eux. Après l'échographie, ils décrivent deux choses : « *un sentiment de joie et un soulagement* », ces sentiments apparaissent immédiatement après le moment où l'échographe leur annonce que les résultats sont normaux [22].

D'après les études citées précédemment, l'échographie est très importante pour les parents et l'émotion qu'ils ressentent lorsqu'ils voient des images de leur enfant dès la période fœtale est une étape fondamentale dans les processus de parentalisation et d'attachement [9, 16, 18, 22]. L'échographie leur sert également de confirmation de la grossesse et de concrétisation que ce soit dans leur couple ou auprès de l'entourage [9].

II. L'IMPACT DE L'IMAGE ÉCHOGRAPHIQUE :

Les retombées psychologiques de l'échographie sont considérables puisqu'une future maman peut voir à l'écran son fœtus avant même d'en percevoir les mouvements. D'après Françoise Cailleau : « *la vision précède la perception, la modifie et vient éveiller l'émergence identitaire de l'enfant à naître* » [17].

Certains psychologues pensent donc qu'en perçant l'énigme du ventre maternel, l'échographie pourrait potentiellement avoir un impact sur le psychisme des parents. Dominique Merg et Claude Bader énoncent que le cliché échographique est un support pour projeter des images de l'intérieur du ventre maternel sur un écran, par l'échographiste [18].

Les professionnels ont accepté l'importance de la dimension de socialisation du fœtus par l'échographie, ce que certains ont appelé les « *bénéfices non médicaux de l'échographie* ». Parmi ces bénéfices non médicaux, on retrouve : « *faciliter la transition vers la parentalité, le lien au fœtus, diminuer l'anxiété et augmenter l'adhésion aux recommandations médicales* » [4].

1. Le fœtus vu par les parents :

Pour les parents, le fœtus est de plus en plus assimilé à l'enfant, comme si l'échographie faisait avancer d'un cran le moment de la mise au monde. Ils peuvent reconnaître des images rappelant la forme du bébé humain dans les contours du fœtus. Grâce à l'échographie, le fœtus n'est plus à venir, il est désormais là en tant que personne à part entière. Selon Sylvain Missonnier, psychologue et psychanalyste : « *à l'origine, il y a le virtuel* » [24].

Comme il a été déterminé dans le chapitre précédent, pour les parents, l'image échographique vaut comme la preuve de l'existence de l'enfant. La visualisation du fœtus permet également une certaine mise en relation. Par exemple, une mère relate de sa première échographie : « *Je voulais que ça dure très longtemps, pour moi l'échographie c'est un petit rendez-vous avec bébé* » [18].

D'après les psychologues Dominique Merg et Charles Bader (2005) : « *l'image échographique est manifestement une source de projections* » : elle peut servir de point d'appui pour révéler un sentiment [18]. Pour les parents, l'image échographique ne révèle pas un fœtus mais plutôt un « *enfant* », « *un tout-petit* », comme le décrivent ce témoignage d'une maman : « *La première échographie est émouvante, on y perçoit un minuscule petit coeur battre. Pour mon premier enfant, j'ai eu la surprise de le voir bouger sur l'écran : je ne m'y attendais pas, à ce stade. Il agitait sa petite main comme pour me faire signe, j'ai pleuré de bonheur quand je l'ai vu bouger. Je me suis également aperçue que, lorsqu'on ressent comme des petites bulles à la surface du ventre, c'est en fait notre tout-petit qui commence à bouger !* » [11] ; ainsi que les propos de Dominique

Merg et Charles Bader : « *Les parents parlent de l'enfant dans sa dimension globale, où sont inclus les espoirs, les projets, les rêves et les croyances. Les parents durant la grossesse pensent l'enfant d'après la naissance* » [18].

Françoise Cailleau (2009), elle aussi psychologue, confirme cette idée car selon elle : « *Dès qu'une femme est inscrite dans un projet parental et qu'elle se sait enceinte, il s'agit pour elle, tout de suite d'un enfant et non de cellules qui se divisent et se multiplient pour former un « embryon » puis un « fœtus »* ». Elle ajoute également que « *Si le fœtus est effectivement contenu dans l'utérus maternel, le psychisme de la mère, lui, contient et rêve un bébé sur lequel convergent déjà fantasmes et projections.* » [17].

Il existe une certaine ambivalence de cette image échographique car d'une part, les parents investissent déjà un « *enfant* » et non un « *fœtus* » et d'autre part il y a un côté imaginaire avec les traits et les similitudes que les parents attribuent à cet enfant, comme ont pu le mettre en avant Dominique Merg et Charles Bader dans leur ouvrage : « *Tous les parents rencontrés recherchent des similitudes, voire des traits familiaux* » [18].

Selon Sylvie Viaux-Savelon, pédopsychiatre (2013), l'enfant à sa naissance est très différent de celui vu à l'échographie. Après l'accouchement, il y a donc « *un travail de deuil de l'enfant imaginaire, de l'enfant fantasmatique et de l'enfant idéalisé* » qui a déjà été décrit par d'autres professionnels de la périnatalité (Bydlowski, 1997), mais en plus de cela s'ajoute « *le travail de deuil de cet « enfant échographique » au cours duquel les parents refoulent les images vues au cours de la grossesse pour laisser toute sa place à l'enfant réel* » [25].

Une étude qualitative menée en Suisse en 2003 sur l'expérience des parents à propos de l'échographie de routine montre qu'immédiatement après avoir vu le fœtus à l'échographie, les parents commencent à le voir comme un bébé et s'imaginent en tant que père ou en tant que mère. Ils sentent qu'ils ont été « *en contact avec leur enfant* » : ainsi, ils se sentent non seulement plus proches de leur enfant à naître mais aussi plus proches l'un de l'autre, comme si, ils étaient en quelque sorte en train de « *devenir une famille pour la première fois* » [22].

Il est donc clair que le « *fœtus* » décrypté par l'échographiste, n'est pas le même que « *l'enfant* » appréhendé par les futurs parents. Le cliché échographique se révèle comme un support de l'imagination et une source de projections pour les parents : le fœtus

n'est plus à venir, il est désormais là en tant que sujet à part entière. Il s'agit donc de l'étape fondatrice d'une famille, on note ainsi la fonction affective de l'image avec la construction d'une certaine relation entre les parents et leur enfant à naître. Cette fonction affective de l'échographie est aujourd'hui devenue un argument pour proposer des temps supplémentaires de visualisation par échographie de l'enfant à naître, hors du cadre médical, ce qui expose aux risques d'une surmédicalisation de la grossesse.

2. Sur le processus de parentalisation :

L'échographie a transformé les relations autour du futur bébé. Nous en avons parlé précédemment : quand la future mère voit le bébé à l'échographie, quand elle le sent, elle se sent vraiment devenir mère. La vue du bébé sur l'écran resserre souvent les liens dans le couple : ce n'est plus seulement le bébé de la mère mais le bébé du couple. C'est ainsi que l'on voit des pères devenir plus disponibles, se sentir encore plus concernés par la grossesse : l'échographie est donc une bonne préparation au rôle de père.

L'échographie apparaît donc comme étant une étape fondatrice de la parentalisation mais plusieurs psychanalystes se sont interrogés sur son impact réel sur ce processus.

D'après Marie-José Soubieux et Michel Soulé (2005), les premiers mois de grossesse sont souvent la période de « *blanc d'enfant* » car la représentation de l'enfant n'existe pas encore. En effet, ils expliquent que « *sa représentation se construit progressivement et son éclosion est souvent accentuée par le ressenti des premiers mouvements fœtaux* » [26].

Dans leurs recherches, ils distinguent « *l'enfant imaginaire* », qui prend sa naissance dans les pensées conscientes et réalistes de la femme et « *l'enfant fantasmatique* » qui se construit à partir des fantasmes inconscients infantiles : c'est le bébé parfait dont les parents rêvent depuis toujours [26].

Sylvain Missonnier, psychanalyste (2007), rejoint leurs travaux en décrivant le « *pouvoir d'induction* » de l'image échographique qui, selon lui, a une double résonance chez les parents : celle avec le fœtus réel et celle avec l'enfant imaginé « *reflet de l'histoire individuelle, conjugale et trans-générationnelle* » [24].

Grâce aux avancées techniques avec l'arrivée de l'échographie comme examen de référence dans le dépistage prénatal, la réalité de l'enfant est présentée à la femme alors

que celui-ci n'existe pas encore dans le psychisme maternel. La future mère peut voir son fœtus avant de sentir ses premiers mouvements. Selon Françoise Cailleau (2009) : « *La vision précède la perception, la modifie et vient éveiller l'émergence identitaire de l'enfant à naître* » [17].

L'échographie permet de rencontrer le fœtus très précocement après sa conception et de rentrer en relation avec lui. Sylvain Missonnier a émis l'hypothèse, grâce à ses recherches cliniques, que l'image échographique peut être organisatrice ou, à contrario, délétère pour le processus de parentalité [24]. Soubieux et Soulé rejoignent ses propos en énonçant que l'échographie peut « *à la fois favoriser le processus de parentalisation et être potentiellement dommageable pour le psychisme des parents en devenir* » [26].

Dans les années 1980, Michel Soulé craint que la confrontation à l'image échographique ne vienne inhiber « *le libre développement de l'enfant imaginaire* » avec entre autres, la connaissance de son sexe, son poids et sa taille. Dans ce sens, il pense que l'échographie raccourcit les neuf mois de grossesse qui ont été prévus par la nature, c'est pour cela qu'il parle du risque « *d'interruption volontaire de fantasme* » (par cette expression, il veut dire que la connaissance précoce de certains éléments à propos de leur enfant, comme par exemple son sexe, empêche les parents de s'imaginer un enfant idéalisé durant tout le reste de la grossesse). Quelques années plus tard, il se ravise en constatant que la femme enceinte « *utilise de nombreux procédés pour retrouver des éléments de l'enfant imaginaire* » [26].

Soubieux et Soulé considèrent l'échographie comme un moment de rencontre avec le fœtus, cependant ils insistent sur le fait qu'en « *rendant la mère transparente* » et en « *divulguant les secrets de son ventre* », l'examen peut favoriser la survenue de fantasmes d'intrusion, de profanation : « *On va voir ce qu'elle est en train de fabriquer* ». Mais ils finissent par constater que l'échographie est une étape fondatrice de la parentalisation car elle peut en faciliter les investissements [26].

Plusieurs études montrent que l'échographie est très attendue par les femmes car elle sert à confirmer une nouvelle vie et une nouvelle famille. Être capable de « *voir le bébé* » à l'écran crée de fortes émotions et un attachement au fœtus. Une étude qualitative norvégienne de 2009, montre que les femmes enceintes considèrent leur première échographie comme un moyen de rencontrer et de se connecter avec le « *bébé* », ce qui représente une étape importante vers la parentalité [16].

Une étude qualitative menée en Suisse en 2003 montre qu'après avoir vu le fœtus à l'échographie, les parents commencent à le voir comme un bébé et s'imaginent en tant que père ou en tant que mère. Ils sentent qu'ils ont été « *en contact avec leur enfant* », comme s'ils étaient en train de « *devenir une famille pour la première fois* » [22].

L'invention de l'échographie a bouleversé le vécu de la grossesse par les parents et a soulevé de nombreuses questions quant aux répercussions que peut entraîner la visualisation précoce du fœtus. Les parents ne vivent pas tous de la même façon la première échographie mais, dans la majorité des publications, il ressort que l'échographie va permettre au couple de se préparer à devenir parents et à instaurer un lien avec leur enfant. L'échographie s'inscrit donc comme un acte fondateur de la parentalisation.

3. Sur le processus d'attachement :

La sage-femme a un rôle d'accompagnement dans les modifications psychiques que subit la mère pendant la grossesse et elle se doit de veiller à la construction ainsi qu'à la mise en place des liens d'attachement du couple avec le bébé. Quel rôle l'échographie joue-t-elle dans la mise en place de ces liens ?

L'attachement est « *un lien affectif et social développé par une personne envers une autre* ». Pour John Bowlby, psychiatre anglais (qui s'est intéressé particulièrement à la relation mère-enfant), l'attachement fait partie des besoins primaires de l'enfant. Selon lui, le parent est biologiquement programmé pour fournir des soins et protection à son enfant. L'enfant, lui, est programmé pour rechercher confort et sécurité auprès de son parent. Au cours de ces interactions se construit « *la relation d'attachement* » [27].

L'investissement émotionnel des parents envers le fœtus est corrélé de manière directe à une réaction positive initiale lors de leur rencontre avec le bébé ainsi qu'avec les comportements affectueux envers lui après sa naissance. L'attachement est donc un lien fondamental qui se construit via les interactions entre le fœtus et ses parents pendant la grossesse notamment à travers les mouvements foetaux et la vision du fœtus via l'échographie [28].

Il a été mis en évidence dans un chapitre précédent que les parents voient l'image échographique comme une « *preuve visuelle* » de l'existence de l'enfant. Le cliché se révèle comme une source de projections pour les parents et dévoile leurs attentes vis-à-vis de l'enfant à naître. Il sert donc à la construction d'une relation entre les parents et le fœtus ce qui manifeste la fonction affective de l'image [18].

Selon une étude qualitative norvégienne (2009), l'échographie est très attendue par les femmes. Être capable de « voir le bébé » à l'écran crée de fortes émotions et un attachement au fœtus. D'après les mères interrogées dans cette étude, l'échographie implique des images de leur bébé qui vit en elle, ce qui permet une expérience visuelle forte, une personnification et un attachement à leur enfant ainsi qu'un renforcement de la relation et de la connexion avec lui [16].

En 2002, Garcia *et al.* publient une revue des études portant sur les points de vues et expériences des femmes au sujet du dépistage anténatal échographique (74 études au total) : il en ressort que pour la majorité des femmes voir le fœtus à l'écran les aide à créer un lien plus fort avec lui [23].

Le professeur Pagani de Genève a particulièrement étudié l'échographie sous son aspect psychologique. Certains résultats de ses nombreuses études permettent de mieux connaître les réactions des couples : plus de la moitié des hommes et des femmes interrogés se disent émus par l'image échographique. Il semble que la responsabilité de l'échographie soit très importante pour transformer cette émotion en bonheur [9].

Un groupe de psychologues a écrit un ouvrage sur l'investissement émotionnel de l'enfant pendant la grossesse (2007) : dans cet ouvrage, ils affirment que plus la mère s'investit avec son bébé pendant la grossesse, plus sa réaction initiale avec le bébé, ses comportements affectueux et la qualité de son interaction avec l'enfant après la naissance seront positifs. Selon eux, l'attachement au bébé commence au début de la grossesse et grandit au fur et à mesure que celle-ci progresse, surtout après avoir vu et senti les mouvements du bébé [28].

La revue de la littérature par Shieh, Kravitz, et Wang (2001) suggère qu'il y a trois aspects différents du concept d'attachement mère-fœtus, qui incluent un aspect cognitif (qui correspond au « *désir de connaître l'enfant* »), un aspect affectif (qui correspond au « *plaisir de penser et d'interagir avec le fœtus* ») et un aspect altruiste (qui correspond au « *désir de protéger l'enfant qui n'est pas encore né* ») [29].

L'échographie prénatale permet donc un lien affectif précoce avec l'enfant : elle peut donner une image rassurante du fœtus et encourager des comportements de santé pour le bien du bébé. Mais à l'inverse, un des risques de l'échographie pourrait donc être que lorsqu'un problème est détecté, les parents aient une réponse émotionnelle négative, qui inclue un détachement du fœtus : c'est le sujet du prochain chapitre de la revue.

4. Sur l'anxiété :

Un des risques de la multiplication des échographies prénatales, d'après Michel Odent, ancien chef de service d'une maternité serait l'effet « *nocebo* » : selon lui « *ce suivi intrusif peut entraîner chez les femmes enceintes une angoisse profonde, voire, ironie du sort, l'aggravation de leur état de santé !* » [6].

L'anxiété est définie comme une « *inquiétude pénible, tension nerveuse, causée par l'incertitude, l'attente* » [30]. La grossesse est une période de transition dans la vie d'une femme caractérisée par des changements physiques et psychologiques. Quel est le rôle de l'échographie dans cette anxiété au cours de la grossesse ?

D'après une étude allemande de 2009 : durant la grossesse, de nombreuses femmes rapportent une inquiétude et une anxiété augmentée [19]. Les thèmes principaux de leurs préoccupations concernent la santé de fœtus, la peur de la fausse couche et le bon déroulement de l'accouchement. Les antécédents de fausse-couche, la primigestité (fait de tomber enceinte pour la première fois) et une grossesse non planifiée sont des facteurs qui renforcent ces inquiétudes [3].

L'échographie sert à confirmer la grossesse en donnant la preuve que l'enfant est bien vivant, comme vu précédemment, ce qui peut tendre à diminuer l'anxiété des parents. Cependant, des études ont montré que dans l'attente de l'échographie ou lors d'une suspicion d'anomalies foetales, l'anxiété et l'inquiétude des parents augmentent. Cela peut avoir des conséquences psychologiques importantes ainsi que des conséquences sur les interactions parents-enfant. Ces mêmes études montrent que l'anxiété va diminuer une fois que l'échographie ne détecte pas d'anomalies [16, 23, 25, 31].

Sylvie Viaux-Savelon (2013) a également mis en évidence dans son ouvrage que plus les informations données par l'échographiste durant l'examen sont ambiguës (que ce soit du fait d'un défaut d'information ou parce que le professionnel manque d'éléments pour conclure), plus l'anxiété des parents est grande [25].

Pour finir, pour certains parents, la révélation par l'image les perturbe et l'échographie court-circuite le travail intérieur qui les conduit vers l'enfant réel et qu'ils n'ont pas encore accompli [9]. Dans la majorité des cas, l'anxiété n'est donc que transitoire et sera résolue après un examen échographique ne révélant pas de pathologie.

Mais parfois cette anxiété restera chronique sur toute la grossesse ce qui peut être causé, entre autres, par une médicalisation constante de la grossesse et risquera à terme, d'affecter la relation parent-enfant.

5. Sur le stress :

Le stress est défini comme « *une réponse de l'organisme soumis à une agression brusque* » [30]. Plusieurs études ont démontré les effets néfastes du stress prénatal. Une revue de littérature récente rapporte qu'il est en partie responsable des accouchements précoces et des petits poids à la naissance [3]. Quel est le rôle de l'échographie dans le stress au cours de la grossesse ?

La multiplication des tests prénataux et les enjeux actuels qu'ils soulèvent déclenchent une tension émotionnelle supplémentaire au cours de la grossesse. Cependant, seuls les événements de vie intenses (comme la mort d'un proche, le chômage, la pauvreté, les cataclysmes etc.) ou les stressseurs chroniques (comme le racisme, la discrimination etc...) engendreraient les conséquences précédemment citées [3].

Une étude qualitative suisse (2003) démontre que le fait d'attendre une échographie a tendance à augmenter les réactions dépressives et le stress des futurs parents, cependant après des résultats rassurants ne montrant rien d'anormal, ce stress va immédiatement diminuer. Quand on interroge les parents sur ce qui les inquiétait à propos de l'échographie, ils expliquent qu'ils s'inquiétaient à propos des résultats que pouvait montrer l'examen et des décisions que cela pourrait engendrer pour cette grossesse [22].

Il a donc été démontré que les conséquences du stress sur une grossesse peuvent être néfastes (prématurité, petit poids de naissance) [3], c'est pourquoi le rôle de l'échographiste est d'accompagner les parents dans ces examens et les décisions qui peuvent en découler.

III. LA SATISFACTION :

1. Définition :

La satisfaction est définie comme « *une action de satisfaire un besoin, un désir, une demande, une tendance* » ou « *un contentement, joie résultant en particulier de l'accomplissement d'un désir, d'un souhait* » par le dictionnaire Larousse [30].

Selon la HAS, « *la satisfaction est l'acte par lequel on accorde à quelqu'un ce qu'il demande, ou encore, le sentiment de bien-être qui résulte de cette action* » [31].

La notion de satisfaction est liée à celle de qualité des soins selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : « *L'évaluation de la qualité des soins est une démarche qui permet de garantir à chaque patient des actes diagnostiques et thérapeutiques assurant le meilleur résultat en termes de santé conformément à l'état actuel de la science médicale au meilleur coût pour le meilleur résultat au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins* » [31].

La satisfaction et la qualité sont donc liées : un patient sera satisfait si la qualité du soin obtenue est conforme à la qualité qu'il en attendait et donc répond à ses attentes. La démarche qualité est l'ensemble des actions que mène un établissement pour développer la satisfaction de ses clients. Cette démarche qualité va être détaillée dans le chapitre suivant.

2. Évaluation de la satisfaction :

2.1. Satisfaction des usagers vis-à-vis du système de soins :

Dans le système de soins français, l'évaluation de la satisfaction des patients est une priorité afin que leur prise en charge soit de qualité. Il y a des recommandations et textes réglementaires qui incitent les établissements de santé à mener des enquêtes de satisfaction :

- D'après l'ordonnance du 24 avril 1996 [33], il est prévu pour les établissements de santé de procéder à une évaluation régulière de la satisfaction des patients dans une perspective d'amélioration de la qualité de soins : « *la qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé. Celui-ci doit procéder à une évaluation régulière de leur satisfaction, portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour* ».
- La loi du 4 mars 2002 (dite loi « Kouchner ») [34] place les usagers en tant qu'acteurs au centre du système de santé. Elle a pour but de « *veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leur proches et de la prise en charge* ». Cette loi a entraîné la création d'une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge qui contribue à élaborer des outils de recueils sur les indicateurs de la satisfaction des usagers.

- Le plan périnatalité 2005-2007 [35] a pour principale préoccupation d'améliorer la qualité et la sécurité des soins obstétricaux tout en organisant simultanément une meilleure écoute des femmes et de leurs partenaires. Le dernier axe du plan, relatif à la qualité, porte sur l'élaboration de référentiels permettant d'homogénéiser et d'améliorer les pratiques, en particulier en matière d'échographie fœtale. D'après ce plan, la qualité de l'échographie fœtale peut être améliorée en définissant : les modalités d'exercice de l'échographie fœtale et ses objectifs, des pré-requis de formation, le contenu des actes et de l'imagerie minimum à rendre, le contrôle de qualité des procédures et des actes par les professionnels, les matériels nécessaires et l'information à donner aux patientes. Ces points seront mis en œuvre notamment sur la base de recommandations du CNTEP [6].

La satisfaction des usagers dans le système de soins est de plus en plus recherchée notamment dans le contexte actuel avec un système de santé de plus en plus compétitif et des usagers qui ont de plus en plus d'attentes et de besoins. La hausse du niveau d'éducation fait que le patient veut participer activement dans les décisions médicales qui le concerne et impose une amélioration de la qualité des soins [36 - 38].

Une revue de la littérature de 2013 sur la satisfaction des femmes par rapport aux soins reçus pendant la grossesse et au moment de l'accouchement montre que la satisfaction d'une femme lors de ces périodes peut avoir des effets immédiats et à long-terme sur sa santé et sa relation avec son enfant (y compris la dépression du post-partum, un syndrome de stress post-traumatique, des avortements, des difficultés à reprendre les rapports sexuels, des sentiments négatifs envers son enfant, des problèmes d'allaitement). Une connaissance de la satisfaction des mères pourrait donc permettre aux professionnels de santé d'ajuster les soins et services proposés à l'hôpital [36].

Une étude suisse de 2004 met également en avant que le fait qu'une femme soit non satisfaite par les soins durant le suivi de grossesse (notamment en termes de temps accordé et de nombre de consultations) était associé à une expérience négative de l'accouchement [39].

D'après les textes réglementaires énoncés plus haut, tout acte médical doit être de qualité. La démarche qualité est justifiée en échographie de dépistage principalement car cet examen comporte des enjeux majeurs pour l'enfant et sa famille. De plus, elle devrait contribuer à clarifier les attentes de la population vis-à-vis du dépistage échographique et

à simplifier la position des professionnels. Cependant, la sensibilité de l'échographie, par exemple pour le dépistage des malformations, dépend de l'expertise de l'opérateur (et donc de sa formation) et de la qualité de son matériel. Cela explique probablement les disparités en matière de performance de l'échographie et c'est pourquoi le plan de périnatalité a prévu la mise en œuvre de recommandations de la part du CNTEP pour remédier à ces disparités [35].

2.2. Mesure de la satisfaction :

La satisfaction est un concept très individuel et subjectif qui la rend difficile à mesurer et à interpréter. La mesure de la satisfaction des usagers s'inscrit dans le contexte global de respect de la place du patient dans l'organisation du système de santé, qui se traduit notamment par l'évolution réglementaire, en particulier l'ordonnance du 24 avril 1996, la loi du 4 mars 2002 et le plan de périnatalité 2005-2007 mentionnés plus haut.

Cette mesure s'appuie sur de multiples méthodes telles que : les plaintes, les questionnaires de sortie, les enquêtes généralistes, les enquêtes spécifiques et les appréciations qualitatives (à l'aide d'échelles) décrits par l'institut de recherche et documentation en économie de la santé [40].

Une étude qualitative roumaine (2004) portant sur les méthodes d'évaluation de la satisfaction à propos de méthodes d'enseignement a utilisé comme méthode de mesure un questionnaire. Les données ont ensuite été traitées en mettant d'un côté les « *facteurs positifs* » qui contribuent à améliorer le système éducatif et la satisfaction des étudiants et d'un autre côté les « *facteurs négatifs* » qui contribuent à diminuer la satisfaction des étudiants. Leurs conclusions sont les suivantes : pour augmenter le niveau de satisfaction des étudiants, il faut éliminer les facteurs négatifs ou les corriger [41]. En transposant les conclusions de cette étude au système de soins, il apparaît que pour améliorer la satisfaction des usagers, il faudrait connaître les attentes des patients et pouvoir y répondre en améliorant leur expérience de soins pour supprimer les facteurs négatifs.

Pour mesurer la satisfaction des femmes, plusieurs études ont cherché une concordance ou discordance entre les attentes des femmes et leur expérience réelle. Selon eux, cette méthode de mesure est facilitée dans le cas des études sur la maternité car il y a une longue fenêtre de participation qui dure le temps de la grossesse et peut s'avérer plus efficace qu'une approche quantitative [42].

D'après plusieurs études, la satisfaction d'un patient dépend d'un très grand nombre de déterminants qui peuvent servir à la mesurer. Parmi ces déterminants, on retrouve : l'accessibilité aux ressources, la continuité des soins, l'efficacité, les qualités humaines de l'intervenant, les informations fournies, les compétences de l'intervenant et les attentes des parents [36, 38].

La mesure de la satisfaction des patients est donc utile pour évaluer la qualité des services et des soins et pour l'améliorer. Plusieurs chercheurs pensent que la satisfaction d'un patient n'est pas simplement une mesure de qualité mais plutôt l'objectif même du système de soins [37].

3. Satisfaction des parents vis-à-vis de leur suivi échographique :

Dans la littérature actuelle, il a été retrouvé principalement des études qui s'intéressent à la satisfaction des usagers à propos de leur suivi de grossesse et une seule qui traite de façon ciblée la satisfaction des usagers à propos de leur suivi échographique.

Une étude canadienne (2002) met en avant certains déterminants susceptibles d'influencer la satisfaction des usagers à l'égard du système de soins. Parmi ces déterminants, on retrouve : le contrôle, les attentes parentales, l'attention fournie par l'intervenant, le temps du soin (qui inclut le temps d'attente et le temps pris par le professionnel pour le couple), les informations fournies et les capacités de communication et enfin la continuité des soins [43].

Dans une étude suisse (2004), il a également été mis en évidence qu'il y a un défaut de satisfaction par rapport au suivi de grossesse dans les cas suivants : un nombre insuffisant de rendez-vous, un long temps d'attente lors du rendez-vous, un manque de continuité des soins (tant au niveau de l'intervenant que de l'information donnée), un manque d'informations et d'explications. À contrario, les compétences techniques et cliniques de l'intervenant ainsi que sa sympathie sont associés à une satisfaction des usagers [44]. Les conclusions de cette étude rejoignent donc celles de l'étude canadienne réalisée deux ans plus tôt.

Une enquête menée en France en 2006 par la DREES porte sur la satisfaction des femmes à l'égard du suivi de grossesse et de l'accouchement. Plus de 95% des femmes se déclarent très ou plutôt satisfaites. Lorsque les femmes ont été interrogées sur ce qu'elles

ont trouvé le plus satisfaisant dans le suivi de grossesse : en premier lieu, elles ont mis en avant les qualités humaines des professionnels de santé : l'écoute et l'accompagnement (30 %), puis le dialogue et les explications reçues (22 %), et la sécurité de la prise en charge (19 %) et la qualité des prestations techniques (13 %) [10].

Pour finir, une dernière étude a été retrouvée dans une revue de littérature de la Cochrane (2015) sur l'évaluation du suivi échographique par les usagères : cette étude révèle que 32 % des femmes ne sont pas satisfaites de leur suivi échographique lorsqu'il s'agit du suivi de routine et ce nombre passe à 40 % lorsqu'il s'agit d'une échographie de contrôle [45].

Dans l'ensemble, les études concernant la satisfaction des usagers à propos de leur suivi échographique et plus largement de leur suivi de grossesse montrent que les patientes sont satisfaites des soins qu'elles reçoivent mais que le suivi pourrait être amélioré en interrogeant les parents sur leur besoin d'information, sur les sujets qu'ils souhaitent aborder lors des consultations et en offrant un parcours de soins personnalisé et individualisé basé sur les besoins de chaque couple.

Aux vues de ces nombreuses données, il semble judicieux d'interroger les femmes françaises sur ce qui influence leur satisfaction vis-à-vis des échographies prénatales et de faire un état des lieux sur leur suivi échographique.

On peut donc se poser les questions suivantes : qu'est-ce qui influence la satisfaction des mères à propos des échographies prénatales ? Quels sont les aspects positifs et négatifs de leur suivi échographique ? Quelles sont leurs connaissances vis-à-vis de cet examen ? Sont-elles conscientes des rôles, des recommandations, des dangers, des limites d'un tel examen ? Quelles sont les attentes des mères concernant leurs échographies ? Comment améliorer la satisfaction maternelle concernant les échographies, notamment dans un contexte d'augmentation constante du nombre d'échographies prénatales ?

POPULATION ET MÉTHODE

I. POPULATION :

1. Description de l'échantillon de l'étude :

L'échantillon était constitué de 20 femmes volontaires, en service de suites de couches d'une maternité de type II de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Il s'agissait d'un échantillon raisonné, seules les femmes remplissant les critères d'inclusion recevaient une lettre d'information.

Les critères d'inclusion pour participer à l'étude étaient les suivants :

- Être une accouchée en service de suites de couches
- Être une femme primipare ou multipare
- Avoir eu une grossesse évolutive physiologique
- Avoir accouché par voie basse non instrumentale

Les critères de non-inclusion à cette étude étaient les suivants :

- Mères ne parlant pas français
- Mères mineures ou sous tutelle
- Enfant né avec une pathologie ou hospitalisé en néonatalogie
- Mères n'ayant pas eu au moins les trois échographies recommandées
- Grossesse de datation tardive (> 14 SA)

2. Modalités de recrutement :

Le mode de recrutement était basé sur le volontariat. Des lettres d'informations et de présentation de l'étude ont été distribuées au sein du service de suites de couches lors du premier jour d'hospitalisation des parturientes par le chercheur principal.

Le lendemain, le chercheur s'est rendu dans le service de suites de couches pour recueillir la réponse concernant la participation à l'étude des femmes ayant reçu la lettre d'information. Si la réponse était positive, l'entretien avait lieu le jour même.

Au total, 42 patientes correspondaient aux critères d'inclusion, parmi elles :

- 22 ont accepté de participer à l'étude
- 12 n'ont pas reçu la lettre d'information (car elles sont sorties en départ précoce ou n'étaient pas disponibles au moment de la visite du chercheur)

- 8 ont refusé (évoquant une fatigue importante, pensant ne rien avoir à apporter à l'étude ou par manque de temps).

Parmi les 22 patientes ayant accepté, deux ont été exclues à posteriori car leur enfant a été hospitalisé en néonatalogie. Donc au total 20 patientes ont participé à cette étude.

II. MÉTHODE :

1. Le type d'étude :

Cette étude a été menée selon une approche qualitative de type descriptive et interprétative.

L'objectif principal de cette recherche était de connaître les déterminants de la satisfaction maternelle concernant le suivi échographique prénatal d'une grossesse physiologique.

Plusieurs objectifs secondaires ont été retenus :

- Évaluer les connaissances des usagères concernant le suivi échographique prénatal.
- Décrire les attentes maternelles par rapport aux échographies prénatales.
- Interroger les mères sur les aspects positifs et négatifs de leur suivi échographique.

2. Le mode de recueil des données :

En amont de la réalisation des entretiens, une grille d'entretien a été réalisée. Cette grille avait pour objectif de guider les entretiens et de cibler les questions pour que les réponses des participantes aident à répondre aux objectifs de l'étude. La grille était composée de questions ouvertes ou fermées portant tout d'abord sur les renseignements généraux afin de cibler la population puis sur le suivi échographique des patientes, leurs attentes ainsi que leur satisfaction vis-à-vis de ce suivi (cf annexe III).

Dans l'optique de mettre à l'épreuve la grille d'entretien avant le début de l'étude, celle-ci a été testée sur une patiente volontaire répondant aux critères. Cette vérification a permis de tester la compréhension des questions, et également de vérifier que les données obtenues semblaient cohérentes pour répondre aux objectifs.

La version finale de la grille a été approuvée par la directrice de mémoire et la co-directrice du mémoire, puis elle a été remise au chef de pôle, à la coordonnatrice sage-femme et au délégué à la protection des données pour validation.

Le recueil de données a eu lieu grâce à des entretiens semi-dirigés individuels avec la mère [46]. La présence du deuxième parent était autorisée ; pour les besoins de l'étude seule la mère était interrogée mais le père avait le droit d'intervenir si son avis différait.

Tous les entretiens effectués étaient des entretiens physiques en face à face qui ont été menés dans les chambres des patientes. Il semblait primordial que ces entretiens se déroulent dans un lieu calme et clos, sans autre personne que le couple et le chercheur. C'est pourquoi avant de commencer l'entretien, le chercheur s'assurait de la disponibilité du couple, de l'absence d'examen prévu dans l'immédiat et avertissait l'équipe du service à l'oral et en mettant la présence dans la chambre concernée.

Le principe de saturation des données (nombre d'entretiens nécessaires pour obtenir des réponses satisfaisantes en fonction des moyens humains et matériels, moment où les analyses des derniers entretiens n'a plus apporté de nouvelles interprétations, signalant la fin de l'étude) a été retenu pour mettre fin aux entretiens et au recueil des données [47].

Les entretiens ont été menés entre le 25 juillet 2019 et le 25 octobre 2019, soit sur une période de trois mois. Tous les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone : ils ont duré entre 12 et 34 minutes pour une durée totale de 350 minutes soit 5h50 minutes. La durée moyenne d'un entretien était de 18 minutes.

Les données ont ensuite été rigoureusement retranscrites sur un document de traitement de texte par saisie manuelle. Le temps de retranscription moyen a été de 50 minutes pour chaque entretien, soit environ 17 heures au total. Pour le contrôle qualité de l'étude, une réécoute des enregistrements et un contrôle simultané des retranscriptions a été fait. Cette retranscription représente un procédé important de l'analyse [48].

3. Le déroulement de l'étude :

Cette étude a eu lieu dans une maternité de type II de la région Auvergne-Rhône-Alpes auprès de mères venant d'accoucher durant une période de 14 semaines allant du 25 juillet 2019 au 25 octobre 2019.

Les entretiens ont eu lieu lors du deuxième jour d'hospitalisation (pour des raisons d'organisation du service et de disponibilité physique et psychologique des patientes).

4. Le mode d'analyse des données :

Suite à leur retranscription, les données ont été traitées selon une analyse thématique du contenu.

Dans un premier temps, une analyse verticale des données a permis d'étudier chaque entretien de manière individuelle afin d'en retirer les thèmes abordés. Cette analyse a rendu compte de la singularité de chaque entretien. Un codage ouvert a été réalisé ; c'est à dire qu'une grille synthétisant les différentes idées a été élaborée à partir du verbatim et que les catégories d'analyse sont issues des entretiens. Les catégories ont été codées selon une analyse syntaxique en découpant le texte intégral en phrases et morceaux de phrases [49].

Puis, dans un second temps, les contenus des différents entretiens ont été confrontés dans une analyse horizontale. Les données recueillies ont été classées dans un tableau en fonction des grands thèmes structurant l'entretien et regroupées en sous catégories pour ordonner les données de manière organisée. Ce tableau a permis de mieux représenter et d'analyser plus facilement le contenu des entretiens afin de pouvoir repérer les similitudes et les divergences par thèmes (cf annexe IV).

Enfin, dans un troisième temps, la théorisation ancrée (qui consiste à conceptualiser des données empiriques) a été utilisée afin d'analyser et d'interpréter les données de façon inductive, puis thématique [50] ; le tout sur la base des objectifs de recherche pour reconstruire la réalité telle qu'elle est perçue et répondre à ces objectifs.

5. Aspects éthiques et réglementaires :

5.1. Avis des comités consultatifs :

Cette étude a reçu l'aval d'un comité scientifique mis en place par la structure de formation initiale en décembre 2018 ainsi que du comité éthique en janvier 2019.

Les autorisations du chef de pôle et de la sage-femme coordinatrice du service de l'hôpital, ainsi que du délégué à la protection des données ont été obtenues pour le déroulement de l'étude in situ, la mise à disposition de locaux pour les entretiens et la validation du guide d'entretien.

5.2. Information et consentement :

Une lettre d'information individuelle a été distribuée en main propre à chaque participante la veille de l'entretien. Celle-ci présentait le sujet et l'objectif principal de l'étude, les critères d'inclusion, le mode de réalisation des entretiens, la confidentialité et l'anonymisation des données ainsi que l'absence de modification de prise en charge en cas de refus de participer à cette étude et enfin les coordonnées du chercheur afin qu'elles puissent à tout moment demander des renseignements complémentaires, modifier leur propos ou se retirer de l'étude (cf annexe V).

Le consentement oral et écrit des participantes a été recueilli avant le début de l'entretien et leur accord était également demandé pour pouvoir enregistrer les données à l'aide d'un dictaphone (cf annexe VI).

5.3. Anonymat :

Les entretiens ont été retranscrits en respectant le couvert de l'anonymat. En effet, aucun renseignement ne pouvant trahir l'anonymat n'a été demandé. De plus, aucun nom de ville, de professionnels ou d'association n'a été cité. Les prénoms et noms évoqués ont été enlevés et remplacés par un mot qualifiant la personne citée pour préserver l'anonymat. Les enregistrements audios, une fois retranscrits, ont été supprimés pour protéger l'accès aux informations personnelles des patientes.

Les 20 participantes se sont vu attribuer une lettre (de A à T) selon l'ordre chronologique des entretiens et ont été nommées ainsi dans la partie résultats et discussion du mémoire.

RÉSULTATS

Dans cette partie, l'échantillon étudié a tout d'abord été décrit. Le profil des patientes interrogées a été brièvement présenté ainsi que les détails spécifiques de l'enquête.

Dans un deuxième temps une analyse des résultats a été effectuée, développant les thèmes et sous-thèmes abordés au cours des entretiens. Ces thèmes ont été construits à partir des réponses des patientes lors des entretiens, certaines idées sont apparues redondantes et plus marquantes que d'autres. C'est de cette manière que les différents thèmes et sous-thèmes de cette analyse ont émergé.

I. DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON :

Afin de décrire la population de l'échantillon, il a été réalisé un tableau descriptif de la population interrogée (cf tableau I) :

Tableau I : Tableau descriptif de la population étudiée lors des entretiens

Patiente	Age	Primipare / multipare	Nombre d'échographies dans la grossesse (raison écho en +)	Échographie en 3D (Oui / Non)	Personne qui a fait les échographies	Satisfaction (Note entre 1 et 4*)
Mme A	24	Primipare	9 (datation + post-terme)	Non	Non choisis : une gynécologue hospitalière + sages-femmes aux urgences maternité	4
Mme B	26	Multipare	5 (datation + ↓MAF)	Oui	Choix de sa part : une sage-femme libérale échographiste	4
Mme C	39	Multipare	4 (contrôle siège)	Oui	Moitié-moitié : Début du suivi en libéral par sa gynécologue et suite à l'hôpital par une gynécologue non choisie	3
Mme D	30	Multipare	6 (datation + 2 sans raison médicale)	Oui	Choix de sa part : une sage-femme libérale échographiste	4
Mme E	25	Multipare	5 (datation + sexe)	Oui	Choix de sa part : une sage-femme libérale échographiste	4
Mme F	23	Primipare	3	Non	Non choisi : une gynécologue hospitalière	3
Mme G	37	Multipare	7 (datation + siège)	Non	Choix de sa part : une sage-femme libérale échographiste + une gynécologue hospitalière non choisie	4
Mme H	27	Multipare	6 (datation + 2 sans raison médicale = savoir le sexe)	Oui	Choix de sa part : une sage-femme libérale échographiste	4
Mme I	31	Primipare	4 (datation)	Oui	Choix de sa part : une sage-femme libérale échographiste	4
Mme J	30	Multipare	5 (AVP)	Non	Choix de sa part : une gynécologue hospitalière	4
Mme K	27	Multipare	4 (siège)	Non	Choix de sa part : une gynécologue hospitalière	3

Patiente	Age	Primipare / multipare	Nombre d'échographies dans la grossesse (raison écho en +)	Échographie en 3D (Oui / Non)	Personne qui a fait les échographies	Satisfaction (Note entre 1 et 4*)
Mme L	29	Multipare	4 (datation)	Non	Choix de sa part : une gynécologue hospitalière	4
Mme M	22	Primipare	6 (sans raison médicale)	Oui	Moitié-moitié : Début du suivi en libéral par son gynécologue puis à l'hôpital par une gynécologue non choisie	4 (en libéral) 2 (hôpital)
Mme N	29	Multipare	9 (sans raison médicale = pour se rassurer)	Oui	Choix de sa part : une sage-femme libérale échographiste	4
Mme O	24	Primipare	9 (sans raison médicale = pour se rassurer)	Non	Choix de sa part : un gynécologue libéral	4
Mme P	31	Multipare	7 (datation + contrôle poids)	Non	Non choisis : 3 gynécologues hospitaliers différents	3
Mme Q	22	Primipare	6 (contrôle morpho + 2 sans raisons médicales)	Oui	Choix de sa part : une sage-femme libérale échographiste	4
Mme R	24	Primipare	4 (douleurs pelviennes)	Non	Non choisi : une gynécologue hospitalière	4
Mme S	26	Multipare	4 (vérification du col en fin de grossesse)	Non	Non choisi : une gynécologue hospitalière	4
Mme T	24	Primipare	8 (datation + 3 sans raison médicale)	Non	Moitié-moitié : Suivi classique à l'hôpital par une gynécologue et une sage-femme échographiste non choisies Suivi en libéral en plus par une sage-femme échographiste	4

* Lors de l'entretien il a été demandé aux patientes d'évaluer leur satisfaction à propos de leur suivi échographique avec un choix entre 4 modalités : 1 = pas du tout satisfaite
2 = peu satisfaite
3 = satisfaite
4 = très satisfaite

L'âge des patientes de l'échantillon s'étendait de vingt-deux à trente-neuf ans.

Le nombre d'échographies faites lors de leur grossesse s'étendait de trois à neuf en fonction des patientes. Sur l'ensemble des vingt participantes, seulement une patiente n'a eu que les trois échographies de grossesse recommandées, toutes les autres en ont eu un nombre supérieur. Trois d'entre elles ont eu neuf échographies dans leur grossesse.

Les raisons de ces échographies supplémentaires étaient variées, il s'agissait principalement d'échographies de datation ou de contrôle (du poids, de la position foetale ou morphologique), mais aussi d'échographies à des fins non médicales (« *pour se rassurer* » ou encore « *pour connaître le sexe du bébé* »).

La proportion de patientes ayant eu au moins une échographie en trois dimensions durant sa grossesse était presque identique à celle n'ayant eu que des échographies classiques en deux dimensions. En effet, neuf patientes ont eu au moins une échographie en trois dimensions durant leur grossesse tandis que onze n'en ont pas eu.

La majorité de l'échantillon a choisi l'échographiste qui allait s'occuper de son suivi, qui travaillait en cabinet libéral principalement. Parmi celles n'ayant pas choisi leur intervenant, deux femmes ont préféré avoir un double suivi et multiplier les intervenants pour avoir des échographies supplémentaires. Voici la justification de Madame T : « *J'ai été suivie à l'hôpital pour toute ma grossesse mais à côté j'ai pris une sage-femme au cabinet libéral et j'ai dû faire 2 - 3 échos supplémentaires [...] c'était pour me rassurer* ».

Dans cet échantillon, il y avait presque autant d'échographistes sages-femmes que de gynécologues-obstétriciens. Il y avait huit femmes suivies en cabinet libéral, huit autres suivies à l'hôpital et quatre femmes qui ont eu partiellement les deux types de suivi.

La plus mauvaise appréciation concernant la satisfaction à propos du suivi échographique donnée par une patiente a été « *peu satisfaite* », elle n'a été donnée qu'une seule fois. Il y a eu quatre patientes qui se sont dites « *satisfaite* », tandis que tout le reste des patientes estimait être « *très satisfaite* » de leur suivi échographique. Dans la suite de l'analyse des résultats, les propos obtenus lors des différents entretiens ont été étudiés afin de rechercher les déterminants de cette satisfaction.

II. LES CARACTÉRISTIQUES DU PROFESSIONNEL DE SANTÉ :

Lors des entretiens, il a été observé qu'un des déterminants principaux de la satisfaction maternelle concernant leur suivi échographique était le professionnel de santé qu'elles avaient en face d'elles.

En effet, ce professionnel semblait avoir une grande influence sur le vécu de leur suivi échographique. Les femmes interrogées ont indiqué qu'avec un intervenant différent elles n'auraient pas été aussi satisfaites de leur suivi. Madame L nous a expliqué être « *très satisfaite parce que là du coup ça va être surtout ma gynécologue qui rentre en jeu* ». Madame B a fait une comparaison avec ses deux premières grossesses : « *C'est un tout [ndlr : qui fait la satisfaction] mais ça contribue bien aussi l'intervenant parce que pour mes 2 grands j'avais pas eu les mêmes intervenants et c'était pas pareil* ».

L'une d'elle a même dit que c'est cet intervenant qui était responsable de sa satisfaction : « *C'est elle [ma gynécologue] qui fait qu'on était contents quoi* ».

Pour une patiente, il était préférable d'avoir une femme comme échographiste, voici son explication : « *Je voulais une femme parce que j'étais assez pudique et j'ai eu la chance d'en avoir une* ». Mais pour la majorité, l'important était surtout d'avoir un échographiste qui « *sache bien faire son travail* ».

Madame O résumait assez bien l'opinion générale sur l'importance d'être bien accompagnée lors des échographies : « *Après je pense qu'honnêtement pour les parents mais surtout pour un premier enfant, l'accompagnement c'est hyper important.* ».

1. Une expertise clinique :

Pour leur attribuer une expertise clinique, les femmes attendaient certaines compétences de l'échographiste, notamment qu'il sache « *utiliser le matériel* », « *lire les images* », qu'il soit « *professionnel* » et « *compétent* ». En voici des témoignages :

- Madame E : « *Elle a dû passer des spécialités et pour utiliser le matériel déjà parce que tout le monde ne peut pas le faire et pour aussi lire les images.* »
- Madame C : « *Après c'est vrai que j'ai rien à redire sur mes échos, les intervenants étaient toujours très bien avec moi, gentils, professionnels et puis au niveau technique parfait, j'ai jamais rien eu à redire. [...] Le professionnalisme de chaque intervenant j'ai trouvé ça très important* »

La majorité des patientes attendaient tout simplement « *que tout soit fait correctement* » et que l'échographiste sache lire les échographies, comme le résumait bien madame E : « *Je dirais je pense comme tout le monde, qu'il y ait une bonne lecture des informations [...] une bonne explication.* ».

Madame P a eu trois personnes différentes lors de ses échographies, mais cela ne l'a pas dérangée, elle expliquait pourquoi : « *En effet on voudrait être suivi tout le long par la même personne pour les 3 échographies et d'un autre côté je me suis rassurée en me disant que si mon fils avait un problème : 3 intervenants différents, 3 avis différents, 3 expériences différentes [...] S'il y avait eu un problème je me dis que peut être que la même personne n'aurais pas vu certaines choses que 3 personnes différentes auraient pu voir* ». Madame C qui a eu plusieurs intervenants s'est aussi rassurée en se disant que : « *Des fois on a 2 avis différents aussi* ».

Lorsque les femmes ont été interrogées sur leurs attentes à propos de leur échographiste, leur attente majoritaire était qu'il « *fasse son travail correctement* », comme en ont témoigné respectivement madame Q et madame S : « *Principalement qu'elle sache faire son travail hein haha c'est déjà pas mal.* » ; « *Ben j'en attendais pas spécialement, qu'elle fasse bien son travail.* ». Même si certaines étaient conscientes que tout voir à l'échographie n'était pas possible, comme le soulignait madame C : « *Rien n'est toujours fiable à 100% bien sûr, même si on fait du mieux possible et qu'on essaye de regarder bien correctement à l'échographie, le risque zéro n'existe pas* ».

2. Des habiletés pour communiquer :

2.1. Un intervenant qui explique bien :

En plus de leur expertise clinique, il était essentiel pour les patientes d'avoir en face d'elle un professionnel qui expliquait bien, qui répondait à leurs questions : en effet, sur les vingt femmes interrogées, seules deux n'ont pas mentionné l'importance de ces qualités. Parmi les propos les plus marquants, il a été relevé :

- Madame L : « *Très satisfaite parce que là du coup ça va être surtout ma gynécologue qui rente en jeu : elle a bien su nous expliquer à chaque échographie ce qu'elle voyait, quand tout allait bien elle savait nous le dire, si elle avait un doute elle savait nous le dire aussi et du coup ça a beaucoup joué le fait que le praticien nous explique les échographies.* »
- Madame O : « *Ça a été très professionnel, il était très présent et répondait à nos questions il nous a tout expliqué même au niveau des organes tout ça. On y a passé du temps à faire les échos mais j'ai rien à dire là-dessus quoi. Je pense que c'était le meilleur suivi que je pouvais avoir [...] je voulais qu'il m'explique les choses parce que pour une première grossesse on se retrouve un peu lancés là-dedans on sait pas trop ce qu'il se passe.* »

Madame M a eu deux intervenants différents qui n'avaient pas la même manière de travailler et elle a ressenti cette différence : « *Il explique bien à chaque fois[...] parce qu'au final c'est vrai que nous on connaît pas les échos donc il y a des trucs on sait pas du tout ce que c'est quoi. Le docteur n°1 [ndlr : son gynécologue libéral] le faisait beaucoup mais le docteur n°2 [ndlr = une gynécologue hospitalière] elle faisait son truc en fait et elle me parlait très peu donc des fois j'ai vu des trucs passer je sais même pas ce que c'était en fait...* ».

C'était également appréciable pour les femmes d'avoir quelqu'un de « *pédagogue* » et qui n'utilise pas de « *termes médicaux* » mais plutôt un « *langage clair* », notamment pour les primipares pour qui c'était une première expérience. Madame A résumait bien cette opinion : « *Qui est assez pédagogue pour nous expliquer, qu'elle ne parle pas en termes médicaux mais qu'elle nous explique dans un langage courant pour nous. C'était super puisqu'on n'a pas été perdus, on a pas eu besoin de faire des recherches derrière.* »

Le fait de donner des explications pendant les échographies a également démontré un côté rassurant auprès des mères interrogées, principalement des femmes primipares, comme en témoignaient madame C, F et T : « *C'est vrai que c'est rassurant quand des fois on est en période de doute ou qu'on s'interroge et qu'on a les réponses à nos questions c'est quand même bien* » ; « *Ben ça justement : des réponses, des explications, surtout quand on est jeunes parents pour un premier enfant on sait pas donc on était rassurés.* » ; « *Dans l'ensemble j'étais très satisfaite. A chaque fois que je repartais de mes échos, j'avais pas des questions ou des angoisses dans la tête, souvent j'étais bien rassurée.* ».

Les patientes accordaient également une importance aux annotations sur les comptes rendus d'échographies, cela facilitait leur compréhension de l'examen et était appréciable selon elles, madame N a développé ce propos : « *Je trouve qu'elle explique bien, sur chaque échographie il y a marqué la vessie, les reins etc.. Parce que c'est vrai que nous on y regarde, on se dit que c'est bien mais on rentre chez nous et on sait plus dans quel ordre ça va : donc c'est vrai qu'elle explique bien.* »

2.2. Un intervenant qui prend le temps :

Afin de pouvoir bien expliquer les échographies aux parents et répondre à leurs questions, prendre le temps était une qualité indispensable. Cette qualité a été remarquée par environ la moitié des femmes chez leur intervenant et elle était très appréciée. Madame F et madame I ont exprimé leur ressenti :

- Madame F : « *Franchement elle prenait le temps, elle expliquait bien, franchement elle était super. C'est ça qui était bien aussi, c'est qu'on avait pas le temps de se poser des questions qu'elle nous trouvait déjà des réponses.* »
- Madame I : « *Elle a pris le temps d'expliquer, c'était pas à la chaîne, si il fallait prendre une heure, on prenait une heure.* »

La disponibilité du professionnel de santé était également une qualité mise en valeur par madame B et madame G, comme elles nous l'ont expliqué : « *Elle était toujours à notre disposition, « si ça va pas vous m'appellez, vous venez me voir, y a pas de soucis.»* » ; « *Être présente pour répondre à toutes nos questions et puis sa disponibilité : j'ai jamais peiné à avoir un rendez-vous.* »

Plusieurs patientes ont apprécié ne pas être « *juste un patient* » ou « *un numéro* », ainsi la considération apportée par le professionnel de santé participait à la satisfaction des femmes interrogées. Madame J l'a confirmé : « *On est pas des patients où faut vite voir et passer au suivant. C'est elle [ndlr : sa gynécologue] qui fait qu'on était contents quoi* ». Madame N a même trouvé cela réconfortant : « *C'est bien, c'est agréable, ça réconforte aussi : on est pas un simple numéro comme dans beaucoup d'endroits malheureusement donc c'est bien !* ».

Une idée communément rapportée lors des entretiens était qu'une échographie rapide, où l'échographiste ne prenait pas le temps était considérée par la patiente comme un examen « *bâclé* » voire « *mal fait* ». Madame J a explicité ce propos : « *Très satisfaite, parce que le docteur explique bien, quand on y va elle prend le temps de nous expliquer, de bien regarder [...] et ça on apprécie parce que c'est pas bâclé quoi.* ». Dans le même esprit, madame L a apprécié que ses échographies « *ne soient pas faites à la va-vite* ».

3. Des qualités personnelles essentielles :

Au-delà des compétences techniques et d'avoir des habilités pour communiquer avec les patientes, les qualités personnelles des intervenants ont été un facteur majeur de la satisfaction des femmes. Plusieurs qualités ont été remarquées de la part des patientes chez leur intervenant. Parmi elles, la gentillesse était la qualité la plus nommée, chez dix patientes au total, en voici quelques propos représentatifs :

- Madame A : « *Les intervenants étaient très gentils, à chaque rendez-vous ils ont toujours eu le sourire, on a pas eu l'impression de déranger.* »
- Madame B : « *Sage-femme n°1 c'est la meilleure que j'ai eu, elle était vraiment trop gentille, elle explique super bien, c'est impressionnant comment elle est, comment elle aime son boulot !* ».
- Madame D : « *J'étais très satisfaite, ben alors déjà ma sage-femme était très très gentille* ».

La patience et le fait d'être à l'écoute, souvent associés à la douceur du praticien étaient également des vertus très remarquées (au cours de huit entretiens) comme l'a bien exprimé madame B : « *Elle était très disponible et très patiente, très douce et puis tant qu'elle avait pas fait ce qu'elle avait en tête ben fallait qu'elle continue. Elle est très persévérante et je trouve ça super et puis on sent qu'elle aime ce qu'elle fait quoi. La patience qu'elle a c'est énorme !* ».

Ces qualités ont également eu un effet rassurant pour certaines patientes comme madame O qui nous expliquait ses attentes par rapport à son praticien : « *Patient, à l'écoute et doux on va dire parce que c'est vrai que je suis pas forcément très à l'aise tout le temps il a su me mettre à l'aise, il a su écouter nos questions et y répondre correctement et rassurer, il était vraiment vraiment rassurant !* » ; et madame H qui a décrit sa sage-femme libérale avec un ton admiratif : « *Elle est à l'écoute puis elle est calme, douce. Elle me disait : « inquiétez-vous pas, on a le temps » alors que je commençais déjà à stresser quoi, elle est rassurante* ».

Le fait d'avoir une « *attitude positive* » et « *d'être souriant* » était aussi cité dans deux entretiens comme facteur remarquable ayant une influence positive sur la relation entre l'échographiste et sa patiente.

Au-delà des qualités précédemment citées, la prise en charge globale était très appréciée par les futures mamans, comme madame I qui a pu recevoir des conseils à propos de son activité physique en plus de ses échographies : « *J'étais pratiquante de course à pied et elle m'a bien conseillé sur le sport et la grossesse [...] elle a pas forcément fait que de l'échographie mais aussi du global.* ».

Cette prise en charge globale, « *au-delà de faire juste les échographies* » est même apparue importante afin que les patientes puissent se livrer plus facilement, en créant une relation de confiance avec leur intervenant. D'après madame P avec « *quelqu'un de froid c'est compliqué, on ose moins poser des questions parfois bêtes. Pour moi c'est important qu'il y ai le côté professionnel mais aussi sociable/relationnel parce que certains sont plus froids et on pose pas forcément nos questions* ».

Madame R a trouvé sa gynécologue « *géniale* », parce qu'elle a « *tout fait pour qu'[elle] se sente à l'aise* », notamment en l'accompagnant sur sa grossesse un peu plus « *compliquée* » (avec le papa du bébé qui l'a abandonnée), en lui demandant son ressenti sur la grossesse, en restant disponible pour répondre à ses questions. Voici comment elle a résumé son suivi échographique avec sa gynécologue : « *Elle m'a rassurée [...] et elle*

a vraiment été à l'écoute, elle a pas fait juste son rôle de gynécologue, en fait elle a poussé aussi dans l'humain. [...] C'était plus qu'un suivi médical en fait et franchement c'est rassurant surtout quand c'est la première grossesse, quand on a eu une fausse couche quelques mois avant c'est compliqué. Franchement génial ! ».

4. Perception du rôle de la sage-femme :

4.1. Formation des sages-femmes :

Une des questions de la grille d'entretien était la suivante : « *Savez-vous quel.s professionnel.s de santé a.ont le droit de pratiquer les 3 échographies de grossesse et sous quelles conditions ?* ». Cette question abordait le thème de la formation des sages-femmes et il est apparu que les connaissances des femmes à ce sujet sont très hétérogènes.

Sur l'échantillon de vingt patientes, dix-neuf ont cité le gynécologue ou gynécologue-obstétricien comme professionnel habilité à faire des échographies de grossesse contre treize pour les sages-femmes, trois femmes supplémentaires ont tout de même hésité en disant « *peut-être que les sages-femmes ont le droit, je sais pas* ». Madame I n'était pas au courant que les sages-femmes pouvaient faire des échographies de grossesse, alors même que les siennes ont été pratiquées par une sage-femme libérale échographiste ; après lui avoir fait remarquer, elle a répondu « *Ah ben si c'est vrai, c'est vrai qu'on s'informe pas.* »

Sur ce même échantillon, trois d'entre elles pensaient que l'habilitation à pratiquer les échographies obstétricales était acquise lors de la formation initiale, treize femmes étaient averties qu'il fallait un diplôme complémentaire ou pensaient qu'il existait « *une option* » ou une « *spécialité* » puisque toutes les sages-femmes ne le font pas, tandis que quatre femmes n'ont pas su quoi répondre.

Cependant madame Q a su trouver des sources d'information par elle-même pour se renseigner à ce propos, voici ce qu'elle nous a expliqué : « *Au départ je me suis renseignée sur internet, voir par qui je pouvais faire les échographies comme je n'avais pas de gynécologue attiré. Et puis comme j'ai vu que je pouvais faire par une sage-femme, je me suis renseignée sur la ville et aux alentours ce qu'il y avait.* »

4.2. Comparaison entre gynécologue et sage-femme :

Pour quelques patientes, notamment madame A et madame M, la différence entre un gynécologue et une sage-femme était assez marquée. Lors de leurs consultations de

grossesse, elles ont estimé que les gynécologues étaient plus « *spécialisés* » que les sages-femmes. Madame M qui a eu ses échographies réalisées avec un gynécologue libéral et ses consultations de suivi mensuel par les sages-femmes hospitalières a considéré qu'avec son gynécologue les rendez-vous étaient plus « *complets* » car « *on voyait à chaque fois le bébé et tout et ici [ndlr : à l'hôpital] au final, quand on a des rendez-vous sages-femmes, on écoute vite fait le cœur et après c'est fini donc c'était un petit peu frustrant.* ».

Madame A est allée plus loin dans ses propos, selon elle « *pour une échographie plus approfondie je pense que c'est le gynéco* ». Les sages-femmes « *sont limitées, elles peuvent pas nous donner autant d'informations que le gynécologue puisqu'elles nous disent qu'elles ont moins de temps de formation* », les compétences des sages-femmes échographistes selon elle étaient de « *regarder si par exemple il y a assez de liquide, savoir si le bébé est encore réactif dans le ventre, si il y a le cœur qui bat, les éléments de base mais pas le détail* ». Son conjoint a complété sa pensée en nous expliquant sa façon de voir les choses : « *Comme je le vois, c'est qu'il y a quelqu'un de spécialisé pour quelque chose et l'autre non. Un apprenti boucher et un boucher, le boucher sera mieux faire que l'apprenti malgré qu'il sache faire la même chose.* »

Elle a conclu en disant que d'après elle « *c'est pas le même métier, c'est pas la même formation* » et que sa sage-femme échographiste ne « *prenait pas trop de risques* » notamment pour déterminer le sexe au quatrième mois, elle n'était pas sûre alors elle lui a dit : « *Je vous dit ça mais je vous dis rien, normalement c'est pas à moi de vous le dire* ».

Une patiente, quant à elle considérait les sages-femmes et les gynécologues sur un pied d'égalité, comme des « *confrères* » : en effet, lors de la grossesse de madame Q, sa sage-femme libérale échographiste a eu un doute sur la morphologie de son enfant donc elle l'a adressé à l'hôpital auprès d'une gynécologue. Elle nous a confié : « *C'est vrai que quand on est pas sûr, il vaut mieux demander à un confrère ou une consœur* ».

4.3. Sage-femme, une profession très appréciée des patientes :

Plusieurs patientes ont rapporté avoir eu un très bon contact avec les sages-femmes qui sont intervenues dans leur grossesse. Madame O a apprécié la gentillesse et l'accompagnement des sages-femmes de la maternité, elle nous l'a expliqué avec enthousiasme : « *Ici elles sont adorables ! Je l'ai bien vu parce que mes deux dernières consultations, j'ai dû les faire à la maternité et depuis que je suis là je suis super bien accompagnée aussi, dès que j'ai une question elles y répondent sans problème avec le sourire, elles sont super gentilles !* ».

Madame G, quant à elle est « *très très satisfaite* » car elle a trouvé que la sage-femme qu'elle a rencontré à l'hôpital « *a fait son travail super bien* ».

Et enfin, madame R a confié avoir eu des différends avec son médecin traitant qui n'a pas voulu la prendre en charge en urgence pour des douleurs pelviennes. Elle a beaucoup apprécié la prise en charge par les sages-femmes à l'hôpital : « *Je vais vous dire, heureusement qu'il y a eu la maternité parce que quand au 5ème mois je me suis prise de douleur au ventre à ne plus pouvoir me lever : premier réflexe j'ai appelé mon médecin traitant et quand on me dit « ben oui mais j'ai une place qu'à 16h », [...] en attendant je poirotais j'aurais pu perdre mon bébé quoi.* ».

III. LE BON DÉROULEMENT DES EXAMENS ECHOGRAPHIQUES :

1. Importance d'un examen de qualité :

Pour environ la moitié des patientes, il est étai important d'avoir une échographie de qualité. Tout le monde n'avait pas la même définition mais l'idée prédominante était d'avoir des images de qualité, nettes et détaillées, « *avec un détail au maximum* ».

Voici le témoignage de madame D à ce propos : « *J'ai trouvé la qualité des échographies super avec un détail au maximum par rapport au poids à tout ce qu'il y avait à regarder, c'était vraiment très détaillé [...], c'était vraiment très bien. Rien à redire* ». Madame Q a aussi mentionné le fait de ne pas avoir « *eu mal pendant les échographies* » et cela faisait partie de ses critères de satisfaction.

Le détail des images était apprécié en association avec les explications de l'échographe comme mentionné dans le titre II) 2.1) *Un intervenant qui prend le temps*. Madame I et madame D l'ont reprécisé : « *Tout était détaillé et bien expliqué, c'était vraiment agréable !* » ; « *Les images au top et puis l'échographe aussi* ».

Ainsi, le fait que l'échographie soit de qualité participait à la satisfaction globale des patientes. Madame N disait être « *Très satisfaite, parce que ma sage-femme fait très bien ses examens* ». Madame P quant à elle était « *Globalement satisfaite, parce que j'ai eu un bon suivi* ». Tandis que madame R déclarait avec le sourire aux lèvres : « *J'ai toujours été satisfaite à 100%, je sortais toujours de mes rendez-vous complètement satisfaite* ».

Pour un petit nombre de patientes interrogées, l'aspect « *pédagogique* » de l'échographie était également important, comprendre ce qui se passait sur l'écran leur

permettait de mieux apprécier ce moment privilégié. C'est ainsi que madame N a décrit son suivi échographique pour cette deuxième grossesse : « *Après on apprend quand même des choses sur notre corps aussi, surtout comparé à ma première grossesse où les échos c'était du vite fait bien fait, ils regardaient mais sans expliquer réellement* ».

Madame M expliquait avec regret qu'à la fin ses échographies étaient moins détaillées puisqu' « *après on est arrivés au 8ème mois, on voyait juste un gros truc à la télé quoi...* », c'est quelque chose qu'elle a trouvé « *dommage* ».

2. Des échographies illimitées :

2.1. En nombre :

Les connaissances des femmes à propos du nombre d'échographies recommandées dans une grossesse étaient disparates. Une des questions de la grille d'entretien était « *Connaissez-vous le nombre d'échographies recommandées durant une grossesse physiologique ?* », voici un tableau regroupant les réponses apportées par les participantes :

Tableau II : Connaissances à propos du nombre d'échographies recommandées :

Participante	Nombre d'échographies recommandé dans une grossesse d'après elle	Nombre d'échographies qu'elle a eu durant cette grossesse
Mme A	7	9
Mme B	3	5
Mme C	3	4
Mme D	3	6
Mme E	3	5
Mme F	3	3
Mme G	3	7
Mme H	3	6
Mme I	4	4
Mme J	3	5
Mme K	3 ou 4	4
Mme L	3	4
Mme M	3	6

Mme N	3	9
Mme O	3	9
Mme P	3	7
Mme Q	3	6
Mme R	3 ou 4	4
Mme S	5	4
Mme T	3	8

Sur l'ensemble des vingt participantes interrogées, quinze d'entre elles étaient averties des recommandations concernant le nombre d'échographies, soit grâce à leur précédente grossesse, soit grâce à leurs recherches personnelles, soit parce qu'un professionnel de santé leur avait mentionné ce nombre à un moment de la grossesse. Les cinq restantes ne savaient pas et ont été influencées par leur propre nombre d'échographies durant la grossesse pour répondre à la question.

Même en étant conscientes des recommandations, la plupart des femmes interrogées ont mentionné que si elles avaient pu avoir plus que trois échographies, cela aurait été mieux. C'était le cas par exemple de madame C : *« Je sais qu'on a le droit à trois échographies obligatoires. Je trouve que c'est rassurant pourtant quand même de les faire. Si on pouvait en avoir une tous les mois ça serait même bien ! »*.

Le fait d'avoir un nombre plus élevé d'échographies avait un côté « rassurant » pour les mères, madame T a expliqué en quoi cela lui a manqué pendant sa grossesse : *« Après la seule chose peut être que j'ai pas trop bien vécu dans ma grossesse c'est peut être de pas avoir assez d'échos, alors je sais que c'est pas recommandé, mais c'est vrai que des fois juste d'écouter le coeur ben c'est pas assez rassurant pour moi parce que bon le coeur peut très bien battre correctement et qu'il y ait un problème ailleurs... »*.

Madame N quant à elle a détaillé pourquoi elle a apprécié avoir eu neuf échographies lors de cette grossesse : *« Comparé à ma première grossesse où j'avais eu que les trois échos normales, je trouve que j'ai mieux été suivie et puis c'est rassurant je trouve le fait de faire une écho comme ça assez régulièrement, pour ma part en tout cas ça a été assez rassurant »*, c'est d'ailleurs pour cela qu'elle a choisi un suivi en libéral.

Certaines mamans ont préféré se tenir au nombre d'échographies recommandées, par peur des effets secondaires, c'était le cas de madame B : *« Ben c'est une échographie par trimestre, après on pouvait en faire plus si on voulait mais c'est vrai qu'il faut pas abuser, parce que c'est des ondes tout ça pour bébé »*.

2.2. En temps :

La durée de l'échographie avait également un impact sur la satisfaction des mères, le fait que l'échographe prenne le temps de tout décrire, d'expliquer et de discuter avec les parents augmentait leur satisfaction. Voici des témoignages qui argumentaient cela :

- Madame G : « *Avec ma sage-femme libérale ça n'a rien à voir : des échos de 45 minutes à une heure où on a le temps de discuter, de poser des questions, où le papa a aussi sa place, ça change tout !* »
- Madame H : « *Je trouve qu'avec ma sage-femme, elle prend le temps, elle fait ce qu'il y a à faire, alors que là [ndlr : à l'hôpital] on est un peu un numéro, t'as tes trois échos et merci au revoir quoi ...* »
- Madame I : « *Elle a pris le temps d'expliquer, c'était pas à la chaîne, si il fallait prendre une heure, on prenait une heure* ».

Le fait d'avoir une échographie plus longue avait également un côté rassurant pour certaines mamans, madame O a soutenu ce propos : « *On y a passé du temps à faire les échos mais j'ai rien à dire là-dessus [...] c'est quand même rassurant parce qu'il reprend chaque organe à chaque fois, il regarde si tout se passe bien, si bébé bouge bien* ».

3. L'échographie : un examen sans effets secondaires ?

Lors des entretiens, il est apparu que peu de femmes étaient averties des dangers de l'échographie et notamment de ses effets secondaires. Seulement quatre d'entre elles les ont mentionnés. Parmi ces quatre femmes, trois pensaient qu'il ne « *fallait pas trop utiliser* » ou « *pas abuser* » des échographies et la dernière pensait que du moment que le professionnel qui lui fait estimait que c'était sans danger, alors c'était le cas.

Madame A, B et H étaient au courant des effets secondaires potentiels des échographies, notamment en se disant que « *ça doit pas être bon pour le fœtus car c'est des ondes* » et que « *les ondes sont pas bonnes pour les femmes enceintes* ». Ce discours était influencé par des témoignages lus sur des forums ou alors suite à une information reçue par un professionnel (comme madame H : « *Elle m'avait dit que pour le cœur elle pouvait pas l'écouter trop longtemps, je sais qu'il y a un temps avec les ondes et tout ça* »)

Madame N quant à elle, ne pensait pas être confrontée aux effets secondaires de l'échographies dans la mesure où sa sage-femme libérale lui a « *expliqué que de toute manière les échos n'affectaient pas le fœtus et qu'on pouvait en faire une fois par mois sans problèmes* » c'est pour cela qu'elle a eu neuf échographies lors de sa grossesse sans craintes : « *du coup ben c'est ce que j'ai fait* ».

4. Les limites de l'échographie :

La grande majorité des patientes étaient conscientes des limites de l'échographie, notamment du fait qu' « *on peut pas tout voir sur l'échographie* », que « *c'est pas fiable à 100%* », que « *ça reste que des estimations* » et que « *le risque zéro n'existe pas* » puisque ce n'est pas « *une science exacte* » et que « *ça serait difficile de vraiment pouvoir tout voir en sachant que c'est dans le ventre* ». Seules deux femmes l'ignoraient.

Elles en ont été averties de plusieurs manières : la principale étant qu'un professionnel leur en avait parlé : c'était le cas des femmes O, P et R qui rapportaient respectivement les propos de leur intervenant : « *Il nous avait déjà prévenus dès le début de toute façon que même si pour lui les organes étaient tous sains, il y avait toujours un risque qu'à l'accouchement... Il nous avait bien préparé en nous disant que le risque zéro n'existait pas...* » ; « *On m'a rappelé la petite règle comme quoi c'est pas sûr à 100%* » ; « *Elle nous l'a toujours dit à chaque échographie « ça reste des estimations »* ».

D'autres ont eu ces informations en lisant les comptes-rendus de leurs échographies sur lesquels ces limites étaient mentionnées ou alors en feuilletant leur carnet de rendez-vous sur lesquels quelques informations étaient rédigées également.

Enfin, une bonne partie des patientes interrogées l'ont appris au travers de leur expérience personnelle lors de leurs échographies, madame C a été confrontée aux limites de l'échographie en ce qui concerne la détection de la trisomie 21 : « *Par exemple, pour la trisomie 21, on peut pas voir sur l'échographie, on est obligé de faire une analyse un peu plus poussée, il faut faire des examens complémentaires* ». Madame K, quant à elle, a dû passer des examens plus approfondis pour compléter ses échographies : « *Je pense qu'on voit peut être pas forcément tout tout, comme par exemple elle avait un problème au poumon, il a fallu que je refasse un scanner pour voir à l'intérieur d'elle* ».

En ce qui concerne madame N, sa sage-femme s'est trompée sur l'estimation du poids de son enfant, elle a donc constaté : « *Je me suis dit 600g en 5 jours ça fait quand même beaucoup. Donc c'est pas une science exacte* » ; idem pour madame S pour qui sa gynécologue s'est trompée sur le sexe de son bébé : « *Ben je pense que c'est pas sûr à 100%. Moi je sais qu'elle s'est trompée sur le sexe de mon fils, jusqu'à neuf mois c'était une petite fille et arrivé à la naissance ben c'était un garçon* ».

Quelques femmes restaient malgré tout non conscientes des limites de l'échographie, en effet madame M affirmait : « *Je pense que ce qu'on voit est vrai, puisqu'on a l'image et le son donc c'est assez complet quand même* ».

Madame G pensait que faire de l'éducation des patientes sur ces limites était une chose très importante : « *Je pense que les mamans et les papas il faut qu'on soit informés de ce qui est pas possible de voir parce qu'on en a pas conscience du tout. En fait c'est ce que vous avez vu qui va bien mais tout le reste ...* » puisque d'après elle, en tant que parent « *on est toujours un peu dans le fantasme en se disant : mais ils voient tout en fait, ils peuvent pas se tromper, c'est un petit peu un truc de super pouvoir qu'on vous dédie et euh du coup on ignore ce que vous pourriez ne pas voir et si malheureusement il y a un truc qui arrive et que vous auriez pas vu, on peut ne vous en vouloir qu'à vous en fait, et ça c'est dommage* ».

5. L'échographie 3D : une forte demande des parents :

Sur l'ensemble de l'échantillon, neuf patientes ont eu au moins une fois des images échographiques en 3D lors de cette grossesse. Les onze autres n'en ont pas eu et parmi elles cinq auraient voulu en avoir si on leur en avait offert la possibilité. Les raisons qu'elles ont avancées étaient les suivantes : « *est toujours curieux de savoir à quoi ressemble notre enfant* », « *on voit pas physiquement le bébé, c'est pas un film quoi* ». Madame R relatait avec regret : « *J'ai eu que du 2D normal...* ».

Madame L voyait un côté rassurant à avoir une échographie en 3D : « *Parce que dans ma famille on a quatre becs de lièvre assez sévères et c'est quelque chose qui m'aurait rassuré, même si ma gynécologue m'avait bien montré ses petites lèvres et le nez, il y a toujours un doute...* ».

Parmi celles qui ont eu une ou des échographies 3D durant leur grossesse, toutes les femmes ont apprécié, en voici des témoignages :

- Madame B : « *C'était un moment à la fin de l'écho, elle le faisait à chaque fois et elle voulait vraiment qu'on voit elle se donne du mal c'est un truc de fou !* »
- Madame D : « *Alors déjà, j'ai beaucoup aimé les échographies 3D et 4D, c'est la première fois que j'en faisais pour le troisième du coup parce que mes filles j'avais pas eu ça. Et donc pour moi c'était un plus, c'était super !* ».
- Madame H : « *C'est quand même un petit plus magique quoi* ».

Les mamans étaient d'autant plus satisfaites lorsqu'elles avaient des souvenirs de leurs échographies. Madame B l'a confirmé : « *Mais même à mes enfants, elle leur a imprimé deux photos 3D pour qu'ils mettent dans leur chambre. C'est énorme !* ».

IV. ÉMOTIONS SUSCITÉES PAR L'ÉCHOGRAPHIE :

1. Avant l'examen :

Avant les échographies, les émotions ressenties étaient plutôt négatives. La plus citée était « *l'appréhension* » surtout avant la première échographie puisque comme madame N l'a expliqué : « *les premiers mois c'est surtout là que ça se développe le plus, on a toujours un peu la peur au début de faire une fausse couche bien qu'on peut en faire aussi après malheureusement. Voilà, c'est les premiers mois les plus critiques...* ». Mais parfois même pour certaines femmes avant chaque échographie, c'était le cas de madame Q : « *En général quand on y va j'appréhendais un petit peu on va dire* ».

Au-delà de l'appréhension, certaines mamans ont même éprouvé du « *stress* » voire de la « *peur* », le fait que ce soit une première grossesse majorait ce ressenti, c'était le cas pour madame T par exemple : « *Vu que c'était mon premier enfant j'étais un peu stressée* ». Ces émotions s'expliquaient de plusieurs façons : pour madame H c'était le fait que son placenta soit bas inséré au début ; pour madame P c'était la peur de rater quelque chose à l'échographie « *Ma plus grande peur c'est ça en fait : un truc qu'on voit pas à l'échographie, je voulais ressortir et savoir que tout va bien, être rassurée* ».

Une des mères interrogées était également curieuse comme elle l'a expliqué : « *On est toujours curieux de savoir à quoi ressemble notre enfant* » - Madame A.

2. Pendant l'examen :

Pendant les échographies, les émotions ressenties étaient plutôt ambivalentes. La frustration était citée une seule fois, par madame A : « *C'est un peu frustrant quand on dit qu'on va savoir le sexe cette fois mais qu'en fait on arrive pas à le voir* ».

La seconde autre émotion mentionnée était la joie qui est ressortie chez presque la moitié des femmes interrogées : les femmes étaient « *contentes* », « *heureuses* », « *éblouies* » par ce qu'ils voyaient sur l'écran. Madame C et madame H étaient contentes lorsqu'on leur a annoncé le sexe de leur enfant. Madame A était ravie de comprendre sa physiologie : « *On était contents de tout, au final même voir l'intérieur et comprendre comment notre corps fonctionne c'est toujours intéressant* ».

Madame R voulait savoir que tout allait bien au niveau interne de son bébé et voir son cœur et selon elle « *Rien que de voir la pulsation : c'est beau, c'est magique et puis on se dit « ça vit ! »* » : elle était complètement fascinée par ce qu'elle a vu à l'écran.

3. Après l'examen :

Après les échographies, l'ensemble des patientes s'est accordé à dire qu'elles étaient soulagées, rassurées par ce qu'elles avaient vu. C'était un facteur important de leur satisfaction vis-à-vis de cet examen. Voici des exemples de témoignages :

- Madame N « *C'est rassurant je trouve le fait de faire une écho comme ça assez régulièrement, pour ma part en tout cas ça a été assez rassurant* »
- Madame T : « *Celles avec sage-femme n°6 c'était pour me rassurer moi vu que c'était mon premier enfant j'étais un peu stressée. [...] A chaque fois que je repartais de mes échos, j'avais pas des questions ou des angoisses dans la tête, souvent j'étais bien rassurée.* », « *Je trouve que de le voir et que quelqu'un de professionnel nous dise que tout est bien, même si on sait qu'il y a quand même un risque, c'est quand même plus rassurant* ».

4. Un processus d'humanisation du fœtus :

Lors des entretiens, les mères utilisaient parfois des expressions qui donnaient des caractéristiques très humaines à l'enfant qu'elles attendaient. L'échographie leur a permis de s'imaginer des traits de caractères ou des critères physiques à leur enfant à naître.

Ceci s'expliquait par le fait que les parents sont « *toujours curieux de savoir à quoi ressemble [leur] enfant* » comme l'avait affirmé madame A. Madame G a même mentionné le fait que les parents « *fantasment* » sur ce qu'ils voient à l'échographie.

Parmi les caractéristiques attribuées à leur enfant par les mères, le fait de « *se cacher* », « *ne pas vouloir se montrer* » a été cité à cinq reprises, celui de « *gigoter* » à deux reprises et celui d' « *être têtu* » une seule fois.

Parmi les traits physiques attribués à leur enfant par les mères, madame F voulait voir sa fille mais surtout « *son visage et sa petite tête* ». Madame N se plaignait que son « *bout de chou n'était pas retourné* » et madame R a adoré sa deuxième échographie car « *c'est la seule où on voit tout et on a l'impression que c'est vraiment déjà un bébé* ».

Pour finir, madame N a beaucoup aimé sa sage-femme libérale échographe car « *quand elle parlait de notre fille elle l'appelait toujours par son prénom Léa, alors que certains professionnels disent juste votre fille* ».

V. DIFFÉRENCE ENTRE LE SUIVI LIBÉRAL ET HOSPITALIER :

1. Informations données et éducation des patients :

Une des principales différences rencontrées entre un suivi libéral et un suivi hospitalier correspondait aux informations données par les praticiens à leurs patients. En effet, tous les patients n'avaient pas accès au même degré d'informations.

C'est à l'hôpital que ce manque d'informations s'est fait le plus ressentir pour les femmes interrogées. En effet, les praticiens donnaient peu voire pas d'informations à l'oral au moment des échographies. Les patients avaient tout de même accès à certaines informations dans leur carnet de rendez-vous où étaient mentionnés notamment le nombre d'échographies recommandées lors d'une grossesse physiologique et les dangers de l'échographie. Madame A en témoignait : *« dans le petit carnet qu'on nous donne pour les rendez-vous y'a marqué le nombre d'échographies qu'on a en moyenne mais sinon à part ça on a pas eu d'infos »*.

Pour quelques femmes interrogées, ce défaut d'information n'était pas grave, notamment s'il ne s'agissait pas de leur première grossesse, c'était le cas de madame D : *« J'avais les comptes rendus à chaque fois. Ben après le reste vu que c'est une troisième grossesse je le savais déjà »* et de madame H : *« Après vu que c'était mon deuxième ben je savais les choses de la première grossesse déjà »*.

Pour d'autres, cela a été ressenti comme un manque, comme pour madame T : *« Ben on m'a dit à peu près le nombre d'échographies mais c'était assez vaste comme information. »*. Madame M regrettait de ne pas avoir eu d'explications des images lors de ses échographies : *« La gynéco elle faisait son truc, elle remplissait son truc et elle me parlait très peu donc des fois j'ai vu des trucs passer je sais même pas ce que c'était ... »*.

Le deuxième problème à l'hôpital était un nombre de documents trop importants distribués, ce qui a malheureusement noyé certaines informations importantes. Madame Q admettait ne pas avoir lu tous les documents qu'on lui a distribué car il y en avait trop : *« Après j'ai pas lu exactement tout le papier parce que c'était un grand truc. J'ai signé tellement de trucs que je m'en souviens plus... »*.

En cabinet libéral, les praticiens prenaient plus de temps pour expliquer les échographies, madame I se souvenait qu'avec sa sage-femme libérale *« c'était pas à la chaîne »*. Ces explications avaient un rôle pédagogique, même chez les multipares. Madame N l'a confirmé : *« On apprend quand même des choses sur notre corps aussi,*

surtout comparé à ma première grossesse où les échos c'était du vite fait bien fait, ils regardaient mais sans expliquer [...] donc j'ai appris quand même quelques petits trucs ».

Madame E résumait bien l'opinion de la majorité selon laquelle une échographie durant laquelle des explications sont fournies était plus appréciée qu'une échographie sans : *« C'est toujours plus intéressant quand on explique parce que souvent les échographistes plus anciens ont tendance à nous mettre à l'écart avec les termes médicaux, à être vraiment dans leur travail et forcément quand nous on est à côté et qu'on connaît pas grand chose, on regarde bêtement quoi. ».* Madame H complétait cette opinion en affirmant *« Les explications ça rassure vachement ! ».*

Les explications données jouaient donc sur la satisfaction, c'est pourquoi un suivi libéral où les praticiens expliquait plus les examens était un suivi plus satisfaisant pour les mères interrogées dans cet échantillon. Lorsque nous avons demandé à madame G ce qui a influencé sa satisfaction à propos de son suivi échographique, voici ce qu'elle a répondu : *« Très satisfaite parce que avec sage-femme n°1 [ndlr : sa sage-femme libérale échographiste], même si c'est ma troisième grossesse, j'ai quand même découvert plein de choses. C'est pas un reproche que je fais à l'hôpital, c'est juste que le temps est pas le même. Du coup au lieu de juste nous dire que tout va bien, si on prend par exemple l'écho du cinquième mois elle nous disait au niveau du coeur on voit ça ça, elle détaillait tout donc ça n'a quand même rien à voir... J'en attendais rien de spécial mais j'ai fait pleins de découvertes donc c'est super chouette et je regrette pas du coup d'avoir eu une troisième grossesse rien que pour ça ».*

2. Optimisation du temps de consultation :

Une autre différence majeure entre le suivi libéral et hospitalier était le temps accordé par le praticien et le temps d'attente avant la consultation.

Le défaut le plus reproché à l'hôpital était le temps d'attente avant la consultation, certaines mères ont attendu jusqu'à 2 heures avant de passer leur échographie et c'était quelque chose de très « contraignant » pour elles. Madame C résumait cela : *« Le plus compliqué ici [ndlr : à l'hôpital] c'est quand même l'attente par rapport à en libéral où je passais tout de suite. Si on a rendez-vous ici il faut prévoir son après-midi ou sa matinée, le temps de se garer, de prendre le bon de consultation... et c'est vraiment l'inconvénient majeur. Alors qu'avec une libérale ça dure une heure maxi et voilà. On a autre chose à faire en tant que maman à côté donc c'est pas facile de s'organiser »*

Au-delà du temps d'attente, la durée de l'échographie était également différente entre l'hôpital et les cabinets libéraux. En cabinet libéral, les échographies étaient souvent plus longues qu'à l'hôpital où « *Il faut que ça y aille !* » et où les rendez-vous étaient considérés comme « *express* ». Une bonne partie des mères regrettait de n'être « *qu'un numéro* » à l'hôpital, « *t'as tes trois échos et merci au revoir quoi...* ». Ce manque de considération est apparu « *frustrant* » pour madame M.

La gestion du temps était un facteur important pour les femmes interrogées. Madame H indiquait cette « *perte de temps* » comme point négatif de son suivi : « *C'est surtout le temps que prend l'hôpital en comparaison d'une sage-femme libérale. C'est pas un reproche que je fais à l'hôpital, c'est juste que le temps est pas le même* ».

Madame O a conclu sur cette différence entre l'hôpital et le libéral en termes de gestion du temps et a indiqué en quoi cela pouvait influencer sur la satisfaction des mères à propos des échographies : « *J'ai pas mal de copines qui sont tombées enceintes au même moment et je suis la seule à avoir choisi un gynécologue libéral. Les autres ont été plus dirigées vers les hôpitaux et elles ont été beaucoup moins satisfaites ! Je pense que c'est aussi un choix et qu'en hôpital on a pas le temps donc ça va un peu plus vite, c'est un peu plus impersonnel alors qu'avec un gynéco libéral en règle générale ou même une sage-femme je pense qu'ils peuvent prendre un peu plus le temps d'expliquer et d'accompagner correctement !* ».

3. Problèmes de logistique et d'organisation :

Les principaux problèmes de logistique en question étaient la difficulté pour obtenir un rendez-vous, le fait de devoir changer d'intervenant en cours de grossesse ou encore un manque de disponibilité de la part des mères. La difficulté à obtenir un rendez-vous était principalement rencontrée à l'hôpital plutôt qu'en libéral puisque « *à l'hôpital on prend ce qu'on nous donne...* ».

Trois des femmes interrogées ont dû changer d'intervenant en cours de suivi et ça les a beaucoup perturbées. Voici le témoignage des femmes C et L : « *A chaque fois j'étais ballotée entre 2 endroits donc c'est pas facile de s'organiser* » ; « *J'ai changé de région, j'ai changé de praticien, mon dossier médical me suivait pas, j'avais failli perdre ma grossesse donc j'avais toujours le stress que toutes les informations soient pas retranscrites* ». Madame P a même mentionné que ce changement lui a fait peur : « *Juste*

de changer de médecin c'est un peu une source de stress, de pas connaître l'autre médecin, un nouveau truc qui se rajoute, on sait pas si c'est quelqu'un de froid, quelqu'un de plus cool donc ça peut me faire peur direct ».

Madame G expliquait pourquoi elle avait opté pour un suivi en cabinet libéral : *« J'ai jamais peiné à avoir un rendez-vous. Ça aussi c'est important, on travaille, on a d'autres enfants, on a d'autres obligations et du coup faut jongler alors que là c'est moi qui choisis mes rendez-vous donc ça change tout, même pour notre disponibilité à nous d'ailleurs, quand on est pressées on est moins attentifs ».*

4. Le choix de l'intervenant :

Choisir son intervenant était un facteur très important pour les femmes. Cette personne les accompagnant toute leur grossesse pouvait jouer un rôle majeur dans leur satisfaction vis-à-vis de leur suivi échographique de grossesse.

Ce choix se basait sur de nombreux facteurs comme :

- Les conseils d'un proche ou d'un autre professionnel de santé (pour madame M *« c'était une amie qui nous l'avais conseillé »*, pour madame I c'était *« des collègues qui me les ont renseignées en fait »*)
- La distance par rapport au lieu d'habitation (madame D expliquait *« on est juste à côté donc je l'ai choisie pour la distance »*, pour madame K le choix de sa sage-femme libérale s'est fait *« pour éviter de faire la route à chaque fois, parce que c'est moins loin et elle est bien aussi »*)
- La collaboration entre certains professionnels (madame E racontait comment elle a choisi son échographiste *« c'était parce qu'elle était aussi dans le cabinet c'était plus simple, au moins elles pouvaient se transmettre les dossiers plus facilement »*, madame G pensait de même : *« quand j'ai su qu'il y avait l'échographie de possible sur place, je me suis dit que tout faire au même endroit c'était encore mieux ! »*)
- L'habitude du suivi avec cette personne (madame J était dans cette situation *« c'était ma gynéco qui me suit en dehors des grossesses donc j'ai gardé la même »*)
- Des recherches menées sur d'internet (madame O a choisi son intervenant de cette façon : *« Je voulais avoir un bon suivi et je me suis renseignée : il était très réputé chez nous, très doux tout ça donc j'ai dit aller je me lance ! »*. madame Q a même appris grâce à internet qu'une sage-femme pouvait réaliser ses échographies : *« Au*

départ je me suis renseignée sur internet, voir par qui je pouvais faire les échographies comme j'avais pas de gynécologue attiré. Et puis j'ai vu que je pouvais faire par une sage-femme, je me suis renseignée aux alentours sur ce qu'il y avait et elle s'est installée au cabinet au début de l'année donc ça tombait bien. »)

La plupart des patientes ont choisi de garder la même personne jusqu'à la fin de leur grossesse comme madame O et madame T : *« J'aurais pu choisir une autre sage-femme mais j'ai préféré rester avec le même du début à la fin », « alors la première fois j'ai pas choisi cette gynéco mais après j'ai choisi de rester avec elle »*. Même si quelques-unes préféraient *« avoir 2 avis différents »* et *« garder un pied aussi à l'hôpital »* afin d'être totalement *« rassurées »*.

VI. CE QUE L'ÉCHOGRAPHIE REPRÉSENTE POUR LES FUTURES MÈRES :

1. Un moment très attendu :

L'échographie s'est révélée être un moment très attendu par les mères et de façon plus générale par les parents du futur bébé. Toutes les échographies étaient attendues pour différentes raisons mais la plus attendue restait la première, madame G a exprimé cette opinion majoritaire : *« La première c'est un moment très attendu par les mamans ! »* puisque *« c'est les premiers mois les plus critiques »* ajoutait madame N.

Les attentes évoluaient au fur et à mesure des échographies, deux mères ont accepté d'expliquer leur vision des choses :

- Madame B : *« Le bébé évolue donc on attend pas les mêmes choses. Au début on veut savoir si c'est pas une grossesse extra-utérine, ensuite de savoir si le bébé se développe bien, si c'est pas un œuf blanc ou un arrêt de développement du bébé, après de savoir le sexe, de savoir si tout est bien en place et puis voilà savoir le poids, si c'est un gros bébé ou pas, voir toute l'évolution qu'il y a »*.
- Madame E : *« Toutes les échographies sont plus ou moins attendues : la première pour savoir si tout va bien, si il y en a qu'un seul et la dernière pour savoir le poids estimé et si il y a pas des anomalies décelées entre temps »*

Deux des femmes interrogées avaient eu des *« accidents »* dans leur grossesse et l'échographie était un moment très attendu pour des raisons différentes. En effet, elles avaient pour rôle de *« regarder si le bébé allait bien »*, de *« voir si le cœur battait bien »* et de *« voir si la grossesse était bien évolutive »*.

2. Une confirmation de la grossesse :

Pour au moins la moitié des femmes interrogées, l'échographie avait un rôle de confirmation de la grossesse. Les termes employés étaient nombreux, en voici quelques-uns : « *confirmer la grossesse* », « *savoir si j'étais vraiment enceinte ou pas* », « *voir si le bébé était bien implanté* », « *voir si il y avait bien bébé* ».

Pour confirmer la grossesse, certaines mamans avaient besoin de voir les choses de leurs propres yeux car, comme l'expliquait madame O « *C'est quand même plus rassurant de voir qu'il est là physiquement, de le voir parce que on compte les doigts les mains... Regarder un petit peu je pense que c'est vraiment plus rassurant pour la maman et les parents en règle générale* ». Madame T rejoignait cette façon de penser : « *C'est mieux de le voir quoi. Je trouve que de le voir et que quelqu'un de professionnel nous dise que tout est bien, c'est quand même plus rassurant !* ».

Pour madame G, le fait d'entendre le cœur de son bébé était le point de départ de ses projections à propos de cette grossesse. Elle l'a indiqué lors de son entretien : « *Comme on y connaît rien en tant que parents, ce qui nous intéresse c'est de savoir si son cœur bat, c'est un peu réducteur mais tant qu'on a pas entendu ça, il se passe rien pour nous. Du coup aux 3 échos la première chose qu'on veut c'est ça quoi...* ».

Madame R estimait que la première échographie était « *la seule où on voit tout et on a l'impression que c'est vraiment déjà un bébé* ». Elle a été très surprise de voir toutes les informations que l'échographie pouvait apporter : « *Alors déjà je pensais pas qu'on pouvait voir autant de choses* ». Elle a conclu en ajoutant que : « *c'est rassurant de savoir que son cœur bat bien, qu'il a bien les 4 cavités. Je voulais savoir que tout va bien au niveau interne du bébé, voir son cœur parce que j'avais pas pu l'écouter la première fois parce qu'elle bougeait tellement dans tous les sens mais je l'avais vu. Rien que de voir la pulsation, c'est beau, c'est magique et puis on se dit « ça vit » !* ».

3. Un témoin de la croissance du fœtus :

Pour également un peu plus de la moitié des mères de l'échantillon, un des rôles de l'échographie était de témoigner de la bonne croissance et du bon développement de leur fœtus. Elles ont employé les termes suivants : « *voir le développement du fœtus / du bébé* », « *vérifier l'évolution et la croissance du bébé* », « *voir si il grandissait bien ou pas* », « *voir si le bébé se porte bien, si il se développe correctement* ».

Pour toutes les femmes qui ont mentionné ce rôle de l'échographie, à l'exception d'une, ce n'était pas le rôle le plus important à leurs yeux, c'était plutôt de « *savoir que tout va bien* » comme cela sera détaillé dans le chapitre suivant. Pour une seule des mères interrogées, il s'agissait de sa principale préoccupation lors des échographies, voici les propos de madame K : « *Le sexe et tout c'est important mais je préférerais plus savoir par rapport à la croissance, si elle évoluait bien* ».

Madame D voulait savoir le poids précocement, elle a été déçue de ne pas pouvoir le savoir quand elle l'aurait espéré mais elle a tout de même été satisfaite de ses échographies : « *La deuxième je voulais savoir déjà le poids estimé mais on a pas pu (c'était trop tôt je crois) mais j'ai quand même été satisfaite de l'échographie* ».

4. Un examen pour se rassurer, savoir que tout va bien :

Pour la seule fois dans ce travail de recherche, l'échantillon a été unanime et l'ensemble des 20 femmes ont mentionné durant leurs entretiens respectifs que pour elle un des rôles, voire le rôle principal de l'échographie était de « *se rassurer* », de « *savoir que tout allait bien* » pour leur enfant à venir.

C'était d'ailleurs la raison pour laquelle sept des mères interrogées ont eu des échographies supplémentaires. Madame B justifiait de son choix d'avoir une échographie supplémentaire : « *C'était suite à une demande de ma part pour savoir si tout allait bien, si tout était bien formé dans la mesure de ce qu'elle pouvait voir (son coeur, son cerveau, tous les membres)* ». Madame N a fait le choix de faire une échographie mensuelle pour la même raison : « *J'ai fait une échographie par mois, pour me rassurer et puis voir si tout allait bien tout ça. Savoir que mon bébé allait bien et puis que ça se développait correctement, c'était surtout ça mes principales attentes* ».

Pour une femme de l'échantillon qui a eu une fausse-couche pour sa précédente grossesse et de fécondation in vitro, sa grossesse était « *précieuse* ». Le fait de savoir que tout allait bien était donc très important pour madame C, voici comment elle l'a décrit : « *Ben déjà de savoir si mon bébé allait bien, parce que vu que j'avais déjà fait une fausse couche, que ça fait des années que je galère pour l'avoir même si elle est arrivée naturellement, j'y croyais pas au début donc j'ai eu du mal à accepter déjà [...]. Du coup à chaque échographie je regardais si tout allait bien. C'était vraiment la santé de ma fille avant tout, si elle allait bien tenir, si elle était accrochée, c'était mon soucis majeur* ».

Les dames F, H, K et L ont assuré que « *savoir que tout allait bien* » était « *le plus important* » ou le « *principal* » pour elles. Madame P a été jusqu'à dire que c'était sa plus grande peur de ne pas ressortir rassurée d'une échographie : « *Ma plus grande peur c'est ça en fait : un truc qu'on voit pas à l'échographie et je sais que c'est pas du 100%, je voulais ressortir et savoir que tout va bien, être rassurée !* »

5. La découverte du sexe du bébé :

La thématique de la découverte du sexe du bébé était plutôt controversée chez les femmes interrogées. En effet, pour certaines, c'était quelque chose de très important au point qu'elles ont fait des échographies supplémentaires pour découvrir le sexe de leur enfant plus tôt ; tandis que pour d'autres ce n'était pas une priorité car ce qui importait c'était « *la santé de mon bébé avant tout* ».

Parmi les femmes pour qui il était très important de connaître le sexe, leurs principaux arguments étaient de pouvoir « *anticiper la naissance* » de l'enfant, que ce soit psychologiquement ou encore pour les achats de matériel et habits et le second argument était afin de « *pouvoir l'annoncer à la famille* ».

Deux femmes de l'échantillon ont admis avoir eu une échographie supplémentaire pour connaître plus tôt le sexe de leur enfant. Madame A a justifié de ses échographies supplémentaires de cette façon : « *La première c'était pas la période où on était censé voir le sexe et elle était assise en tailleur avec les mains sous les fesses et du coup on voyait pas. C'est un peu frustrant quand on dit qu'on va savoir le sexe cette fois mais qu'en fait on arrive pas à le voir donc on en a eu une en plus pour confirmer le sexe et voir que tout allait bien* ». Madame M, quant à elle regrettait de ne pas l'avoir fait : « *Et puis si on avait pu savoir le sexe plus tôt aussi ça aurait été cool* ».

Quelques mères ne souhaitaient pas connaître le sexe initialement mais ont changé d'avis en cours de grossesse, c'était le cas de madame B : « *Au début je voulais pas savoir le sexe mais je me suis dit heureusement que je l'ai su parce que dans ma tête c'était un garçon et si à la naissance j'avais appris que c'était une fille j'aurais pas aimé...* »

Pour une autre partie des femmes interrogées, connaître le sexe n'était pas la priorité. Voici les déclarations respectives de madame C, J et K : « *Après le sexe peu importe, quand on m'a dit le sexe c'est sûr que j'étais contente mais c'est pas ce qui m'importait le plus à savoir !* » ; « *Si on avait pas su le sexe tant pis mais savoir si il y avait un problème*

avec le cœur ou avec le foie ça ça aurait été important de le savoir ! » ; « Le sexe c'est important mais je préférerais plus savoir par rapport à la croissance, si elle évoluait bien ».

6. Passage du fantasme au réel :

L'échographie avait un rôle important dans le processus d'humanisation du fœtus comme cela a été démontré dans le chapitre IV. 4. *Un processus d'humanisation du fœtus*. Mais elle permettait aussi un passage du fantasme, de l'imaginaire au réel en donnant des caractéristiques humaines au fœtus.

Une grande partie des femmes interrogées étaient justement à la recherche de ces caractéristiques à propos de leur enfant à naître : certaines voulaient savoir le sexe, d'autres le poids estimé ou encore son visage via l'échographie en trois dimensions. Madame Q était déçue de ne pas pouvoir encore mieux voir son enfant lors des échographies : *« On voit pas vraiment le bébé en échographie quoi, c'est pas un film ».*

Malheureusement l'échographie n'était pas toujours un examen fiable, madame S en a fait les frais, ce qui l'a contrariée : *« Je sais qu'elle s'est trompée sur le sexe de mon fils, jusqu'à neuf mois c'était une petite fille et arrivé à la naissance ben c'était un garçon... »*

Madame G quant à elle était très avertie de ces limites : *« C'est dommage parce que on est toujours un peu dans le fantasme en se disant : mais ils voient tout en fait, ils peuvent pas se tromper, c'est un petit peu un truc de super pouvoir qu'on vous dédie et euh du coup on ignore ce que vous pourriez ne pas voir et si malheureusement il y a un truc qui arrive et que auriez pas vu, on peut ne vous en vouloir qu'à vous en fait, et ça c'est dommage... »*. Ces propos étaient très révélateurs de ce qui a été remarqué sur le terrain, en effet lorsqu'une annonce de quelque chose non vu en anténatal était faite, la majorité des parents en ont voulu à leur échographiste car ils n'étaient pas conscients des limites de l'échographie et de ce qu'il ne pouvait pas détecter.

Parfois cette étape de transition entre l'imaginaire et le réel était difficile à accepter par les parents et l'échographie la rendait plus rapide que ce qui est prévu par la nature avec normalement neuf mois de grossesse. Madame L a souhaité ne pas avoir d'échographie 3D *« comme ça au moins ça nous laisse un peu de suspens »*. Madame C pour sa part a avoué : *« J'y croyais pas au début donc j'ai eu du mal à accepter »*.

DISCUSSION

I. ATTEINTE DES OBJECTIFS DE L'ÉTUDE :

L'analyse des données recueillies au cours des entretiens semi-directifs a permis de connaître les déterminants de la satisfaction des mères incluses dans notre étude à propos de leur suivi échographique prénatal. L'objectif principal de cette étude a donc été atteint.

À travers ces entretiens, les mères ont également pu décrire leurs attentes par rapport à leurs échographies et les aspects positifs et négatifs de leur suivi échographique. Ces deux objectifs secondaires ont ainsi également été atteints.

Les données sur les connaissances des mères à propos des échographies prénatales ont été analysées seulement partiellement puisqu'il s'agissait de données quantitatives en grande partie, cet objectif secondaire a donc été partiellement atteint.

II. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ÉTUDE :

1. Points forts :

La réalisation d'une étude qualitative était appropriée pour ce type de recherche. En effet, les entretiens semi-directifs ont permis aux femmes de s'exprimer librement et d'utiliser leurs propres mots afin d'approcher au plus juste de leur expérience. Cela nous a permis de répondre à la problématique de ce travail de recherche et également de partager un moment d'échange avec les femmes interrogées ce qui a été très enrichissant sur le plan personnel.

De plus, l'échantillon était très riche, large et donc représentatif de la population, tant sur le plan de l'étendue d'âge que sur les différentes catégories sociales représentées, du type de suivi, de l'intervenant ou encore de la parité. Cette diversité a permis de rendre compte de la multiplicité des expériences ce qui a d'autant plus contribué à la richesse des entretiens.

Avec au total vingt femmes interrogées, les propos recueillis ont permis de récolter divers points de vue sur le sujet. Certains avaient été retrouvés dans la littérature, d'autres non. Cette variété a été un réel atout pour répondre à nos objectifs.

La saturation des données a été atteinte ce qui signifie donc qu'à l'échelle de la population interrogée, des entretiens supplémentaires n'auraient pas apporté d'éléments nouveaux à la recherche en cours.

Pour finir, le recueil des données étendu sur trois mois nous a permis de retranscrire nos entretiens au fur et à mesure et d'analyser nos données régulièrement, ce qui a permis une organisation optimale pour le chercheur.

2. Points faibles :

Avec au total quarante-deux femmes répondant aux critères d'inclusion, seules vingt-deux ont accepté de participer à l'étude (en comptant huit refus et douze femmes n'ayant pas reçu la lettre d'information par manque de disponibilité). Ce nombre restait suffisant pour répondre aux objectifs de l'étude mais le fait d'effectuer le recrutement et les entretiens dans un service de suites de couches n'était peut-être pas la façon la plus optimale de procéder pour ce travail de recherche.

En effet, les suites de couches sont une période de bouleversement psychique et physique et les mères n'ont donc parfois pas le temps ni l'envie de participer à un travail de recherche. De plus, certains entretiens ont été en partie interrompus par les pleurs du nouveau-né ce qui a rendu les mères moins disponibles pour répondre aux questions.

Les femmes ayant eu moins que les trois échographies recommandées durant leur grossesse ont été exclues mais il aurait été intéressant de connaître leur satisfaction et leur point de vue vis-à-vis de leur suivi échographique, même partiel.

Les femmes étaient interrogées deux jours après leur accouchement mais dans les entretiens, nous leur demandions de se rappeler de détails et de sentiments appartenant à différentes étapes de leur grossesse. Ces souvenirs ont pu évoluer entre temps, créant un biais de mémorisation difficile à estimer.

Il aurait également été intéressant de recontacter les patientes interrogées quelques temps après leurs entretiens, afin qu'elles aient pris du recul sur leurs réponses, pour voir si elles souhaitaient les compléter ou les approfondir. Malheureusement cela était impossible à mettre en place sur une telle étude avec un temps de recherche impartit trop restreint. Cependant, cela reste une piste d'amélioration pour une éventuelle étude avec un délai de recherche plus long.

La réalisation d'entretiens semi-directifs a été parfois difficile à mettre en place devant un manque d'expérience dans la réalisation de ce type d'entretiens. La grille d'entretien a souffert d'un défaut dans sa construction : en effet il aurait été préférable de

préparer des questions plus ouvertes afin de faciliter l'expression des femmes et obtenir des réponses plus approfondies sur certains sujets.

Enfin, il faut également préciser que les résultats de notre étude ne peuvent pas être généralisés puisque notre population s'est concentrée sur une maternité de type II dans la région Auvergne Rhône-Alpes et l'échantillon n'était pas assez important pour avoir des résultats statistiquement significatifs.

III. ANALYSE DES RÉSULTATS :

1. Les déterminants de la satisfaction maternelle concernant leurs échographies :

L'objectif principal de cette étude était de connaître les déterminants de la satisfaction maternelle concernant le suivi échographique prénatal d'une grossesse physiologique. Cette étude a mis en avant grâce à l'ensemble des entretiens, quatre déterminants majoritaires de cette satisfaction maternelle.

1.1. L'intervenant idéal :

Les femmes interrogées ont indiqué que les professionnels de santé qui faisaient leurs échographies avait une grande influence sur le vécu de leur suivi et que celui-ci était même l'unique responsable de leur satisfaction pour une petite partie de l'échantillon.

Un intervenant idéal était selon elles quelqu'un avec une expertise clinique et des compétences techniques mais aussi avec des qualités humaines et des habiletés pour communiquer, qui explique bien et qui prend le temps. Elles ont également mentionné que la considération du professionnel de santé influait positivement sur leur satisfaction.

Ce constat rejoint celui d'une revue de la littérature plus ancienne de 1982 qui décrivait les déterminants de la satisfaction maternelle à propos du suivi de grossesse. En effet, d'après cette revue, une partie des principaux déterminants de cette satisfaction étaient les suivants : les qualités humaines et les compétences de l'intervenant [38].

Une autre étude, cette fois-ci canadienne datant de 2002 recensait les déterminants de la satisfaction des usagers à l'égard du système de soins. Parmi ces déterminants, on retrouvait à nouveau l'attention fournie par l'intervenant et le temps du soin (qui inclut le temps d'attente et le temps pris par le professionnel pour le couple) [43].

Et enfin, une étude suisse de 2005 a également mis en évidence que les compétences techniques et cliniques de l'intervenant ainsi que sa sympathie sont associées à une satisfaction des usagers [44].

Les femmes interrogées ont également mentionné qu'il était important d'être bien accompagnées lors de leurs échographies mais aussi dans leur suivi global. Cette vue d'ensemble et cette prise en charge globale permettait de créer une relation de confiance entre la patiente et son intervenant. Par ailleurs, avant de commencer l'examen une prise de contact préalable avec le couple est recommandée afin d'installer une relation de confiance entre l'échographiste et les parents.

D'après Marielle Chiodo et Marie Carme, toutes deux infirmières puéricultrices, cette prise de contact pourrait passer par « *l'élaboration d'un contrat qui établit les droits et les devoirs de chacun.* ». Ce partenariat viserait à établir une relation égalitaire, dont la base est la confiance, entre les parents et les soignants, et ce, pour le bien-être de l'enfant. Elles proposent qu'afin d'établir cette relation de confiance avec les parents, nous mettions en place un accueil optimal du couple. En effet d'après elles, « *la force du premier contact est essentielle* » et de la qualité de l'accueil dépendront les relations entre parents et soignants durant la suite de la prise en charge [51].

Pour finir, d'après Clément Wulveryck, sage-femme, les parents attachent beaucoup d'importance à la qualité de leurs échanges avec le praticien. Le comportement de celui-ci agirait donc sur l'évolution de leurs représentations de l'enfant imaginaire. Les résultats de son étude qualitative sur « *l'impact du vécu de l'échographie sur leurs représentations de l'enfant à naître* » soulèvent la question du rôle de l'échographiste dans la mise en place du liens parents-enfant [52] tout comme l'ont montré nos résultats. Cela pourrait être également une piste de réflexion à approfondir dans une nouvelle étude.

1.2. Le bon déroulement des examens échographiques :

Le nombre d'échographies pratiquées par les femmes participant à cette étude s'étendait de trois à neuf. Une seule patiente a eu seulement les trois échographies recommandées par le CNTEP tandis que trois d'entre elles en ont eu neuf, soit une échographie par mois. Le fait d'avoir un nombre d'échographies plus élevé avait un côté « *rassurant* » pour les mères interrogées.

Le rapport de l'enquête nationale périnatale de 2016 [2] avait révélé que le nombre moyen d'échographies par grossesse en France était supérieur aux trois échographies recommandées et que celui-ci ne cesse d'augmenter pour atteindre 5,5 en 2016.

Les résultats de notre étude vont dans ce sens. Si l'on devait réaliser une moyenne du nombre d'échographies de notre échantillon, il serait de 5,75 échographies (même si bien sûr, l'échantillon est trop petit pour avoir une réelle valeur significative).

Étant donné que les examens échographiques de suivi de grossesse sont en augmentation croissante, il est important que les usagers en soient satisfaits. Cela devient donc un problème de santé publique. C'est d'ailleurs pour cela que le plan périnatalité 2005-2007 [35] avait pour principale préoccupation « *d'améliorer la qualité et la sécurité des soins obstétricaux tout en organisant simultanément une meilleure écoute des femmes et de leurs partenaires* ». Le dernier axe du plan, relatif à la qualité, portait sur l'élaboration de référentiels permettant d'homogénéiser et d'améliorer les pratiques, en particulier en matière d'échographie fœtale.

Pour la moitié de l'échantillon, il était important d'avoir une échographie de qualité avec des images nettes et détaillées. C'est également ce qu'une enquête menée en France en 2006 par la DREES a confirmé [10]. Cette enquête portait sur la satisfaction des femmes à l'égard du suivi de grossesse et de l'accouchement : plus de 95% des femmes se déclaraient très ou plutôt satisfaites. Lorsque les femmes ont été interrogées sur ce qu'elles ont trouvé le plus satisfaisant dans le suivi de grossesse, en premier lieu elles ont mis en avant les qualités humaines des professionnels de santé : l'écoute et l'accompagnement (30 %), puis le dialogue et les explications reçues (22 %), la sécurité de la prise en charge (19 %) et la qualité des prestations techniques (13 %).

Notre étude a montré que la durée de l'échographie avait également un impact sur la satisfaction des mères, le fait que l'échographiste prenne le temps de tout décrire, d'expliquer et de discuter avec les parents augmentait leur satisfaction.

Concernant les échographies 3D, neuf patientes de l'échantillon ont eu au moins une fois des images échographiques en 3D lors de cette grossesse. Les onze autres n'en ont pas eu et parmi elles, cinq auraient voulu en avoir si on leur en avait offert la possibilité. Les patientes voyaient un côté rassurant à avoir une échographie en 3D.

Depuis quelques années, les offres d'échographie en 3D ou 4D se multiplient. Certaines prestations qui permettent de visualiser le fœtus et d'en obtenir éventuellement un enregistrement vidéo sont réalisées hors du cadre médical.

En 2005, l'AFFSAPS a publié une « mise au point » sur l'utilisation non médicale des dispositifs médicaux d'échographie au cours de la grossesse. Elle recommandait aux femmes enceintes de « *ne pas exposer inutilement leur fœtus aux ultrasons* » et préconisait de réserver les échographies fœtales à un usage médical [53].

Elle rappelle que dans le cas de l'échographie non médicale : « *les conditions d'exposition fœtale sont, par nature, différentes de celles de l'exposition médicale, et cela,*

quel que soit le matériel utilisé, la formation ou la compétence du manipulateur ». Les risques potentiels liés aux effets biophysiques des ultrasons sur le fœtus sont par conséquent plus importants, et ceci sans bénéfice médical attendu. En conséquence, le risque peut être majoré mais sans qu'il n'y ait de bénéfice pour la santé [53].

Malgré les risques thermiques et mécaniques démontrés, liés à la réalisation d'une échographie 3D/4D lorsque celle-ci a nécessité une exposition prolongée d'une certaine partie du corps du fœtus, les patientes de notre échantillon étaient tout de même demandeuses et satisfaites de ce type d'échographie. Cependant, il n'est pas relaté au travers de cette étude si la réalisation de ces échographies 3D ou 4D a nécessité un temps d'exposition aux ultrasons prolongé.

1.3. Les émotions suscitées par l'échographie :

Les résultats montrent qu'avant les échographies, les émotions ressenties étaient plutôt négatives. La plus citée était « *l'appréhension* » surtout avant la première échographie. Ces résultats vont dans le sens des études retrouvées dans notre revue de la littérature. Elles ont montré que dans l'attente de l'échographie ou lors d'une suspicion d'anomalies foetales, l'anxiété et l'inquiétude des parents augmentent ce qui peut avoir des conséquences psychologiques importantes ainsi que des conséquences sur les interactions parents-enfant. Ces mêmes études montrent que l'anxiété va diminuer une fois que l'échographie ne détecte pas d'anomalies [16, 23, 31].

Certaines mères interrogées ont même éprouvé du « *stress* » voire de la « *peur* ». La primiparité majorait ce ressenti. Une étude qualitative suisse de 2003 réalisée sur un groupe de vingt-deux couples de parents a démontré que le fait d'attendre une échographie a tendance à augmenter les réactions dépressives et le stress des futurs parents. Même si après des résultats rassurants ne montrant rien d'anormal, ce stress diminuait immédiatement [22]. Cette étude est donc en accord avec nos résultats.

Pendant les échographies, les émotions ressenties étaient plutôt ambivalentes. Parmi celles citées par les mamans on retrouvait la frustration, la joie et la fascination.

Un groupe de psychologues a écrit un ouvrage sur l'investissement émotionnel de l'enfant pendant la grossesse : dans cet ouvrage, ils énoncent que l'attachement est un lien fondamental qui se construit via les interactions entre le fœtus et ses parents pendant la grossesse notamment à travers la vision du fœtus via l'échographie [28].

Après les échographies, l'ensemble des patientes s'est accordé à dire qu'elles étaient soulagées, rassurées par ce qu'elles avaient vu. C'était un facteur important de leur satisfaction vis-à-vis de cet examen.

L'étude qualitative suisse mentionnée dans les paragraphes précédents met en avant que la relation avec l'échographiste pendant l'examen est très importante aux yeux des parents. Après l'échographie, ils décrivent deux choses : « *un sentiment de joie et un soulagement* ». Ces sentiments apparaissent immédiatement après le moment où l'échographiste leur annonce que les résultats sont normaux [22]. Ces résultats sont concordants avec ceux de notre étude.

Lors des entretiens, les mères utilisaient parfois des expressions qui donnaient des caractéristiques humaines à l'enfant qu'elles attendaient. L'échographie leur a permis de s'imaginer des traits de caractères ou des critères physiques à propos de leur enfant à naître. L'échographie a donc permis aux parents d'humaniser leur fœtus.

Plusieurs psychologues ont étudié et décrit ce phénomène. Parmi eux, Françoise Cailleau a écrit qu' « *il apparaît clairement que pour la femme qui se sait enceinte, ce qu'elle perçoit à l'écran n'a pas la même signification que pour l'échographiste* ». Bien que l'image soit identique pour tous, elle passe par le filtre des représentations avant d'être interprétée. « *Il s'agit pour la mère, tout de suite d'un enfant et non de cellules qui se divisent et se multiplient pour former un « embryon » puis un « fœtus »* » [17]. Dominique Merg et Charles Bader ont écrit quant à eux que « *Tous les parents rencontrés recherchent des similitudes, voire des traits familiaux* » [18].

L'échographie permet donc un phénomène d'humanisation du fœtus en lui attribuant des caractéristiques et facultés humaines, cela permet aux parents de s'attacher à lui et fait partie du processus de parentalisation et de construction de la famille, ces constats sont également retrouvés dans l'étude qualitative suisse de 2003 [22].

1.4. Différence entre le suivi libéral et hospitalier :

Cette différence par rapport au type de suivi n'a pas été retrouvée dans la littérature comme influant sur la satisfaction : c'est un thème qui a émergé uniquement des entretiens.

Une des principales différences rencontrées entre le suivi libéral et hospitalier correspondait aux informations données par les praticiens à leurs patients. En effet, tous les patients n'avaient pas accès au même degré d'informations : c'est principalement à l'hôpital que le manque d'informations s'est fait ressentir. Pour quelques femmes

interrogées, ce défaut d'information n'était pas grave, notamment s'il ne s'agissait pas de leur première grossesse mais pour d'autres, cela a été ressenti comme un manque.

Certaines femmes auraient apprécié une uniformisation du discours et de distribuer moins de documents pendant la grossesse.

Les autres différences rencontrées entre le suivi libéral et le suivi hospitalier dans notre étude étaient les suivantes :

- Les explications fournies par le praticien : en libéral les intervenants prenaient plus de temps pour expliquer les échographies. Ces explications avaient un rôle pédagogique, même chez les multipares. Cela jouait sur la satisfaction, il est donc apparu qu'un suivi libéral où les praticiens expliquait plus de manière générale était un suivi plus satisfaisant pour les mères interrogées dans cet échantillon.
- Le temps d'attente avant la consultation : le défaut le plus reproché à l'hôpital était le temps d'attente avant la consultation, certaines mères ont attendu jusqu'à 2 heures avant de passer leur échographie et c'était quelque chose de très « *contraignant* » pour leur organisation familiale et personnelle.
- La durée de l'échographie : la durée de l'échographie était différente entre l'hôpital et le libéral. Elle était souvent plus longue en libéral qu'à l'hôpital. Ce manque de considération à l'hôpital est apparu frustrant pour certaines mères.
- La difficulté pour obtenir un rendez-vous : cette difficulté était liée soit à un problème pour joindre les secrétaires soit pour planifier le rendez-vous à une date où la mère (ou le couple) était disponible.
- Le fait de devoir changer d'intervenant en cours de grossesse : trois des femmes interrogées ont dû changer d'intervenant en cours de suivi et ça les a beaucoup perturbées. Choisir son intervenant était un facteur très important car cette personne les accompagne durant toute leur grossesse peut donc jouer un rôle majeur dans leur satisfaction vis-à-vis de leur suivi échographique de grossesse.

Dans notre étude, les résultats montrent que la satisfaction des patientes est plus importante lorsqu'elles ont effectué leur suivi échographique en libéral plutôt qu'à l'hôpital et ce pour toutes les raisons précédemment citées.

Cependant ces résultats sont à nuancer pour plusieurs raisons :

- Tout d'abord, cette étude a été réalisée dans une seule maternité de type II de la région Auvergne-Rhône-Alpes, ce qui implique que l'étude présente un biais de sélection. Si des patientes venant de toute la France et de différents types de

maternité avaient été interrogées, on peut supposer que cette différence entre le suivi libéral et hospitalier ne serait pas forcément ressortie. En effet, les infrastructures hospitalières et les cabinets libéraux des différentes régions ne sont pas organisés de la même manière et ne fonctionnent pas tous pareil.

- Ensuite, dans un cabinet libéral, le praticien est libre de programmer son planning comme il le souhaite, d'organiser son temps de consultation et ses rendez-vous ; ce que l'hôpital public ne peut malheureusement pas se permettre en raison d'une surcharge de patients évidente. Ainsi il paraît logique que les rendez-vous soient limités à une certaine durée, afin d'optimiser le temps de consultation, ce qui rallonge forcément le temps d'attente.
- Le choix du praticien est lui aussi plus simple lorsqu'on fait le choix d'un suivi libéral car on s'oriente vers la personne de son choix après avoir fait des recherches sur sa réputation. Ce choix ne peut pas toujours être fait à l'hôpital pour des raisons d'organisation de disponibilité des différents praticiens.
- Enfin, les patientes qui se sont plaintes des conditions de leurs échographies à l'hôpital dans notre échantillon étaient principalement des primipares peu informées sur les modalités du suivi et les différents intervenants qui pouvaient les prendre en charge. Les multipares ont plutôt décidé de s'orienter vers un suivi libéral : sur les douze multipares interrogées, seules deux ont effectué leur suivi à l'hôpital tandis que les dix autres ont choisi leur intervenant en libéral.

Cela démontre que le problème, au-delà de la différence entre le suivi libéral et hospitalier serait plutôt le manque de connaissances et d'informations des femmes au départ. En effet les femmes les plus satisfaites sont celles qui ont pu décider de leur type de suivi (principalement les multipares qui ont déjà eu ces informations grâce à leur première grossesse) et ainsi s'orienter en toute connaissance de cause vers ce qui leur correspondait le plus (en termes d'organisation, d'intervenant par exemple). Cela montre une fois de plus l'importance que les femmes soient bien informées de qui peut les prendre en charge et des différents choix qui s'offrent à elles, cela améliorerait leur satisfaction vis-à-vis de leur suivi échographique et même leur suivi global.

Dans la littérature, aucune étude n'a été retrouvée sur ce qui influençait la satisfaction des mères vis-à-vis de leurs échographies mais il y avait tout de même deux études plus larges sur les déterminants de la satisfaction des usagers à l'égard du système de soins [43] et du suivi de grossesse [44].

Les déterminants de la satisfaction mis en avant dans ces études étaient les suivants :

- L'attention et la considération fournie par l'intervenant
- Le temps du soin (qui inclut le temps d'attente et le temps pris par le professionnel pour le couple)
- Les informations fournies
- Les capacités de communication
- La continuité des soins
- Les compétences techniques et cliniques de l'intervenant et sa sympathie

Un défaut de satisfaction avait été observé dans les cas suivants :

- Un nombre insuffisant de rendez-vous
- Un temps d'attente important pendant les rendez-vous
- Un manque de continuité des soins (tant au niveau de l'intervenant que de l'information donnée)
- Un manque d'informations et d'explications

Les résultats de notre étude sont donc représentatifs de ce qui existe dans la littérature.

2. Les attentes des mères concernant leurs échographies :

2.1. Ce que l'échographie représente pour les futures mères :

L'échographie s'est révélée être un moment très attendu par les mères et de façon plus générale par les parents du futur bébé. Toutes les échographies étaient attendues pour différentes raisons mais la plus attendue restait la première.

D'après une étude qualitative norvégienne de 2015 [16] qui a interrogé huit femmes, les mères décrivent la première échographie comme « *la plus importante consultation réalisée durant la grossesse* ». Avec leur partenaire, elles avaient hâte d'avoir plus d'informations à propos de leur grossesse et de leur bébé. La première rencontre visuelle des futurs parents avec leur bébé crée une expérience émotionnelle forte qui marque le début de la parentalité, du processus d'attachement et permet de planifier une nouvelle vie.

Si l'on reprend les études mentionnées dans la revue de la littérature s'intéressant aux principales attentes des parents concernant les échographies, voici les attentes majoritaires qui ressortaient comparées aux résultats retrouvés dans notre échantillon :

- **Sert à confirmer visuellement la grossesse** (« voir le bébé » « preuve que l'on est enceinte ») [3, 4, 6, 9, 20, 21, 22, 23]

Pour au moins la moitié des femmes interrogées, l'échographie avait un rôle de confirmation de la grossesse, de réassurance. Certaines mamans avaient besoin de voir les choses de leurs propres yeux afin de mieux pouvoir se projeter.

Selon Dominique Merg et Claude Bader, psychologues : « *L'image révèle, elle fait preuve* ». La première échographie est une révélation de la grossesse : il s'agit d'une attestation par l'image qui apporte la preuve que l'enfant est là [18].

- **Sert à rassurer sur le bien-être du fœtus** [3, 4, 6, 19, 20, 21, 22, 23]

Cette idée d'un rôle rassurant de l'échographie a été reprise de façon unanime par l'ensemble des 20 femmes de l'échantillon. C'était d'ailleurs la raison pour laquelle sept des mères interrogées ont eu des échographies supplémentaires.

- **Sert à connaître le sexe de leur futur enfant** [3, 20, 21]

Pour certaines mères, c'était quelque chose de très important au point qu'elles ont fait des échographies supplémentaires pour découvrir le sexe de leur enfant plus tôt ; tandis que pour d'autres ce n'était pas une priorité car ce qui importait c'était la santé de leur enfant à naître.

- **A une dimension de rencontre avec le bébé** [4, 6, 21, 22, 23]

Cette dimension de rencontre avec le bébé n'a pas été mentionnée par les femmes de notre échantillon comme une de leurs attentes.

- **Confirme que la grossesse se déroule normalement** [19, 21]

Cette idée n'a pas été retrouvée formulée telle quelle mais ce qui s'y rapporte le plus dans nos entretiens serait qu'un des rôles de l'échographie est de témoigner de la bonne croissance et du bon développement de leur fœtus, et ce pour plus de la moitié des femmes interrogées.

- **Est une preuve pour les autres que l'on devient une famille** [9, 22]

Ce n'était pas une des attentes à propos de l'échographie mentionnées par notre échantillon mais comme cela a été démontré dans le chapitre précédent, l'échographie était tout de même l'étape fondatrice de la famille.

2.2. Des attentes parfois irréalistes comparées à la réalité :

2.2.1. *Les supers pouvoirs de l'échographiste :*

Une des femmes interrogées a utilisé une formule très singulière : elle a expliqué que selon elle, les parents dédiaient une sorte de « *super pouvoir* » à l'échographiste en pensant qu'il avait la capacité de tout voir et de tout détecter.

Les parents ne laissent donc pas le droit à l'erreur à l'échographiste, ils observent et analysent chacune de ses paroles ou gestes. Il doit être attentif aux expressions de son visage, aux termes qu'il emploie et à son attitude pour ne pas inquiéter à tort les parents. Bessis, lui-même échographiste explique qu'« *il est très difficile de gérer simultanément et convenablement ses mains, ses yeux, son écoute, sa parole et sa réflexion* » [15].

Dans sa thèse, Chloé Descamps a cité une étude américaine qui suggérait la mise en place d'une formation relationnelle adressée aux échographistes pour les aider à prendre conscience de l'impact de leur conduite sur l'état d'esprit des futurs parents [3]. On pourrait suggérer que cette formation soit intégrée à la formation des échographistes mais aussi de façon générale à tous les intervenants dans le suivi de grossesse qui impactent tous à leur manière le vécu de la grossesse par les parents.

2.2.2. *La précocité du diagnostic :*

Deux femmes de l'échantillon ont admis avoir eu une échographie supplémentaire pour connaître plus tôt le sexe de leur enfant et plusieurs femmes de l'échantillon déclaraient qu'elles auraient aimé le savoir plus tôt si elles avaient pu.

Plusieurs mamans voulaient connaître des détails sur leur nouveau-né précocement comme par exemple leur poids estimé, leur sexe, l'aspect de leur visage ou une éventuelle anomalie congénitale. Certaines d'entre elles ont admis avoir été déçues quand l'échographiste n'a pas pu leur donner ou leur confirmer ces informations. Une mère a même avoué qu'elle aurait préféré une fille alors qu'elle attendait un garçon.

Cela pose un problème éthique : en effet, certaines mères seraient-elles capables de ne pas investir ou d'interrompre la grossesse sous prétexte que leur enfant n'est pas celui qu'elles avaient imaginé ? Ou alors est-ce que ces caractéristiques pourraient au contraire les aider à s'approprier leur enfant et à mieux l'accueillir à la naissance ?

Dans les années 1980, Michel Soulé craignait que la confrontation à l'image échographique ne vienne inhiber « *le libre développement de l'enfant imaginaire* » avec entre autres, la connaissance de son sexe, son poids et sa taille. Dans ce sens, il pensait que l'échographie raccourcissait les neuf mois de grossesse prévus par la nature, c'est pour cela qu'il parle du risque « *d'interruption volontaire de fantasme* » [26].

En effet, comme le rappelle Micheline Blazy, gynécologue dans son ouvrage [54]: il y a seulement quelques décennies, les parents découvraient leur bébé à la naissance :

les traits, les ressemblances et le sexe notamment. C'est le moment où on vérifiait sa « *normalité* », ou alors où l'on découvrait, malheureusement, l'existence de malformations. La grossesse était une étape durant laquelle les parents imaginaient, rêvaient ce qui se passait à l'intérieur du ventre, et comment serait leur bébé dans l'avenir. En l'absence des échographies, ni les parents ni l'obstétricien ne pouvaient savoir si le bébé était « *normal* » ou non. Le processus de parentalité se bâtissait ainsi au fil de la grossesse, pour aboutir, le jour de la naissance à la rencontre avec l'enfant réel.

Le concept de bébé virtuel est arrivé avec l'échographie et le diagnostic anténatal. Le terme de « *virtuel* » renvoie à ce qui est en devenir, potentiel, et à ce qui se présente sur un écran. Ainsi, les parents voient très tôt leur embryon puis leurs fœtus/bébé ; ou plutôt croient le voir, puisqu'il s'agit en fait d'une image reconstituée. Les inquiétudes sur l'existence d'une possible malformation sont réveillées très tôt par la possibilité du diagnostic anténatal, peu de temps après le diagnostic de grossesse. En ce domaine comme dans bien d'autres, tout va beaucoup plus vite qu'avant. Les parents découvrent la forme, les gestes, et même les traits de leur fœtus grâce à l'échographie 3D [54].

Michèle Fellous, socio-anthropologue au Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS) conclut à ce sujet en affirmant que « *le fœtus est de plus en plus assimilé à un enfant* », comme si l'échographie faisait « *avancer d'un cran* » le moment de la mise au monde [55].

On peut donc se demander si ces images échographiques viennent alimenter l'imagination et la rêverie des parents sur leur bébé, ou au contraire l'empêcher, comme une « *interruption volontaire de fantasme* », selon la célèbre formule de Michel Soulé ?

3. Les aspects positifs et négatifs de leur suivi échographique :

Les aspects positifs et négatifs du suivi échographique des mères ont été décrit tout au long de ce travail de recherche, il est difficile de faire une liste exhaustive puisque cela reste une opinion très personnelle des femmes interrogées. Nous avons tout de même essayé de faire émerger les éléments principaux.

Parmi les aspects positifs évoqués lors des entretiens, on retient tout d'abord les aspects relatifs à l'intervenant : la considération apportée par l'échographiste ainsi que ses différentes qualités (qui prend le temps, qui explique bien, avec des qualités humaines) et le fait d'offrir une prise en charge globale aux femmes (qui permet de créer une relation de confiance).

Il y a également les aspects relatifs aux échographies en elles-mêmes, parmi lesquels : le fait d'avoir eu des échographies en 3D et des examens de qualité ainsi que le nombre d'échographies (mais cela fait également partie des aspects négatifs, tout dépend quelles étaient les attentes des femmes à ce propos).

Pour finir le dernier aspect positif de l'échographie rapporté par les femmes était les diverses émotions positives suscitées par l'échographie, qui ont contribué à donner des caractéristiques humaines au fœtus, à l'imaginer et parfois même à être une étape fondatrice de la famille.

En ce qui concerne les aspects négatifs de leur suivi échographique, le problème majeur évoqué était la différence entre le suivi libéral et hospitalier où les femmes avaient parfois l'impression d'être moins bien prises en charge, qu'on leur accordait moins de temps, avec parfois des examens considérés comme bâclés.

Un autre aspect négatif était le nombre d'échographies : certaines mères ont estimé ne pas avoir eu suffisamment d'échographies durant leur grossesse. D'autres ont déploré un manque d'informations donné lors des échographies et plus largement à propos des modalités de cet examen.

Enfin l'appréhension et le stress éprouvés dans l'attente de l'échographie étaient également évoqués comme des aspects négatifs des échographies, même si ces émotions disparaissaient après l'annonce d'un résultat normal.

4. Les connaissances des mères à propos des échographies prénatales :

Il est apparu lors des entretiens que les connaissances des femmes à propos de l'échographie étaient très incomplètes. En effet, comme les résultats le révélaient, il y a une grande hétérogénéité dans le discours des praticiens et toutes les patientes n'ont pas accès au même degré d'information, ce qui influence de façon négative leur satisfaction à propos de leur suivi échographique.

Tout d'abord, concernant le nombre d'échographies recommandées les connaissances étaient disparates. À la question « *Connaissez-vous le nombre d'échographies recommandées durant une grossesse physiologique ?* ». Sur l'ensemble des vingt participantes interrogées, quinze d'entre elles connaissaient les recommandations, soit grâce à leur précédente grossesse, soit grâce à leurs recherches personnelles, soit parce qu'un professionnel de santé leur avait mentionné.

Concernant les limites de l'échographie : la grande majorité des patientes en étaient averties. Cependant il semble utile de compléter ces informations puisque l'ensemble des patientes ne les ont pas reçues et ont parfois du y être confrontées par elles-mêmes afin de les découvrir.

Concernant les dangers de l'échographie, il s'avère que peu de femmes étaient renseignées à ce propos. Elles ignoraient que les échographies supplémentaires n'étaient pas recommandées voire même dangereuses. Seules quatre femmes de l'échantillon en étaient conscientes.

Lorsqu'on leur a demandé « *Savez-vous quel.s professionnel.s de santé a.ont le droit de pratiquer les 3 échographies de grossesse et sous quelles conditions ?* » : dix-neuf femmes ont cité le gynécologue comme professionnel habilité contre seulement treize pour les sages-femmes. Ces données permettent de constater un réel manque d'information des femmes enceintes sur les professionnels amenés à intervenir dans leur suivi échographique, notamment sur la formation et les compétences des sages-femmes.

Le métier de sage-femme et ses compétences restent encore à ce jour très méconnus, principalement par les femmes primipares. Si l'on se base sur les résultats obtenus par Mandy Martinez, sage-femme, dans son mémoire sur les connaissances des femmes à propos des compétences des sages-femmes [56] : seules 51,59% des femmes savaient que les sages-femmes peuvent réaliser des échographies dans le cadre d'un suivi de grossesse physiologique. Ce pourcentage passe à 49% si on s'intéresse uniquement aux primipares.

Il semble donc important, d'après ces résultats de faire connaître toutes les compétences des sages-femmes aux femmes enceintes, voire même plus largement à toutes les femmes. Et ce, afin qu'elles puissent choisir leur intervenant en étant conscientes de tous les choix qui s'offrent à elles, ce qui pourrait également contribuer à améliorer leur satisfaction vis-à-vis de leur suivi de grossesse.

IV. PROJET D'ACTION :

Pour améliorer la satisfaction de ces patientes à propos de leur suivi échographique, plusieurs solutions peuvent être proposées :

La première serait, dans la mesure du possible d'organiser le suivi avec le même intervenant, qui aurait une meilleure connaissance de la situation médicale, sociale et psychologique de la femme ainsi que de ses attentes.

Une deuxième solution serait de prévoir des créneaux plus longs pour les rendez-vous à l'hôpital, ce qui permettrait que les femmes aient tout le temps pour poser leurs questions, que toutes les informations essentielles leur soient données et qu'elles se sentent plus considérées par le professionnel en face d'elle. De la même façon, cela permettrait peut-être de prendre moins de retard pour les rendez-vous suivants ce qui était également considéré comme un facteur influençant négativement la satisfaction.

Enfin, il semble nécessaire d'uniformiser le discours des intervenants à propos des échographies prénatales. Cela pourrait passer par la rédaction d'une affiche contenant toutes les informations utiles et nécessaires sur les modalités de l'examen échographique (le nombre d'échographies recommandées, le principe de l'échographie, ses limites et ses dangers) et les différents intervenants capables de les effectuer. Cette affiche serait actualisée aux yeux des recommandations actuelles.

L'objectif serait de l'afficher dans les salles d'attentes, aussi bien en cabinet libéral, qu'à l'hôpital. Les avantages d'un tel document sont nombreux : tout d'abord, une affiche est un support écologique qui permet des économies de papier par rapport à un document type à distribuer à toutes les femmes enceintes et cela permet de centraliser les informations sur un document unique. Ensuite, après validation, elle pourrait être distribuée à grande échelle et servir au niveau national pour tous les professionnels de la périnatalité souhaitant l'afficher sur leur lieu de travail. De plus, afficher ce type de document dans une salle d'attente d'un cabinet libéral ou à l'hôpital permettrait de cibler toutes les femmes, parfois même avant qu'elles soient enceintes. Ainsi elles seraient informées des choix qui s'offrent à elles pour une grossesse future. Une ébauche de ce document est proposée en annexe VII.

Ce document nécessiterait cependant d'être officiellement testé pour valider sa pertinence et son utilité. En cas d'inclusion aux protocoles de l'hôpital, le document devra être vérifié par le chef de service pour s'assurer de la conformité des informations données.

CONCLUSION

La France est un des pays d'Europe où l'on recommande de pratiquer le plus d'échographies prénatales en comparaison à nos pays voisins. L'échographie a une place très importante dans la grossesse aux yeux des parents. Elle permet une confirmation visuelle de la grossesse, a une dimension de rencontre et permet de développer un lien avec le fœtus qui est de plus en plus assimilé à l'enfant. C'est comme si elle faisait avancer d'un cran le moment de la mise au monde.

Le but de notre travail était de comprendre ce qui influençait la satisfaction des usagères à propos de leurs échographies prénatales et ainsi de chercher des pistes d'amélioration à cette satisfaction. Notre méthodologie a consisté en l'analyse de vingt entretiens avec des femmes venant d'accoucher, dans un service de suites-de-couches à l'hôpital dans une maternité de type II en Auvergne-Rhône-Alpes.

Les principaux résultats trouvés indiquent que la plupart des femmes sont satisfaites de leur suivi. Elles recherchent un temps privilégié et une personne avec des compétences techniques mais avant tout de l'écoute et des qualités humaines. Ce sont ces facteurs qui les orientent vers un type de suivi libéral ou hospitalier dans cet échantillon.

Parmi celles qui ne sont pas satisfaites, les principales raisons rapportées sont des problèmes organisationnels (tels que des rendez-vous reprogrammés, difficiles à prendre), un changement d'intervenant en cours de suivi, un manque d'informations ou encore un manque de considération et de communication de la part de l'échographiste.

En ce qui concerne les connaissances des femmes à propos des modalités du suivi échographique (nombre d'échographies recommandées, dangers), sur les professionnels habilités à faire ces échographies et plus largement des compétences des sages-femmes, celles-ci pourraient largement être améliorées.

C'est ainsi que la mise en place d'une affiche sur le suivi échographique prénatal dans les salles d'attente des cabinets libéraux et de l'hôpital nous est apparue intéressante. Celle-ci pourrait aider les femmes à mieux comprendre les rôles de l'échographie, ses limites, ses dangers et les professionnels amenés à intervenir dans le suivi.

Il serait intéressant de mettre en place l'affichage de ce document au sein de la maternité de notre étude. Nous pourrions ainsi réévaluer à distance, par le biais d'une seconde étude, l'impact sur la satisfaction des femmes.

Pour compléter cette étude, il pourrait également être utile d'interroger les professionnels de santé sur leur façon de fonctionner et sur la manière dont ils s'impliquent afin de satisfaire les patientes lors des échographies.

ANNEXES

ANNEXE I : Fiche d'information CNTEP (version courte) :

Madame, Monsieur,

Les examens échographiques faits au cours de la grossesse, habituellement au nombre de trois, sont utiles pour confirmer l'âge du fœtus et la date présumée de l'accouchement, la vitalité et le bien-être du fœtus, rechercher certaines anomalies et s'assurer de la position du placenta.

Ces examens sont en partie remboursés par la sécurité sociale, mais facultatifs. Vous pouvez signaler à votre médecin que vous ne souhaitez pas que soit effectuée une recherche de malformation.

Dans les conditions habituelles de l'examen médical, qui peut avoir une durée variable, aucun effet nocif des ultra-sons n'a été découvert à ce jour mais la prudence conduit à ne faire d'échographies que pour des raisons médicales, en limitant la fréquence et la durée des examens à ce qui est nécessaire au diagnostic.

L'échographie n'est pas infaillible. Elle ne permet de détecter que deux tiers environ des anomalies importantes susceptibles de modifier le suivi de la grossesse et la prise en charge ultérieure de l'enfant.

Il peut arriver que l'échographiste n'ait pas vu certaines parties de l'enfant ou qu'il ait un doute sur la présence d'une malformation. Il vous en informera et vous proposera alors de revenir pour des examens complémentaires ou de consulter un autre échographiste spécialisé dans un domaine particulier.

N'hésitez pas à interroger votre médecin ou votre sage-femme pour en savoir plus sur les possibilités et les limites de l'échographie. Lisez attentivement le dépliant d'information.

ANNEXE II : Fiche d'information parturiente du CNGOF



FICHE D'INFORMATION DES PATIENTES

ÉCHOGRAPHIE PENDANT LA GROSSESSE

Tampon du médecin

Madame

Date de remise de la fiche :

Au cours de la grossesse, 3 échographies de dépistage anténatal vous seront proposées en cas d'évolution normale : au premier, au deuxième et au troisième trimestre de la grossesse (11-13, 22-24, 32-34 semaines d'aménorrhée). L'échographie permet d'obtenir certaines informations qu'aucun autre examen ne peut fournir : par exemple l'âge exact de la grossesse, le nombre de fœtus, la mesure de la clarté nucale (impérativement entre 11 et 13 semaines d'absence de règles pour être interprétable ; participant au dépistage de la trisomie 21), la morphologie de l'enfant, sa croissance, la localisation du placenta. Ces examens sont recommandés mais ne sont pas obligatoires et il vous est possible de signaler au médecin que vous ne souhaitez pas que soit effectuée une recherche de malformation fœtale.

Qu'est-ce qu'une échographie ?

L'échographie permet d'obtenir des images grâce à des ultrasons émis par une sonde et renvoyés par le fœtus. Ces signaux sont transformés par la machine en images visualisées pendant l'examen sur un écran. Des photos peuvent être prises au cours de l'examen mais la meilleure analyse des images se fait "en temps réel" au cours même de l'échographie et non après.

Le Doppler permet de mesurer la vitesse du flux sanguin dans certains vaisseaux du fœtus ou du placenta. Cet examen ne sera réalisé que dans certaines situations à risque ou pathologiques.

L'échographie permet de mettre en évidence certaines malformations éventuelles du fœtus. L'échographie 3D n'est pas une nécessité pour le diagnostic des anomalies. Malgré les améliorations techniques, l'échographie n'est pas parfaite et il peut se produire qu'une anomalie pourtant bien présente ne soit pas détectée par l'examen.

À l'inverse, certains aspects observés à l'échographie peuvent faire évoquer à tort une malformation du fœtus. Si un doute survenait au cours de l'examen, d'autres examens complémentaires (comme une amniocentèse ou des prélèvements de sang par exemple) et des examens de contrôle vous seraient proposés selon la situation. Dans ce cas, l'échographie peut être une source d'anxiété pour les futurs parents.

En pratique

En pratique, l'examen est réalisé par un médecin ou par une sage-femme. Il est totalement indolore et ne présente pas de risque connu pour la mère ou pour l'enfant. Une sonde est posée sur l'abdomen après application d'un gel pour faciliter l'émission et la réception des ultrasons. (La qualité des images est variable d'une patiente à l'autre. Compte tenu des propriétés des ondes ultrasonores, l'épaisseur de la paroi abdominale peut constituer une gêne en raison du tissu adipeux sous-cutané).

L'utilisation d'une sonde introduite dans le vagin peut s'avérer nécessaire et apporter des renseignements complémentaires très utiles.

Il n'est pas nécessaire de venir à jeun. Lors de l'échographie du 1er trimestre et dans certains cas pour les suivantes, il peut être demandé d'avoir la vessie pleine au moment de l'examen. Evitez d'appliquer une crème anti-vergetures dans les jours qui précèdent l'examen.

Cette feuille d'information ne peut sans doute pas répondre à toutes vos interrogations. Dans tous les cas, n'hésitez pas à poser au médecin toutes les questions qui vous viennent à l'esprit, oralement ou par écrit.

ANNEXE III : Grille d'entretien :

Questions :	Réponses :
<u>Renseignements généraux :</u>	
Âge de la mère	
Catégorie professionnelle et conditions de ressources (<i>sécurité sociale/mutuelle</i>)	
Distance entre le lieu d'habitation et le lieu où se déroulent les échographies	
Gestité / Parité (<i>combien d'enfants avez-vous ? en quelle année ont eu lieu vos grossesses précédentes ? FCS ? IVG ? GEU ?</i>)	
S'agit-il d'une grossesse spontanée ou induite ?	
S'agit-il d'une grossesse désirée ou inopinée ?	
<u>Intervenants du suivi :</u>	
Par qui a été effectué le suivi de grossesse = <i>les consultations ? (SFL ? SF hospitalière ? gynécologue libéral ? gynécologue hospitalier ?)</i>	
Par qui a été effectué le suivi échographique = <i>les échographies ?</i> Avez-vous eu plusieurs intervenants ? Si oui, est-ce que cela vous a dérangé et pourquoi ?	
Est-ce que vous avez choisi vos intervenants ? Si oui, comment et pourquoi ?	
Est-ce que c'est la même personne qui a fait le suivi de grossesse et le suivi échographique ? Si oui, était-ce un choix ou un hasard ?	

<u>Informations / Connaissances :</u>	
<p>Avez-vous reçu une information quelconque par rapport au suivi échographique ? (<i>limites, nombres d'échographies, principe, dangers, ...</i>)</p> <p>Avez-vous eu un document à signer à ce propos ?</p>	
<p>Connaissez-vous le nombre d'échographies recommandées durant une grossesse physiologique ?</p> <p>Connaissez-vous les différents termes recommandés de ces échographies ainsi que leurs objectifs ?</p>	
<p>Connaissez-vous les limites de l'échographie ? (<i>à savoir : on ne voit pas toutes les malformations, ce n'est pas un certificat de normalité, ce ne sont que des estimations approximatives, etc ..</i>)</p>	
<p>Savez-vous quel(s) professionnel(s) de santé a/ont le droit de pratiquer les 3 échographies de grossesse et sous quelles conditions ?</p>	
<u>Suivi échographique :</u>	
<p>Avez-vous eu des échographies supplémentaires aux 3 échographies recommandées ?</p> <p>Si oui, pourquoi (raison médicale ? demande personnelle ? autre ?)</p> <p>Si oui, par qui ? (<i>intervenant différent ?</i>)</p> <p>Si oui, combien d'échographies avez-vous eu en tout durant cette grossesse ?</p>	
<p>Avez-vous eu une/des échographie(s) 3D ou 4D durant votre grossesse ?</p> <p>Si oui, était-ce une échographie supplémentaire dédiée ou seulement un moment de l'échographie classique en plus ?</p> <p>Si oui, était-ce votre demande ou suite</p>	

<p>à une proposition de l'échographiste ?</p> <p>Avez-vous eu des photos et/ou vidéos souvenirs en 3D/4D à disposition ?</p>	
<p>Avez-vous eu une échographie supplémentaire pour déterminer le sexe de votre enfant ?</p> <p>Si oui, était-ce votre demande ou suite à une proposition de l'échographiste ?</p>	
<u>Satisfaction / Attentes :</u>	
<p>Globalement, diriez-vous que vous êtes satisfaite de votre suivi échographique ? <i>(2 réponses possibles : oui ou non puis nuancer en 4 modalités : très satisfaite / satisfaite / peu satisfaite / pas du tout satisfaite)</i></p> <p>Pourquoi ? <i>(Laisser détailler ++ si elle ne sait pas répondre, l'orienter avec des petites questions : p/r au bébé, à l'intervenant, côté suivi ?)</i></p>	
<p>Quelles sont les qualités que vous attendiez de l'échographiste ?</p> <p>Les avez-vous retrouvées ?</p>	
<p>Quelles étaient vos attentes par rapport aux échographies ?</p> <p>Ont-elles évolué au cours de la grossesse ?</p> <p>Ont-elles été satisfaites ? <i>(Oui ou non)</i></p> <p>Aviez-vous des attentes spécifiques par rapport aux différentes échographies ?</p>	

Conclusion : *(en privé hors recueil de données)*

- Avez-vous des questions ?
- Avez-vous quelque chose à rajouter ? Des suggestions ?
- Qu'avez-vous pensé de mon étude ?
- Voulez-vous recevoir les résultats ?

ANNEXE IV : Tableau d'analyse horizontale des données :

Thèmes :	Catégories :	Verbatim A	… …	Verbatim T
Caractéristiques du professionnel de santé	Une expertise clinique			
	Des habiletés pour communiquer			
	Des qualités personnelles essentielles			
	Perception du rôle de la sage-femme			
Le bon déroulement des examens échographiques	Importance d'un examen de qualité			
	Des échographies illimitées			
	L'échographie : un examen sans effets secondaires ?			
	Les limites de l'échographie			
	L'échographie 3D : une forte demande des parents			
Émotions suscitées par l'échographie	Avant l'examen			
	Pendant l'examen			
	Après l'examen			
	Un processus d'humanisation du fœtus			
Différence entre le suivi libéral et hospitalier	Informations données et éducation des patients			
	Optimisation du temps de consultation			
	Problèmes de logistique et d'organisation			
	Le choix de l'intervenant			
Ce que l'échographie représente pour les futures mères	Un moment très attendu			
	Une confirmation de la grossesse			
	Un témoin de la croissance du fœtus			
	Un examen pour se rassurer, savoir que tout va bien			
	La découverte du sexe du bébé			
	Passage du fantasme au réel			

ANNEXE V : Lettre d'information :

LETTRE D'INFORMATION

Les déterminants de la satisfaction maternelle concernant le suivi échographique prénatal

Investigateurs :

- ALBRECHT Angélique, étudiante sage-femme à xx
 - Sous la direction de Madame xx, sage-femme échographiste
- Pour tous renseignements ou informations, n'hésitez pas à nous contacter (mail : xxx)

Madame,

Vous avez été invitée à participer à une étude appelée « Les déterminants de la satisfaction maternelle concernant le suivi échographique prénatal ».

Une étude sur les déterminants de la satisfaction maternelle concernant le suivi échographique prénatal est engagée au sein du service de suites de couches de la maternité de xx. Elle s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'études d'une étudiante sage-femme. Cette étude est sous la responsabilité de Madame xx, sage-femme échographiste en cabinet libéral à xx.

1. Pourquoi cette étude :

Cette étude est réalisée dans le but de mettre en avant les différents déterminants de la satisfaction des mères lors de leur suivi échographique de grossesse. Il est important d'évaluer la satisfaction des mères vis-à-vis du suivi échographique. Ainsi, en connaissant mieux ces déterminants, il sera possible de la part des professionnels de mettre en place des actions en vue de l'amélioration du suivi échographique prénatal ou alors de continuer leurs pratiques si elles sont satisfaisantes aux yeux des futurs mères.

2. L'étude en pratique :

Pour mettre en place cette étude, je vais m'entretenir avec des mères, après la naissance de leur enfant dans le service de suites de couches de la maternité de xx. Ces entretiens auront lieu au 2^{ème} jour après l'accouchement, ils dureront entre 15min et 30min environ et nous aborderons les échographies qu'elles ont pu vivre pendant cette grossesse ainsi que des thèmes connexes. J'enregistrerais les entretiens à l'aide d'un dictaphone afin de retranscrire et analyser les données puis, une fois ce travail terminé, je les supprimerais.

3. Confidentialité et sécurité des données :

Vos données personnelles seront identifiées par un numéro d'anonymat. Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel.

- ➔ Conformément aux dispositions de Règlement Européen de Protection des Données personnelles (RGPD) entré en vigueur le 25 mai 2018 et la loi Informatique et Libertés n°2018-493 promulguée le 20 Juin 2018, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration auprès du Délégué à la Protection des Données (DPD) de l'établissement.

4. Vos droits :

Votre participation à cette étude est libre et volontaire. Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

Conformément au RGPD et à la récente loi Informatique et Libertés du 20 Juin 2018, vous avez le droit d'avoir communication des données vous concernant et le droit de demander éventuellement l'effacement de ces données si vous décidez d'arrêter votre participation à l'étude. Vous avez également la possibilité de vérifier l'exactitude des informations que vous aurez fournies et la possibilité de demander éventuellement leur correction. Ces droits pourront s'exercer à tout moment en adressant une demande écrite à : xx

5. Obtention d'informations complémentaires :

Si vous le souhaitez, vous pourrez durant toute la durée de l'étude contacter les responsables pour obtenir des précisions ou des informations complémentaires : xx

Pour toute question relative à la protection de vos données personnelles : vous pouvez contacter le délégué à la protection des données : xx

ANNEXE VI : Formulaire de consentement écrit des patientes :

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT (Exemplaire patient)

Les déterminants de la satisfaction maternelle concernant le suivi échographique prénatal

Directeur du mémoire : xx mail : [xxxx](#)

Investigateur : ALBRECHT Angélique, mail : [xxxx](#)

L'étudiante sage-femme Angélique ALBRECHT,
Adresse : xx

M'a proposé de participer à l'étude intitulée : « *Les déterminants de la satisfaction maternelle concernant le suivi échographique prénatal* »

J'ai lu et compris la lettre d'information dont j'ai reçu un exemplaire. J'ai compris les informations écrites et orales qui m'ont été communiquées. L'étudiante sage-femme a répondu à toutes mes questions concernant l'étude. J'ai bien noté que je pourrai à tout moment, poser des questions ou demander des informations complémentaires à l'étudiante sage-femme qui m'a présenté l'étude.

J'ai eu le temps nécessaire pour réfléchir à mon implication dans cette étude. Je suis consciente que ma participation est entièrement libre et volontaire. J'ai compris que les frais spécifiques à l'étude ne seront pas à ma charge.

Je peux à tout moment décider de quitter l'étude sans motiver ma décision et sans qu'elle n'entraîne de conséquences dans la qualité de ma prise en charge et sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

J'ai compris que les données collectées à l'occasion de cette recherche seront protégées dans le respect de la confidentialité. Elles pourront uniquement être consultées par les personnes soumises au secret professionnel appartenant à l'équipe de l'étude de l'étudiante sage-femme.

J'accepte le traitement informatisé des données à caractère personnel me concernant dans les conditions prévues par la loi informatique et liberté. J'ai été informée de mon droit d'accès et de rectification des données me concernant par simple demande auprès de l'étudiante sage-femme responsable de l'étude.

J'accepte librement et volontairement de participer à cette recherche, dans les conditions établies par la loi, et telles que précisées dans la lettre d'information qui m'a été remise.

J'ai compris que je n'ai pas le droit de citer quelqu'un nominativement (nom et/ou prénom) afin de garantir l'anonymat de ces personnes.

J'accepte de participer à l'étude intitulée « *Les déterminants de la satisfaction maternelle concernant le suivi échographique prénatal* »

Nom et prénom :

Courriel (si besoin de vous contacter par mail)

Numéro de téléphone :

Numéro d'anonymat de la patiente :

Je refuse de participer à l'étude intitulée « *Les déterminants de la satisfaction maternelle concernant le suivi échographique prénatal* »

Fait à xx , le :

Signature de la patiente

Signature du chercheur :

ET SI ON PARLAIT DES ÉCHOGRAPHIES PRÉNATALES ?



> Comment ça marche les échographies ?

L'échographie est un examen d'imagerie médicale indolore qui permet d'obtenir une image du fœtus et des annexes (liquide amniotique et placenta) à travers la paroi abdominale maternelle grâce à des ultrasons émis par une sonde et renvoyés par le fœtus.



> Est-ce que les ondes sont dangereuses pour mon bébé ?

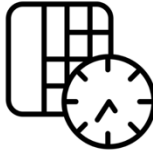
NON : les ondes ultrasonores ne sont pas dangereuses ni pour la mère ni pour le fœtus, à condition de les réaliser strictement dans un cadre médical avec des professionnels de santé habilités à faire des échographies obstétricales.



> Combien je dois en faire en tout ?

Dans une grossesse physiologique, il y a 3 échographies recommandées, ces examens ne sont pas obligatoires.

Des échographies supplémentaires pourront vous être proposées dans certaines situations pour contrôler certains facteurs. Ce nouvel examen ne signifie pas pour autant que le fœtus est atteint d'une pathologie, il s'agit d'une vérification.



> À quoi ça sert de faire des échographies ?

Cet examen a de nombreux objectifs :

- Déterminer la date du début de grossesse
- Identifier les grossesses multiples
- Évaluer et surveiller le développement, la vitalité et le bien-être du fœtus
- Dépister des éventuelles malformations fœtales
- Localiser le placenta et évaluer la quantité de liquide amniotique



> Quel professionnel peut les réaliser ?

Les échographies peuvent être réalisées par :

- Une sage-femme*
- Un gynécologue-obstétricien
- Un radiologue
- Un médecin généraliste*

* A condition d'avoir un diplôme complémentaire d'échographie



> Est-ce qu'on peut tout voir grâce aux échographies ?

NON : l'échographie n'est pas infaillible, elle ne permet de détecter que 2/3 des anomalies importantes, c'est pourquoi certains examens complémentaires ou de contrôle peuvent être réalisés. Les mesures effectuées ainsi que les estimations de poids du fœtus sont soumises à des marges d'erreur de $\pm 10\%$.



> C'est quoi une échographie 3D ?

Les images sont en 3 dimensions et permettent donc de reproduire des volumes ce qui donne des images plus réalistes. Les échographies 3D peuvent être utiles à des fins diagnostiques.



Pour toute autre question, n'hésitez pas à vous adresser au professionnel qui effectue votre suivi échographique.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Conseil National des Sages-Femmes de France (CNSF). Les pratiques professionnelles des sages-femmes concernant l'échographie [Internet]. cnsf.asso.fr. 2019 [cité 31 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.cnsf.asso.fr/pratiques-professionnelles/echographie/>
- [2]. Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM), Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS). Enquête nationale périnatale : rapport de 2016 [Internet]. epopé-inserm.fr. 2017 [cité 28 déc 2018]. Disponible sur: http://epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
- [3]. Descamps C, Jurga K. Quel est l'impact de l'échographie prénatale de dépistage sur le vécu psychologique de la femme enceinte ainsi que sur l'attachement à l'enfant à naître? [Thèse d'exercice : Sage-femme]. [Genève] : Haute école de Genève; 2012.
- [4]. Haute Autorité de Santé (HAS). Rapport d'évaluation technologique : Échographies foetales à visée médicale et non médicale : définitions et compatibilité [Internet]. has-sante.fr. 2012 [cité 28 avr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-06/rapport_echographies_foetales_vde.pdf
- [5]. Conférence Nationale d'Échographie Obstétricale et Foetale (CNEOF). L'échographie de dépistage prénatal [Internet]. cfef.org. 2016 [cité 28 avr 2019]. Disponible sur: <http://www.cfef.org/archives/bricabrac/cneof/rapportcneof2016.pdf>
- [6]. Sureau C, Henrion R. Rapport du Comité National Technique de l'Échographie de Dépistage Prénatal (CNTEP) [Internet]. cfef.org. 2005 [cité 2 déc 2018]. Disponible sur: <http://www.cfef.org/archives/lettres/DocusCTE/rapportCTE.pdf>
- [7]. Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé du CHU de Québec-Université Laval. Utilisation de l'échographie obstétricale pour le suivi d'une grossesse normale : recension des recommandations et des pratiques. 2017.
- [8]. Article R4127-318. Code de Santé publique (2012)
- [9]. Schilte C, Frydman R. Attendre bébé. Paris: Hachette Pratique; 2012.
- [10]. DRESS, Collet M. Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. Études et résultats. 2008;(660):1-6.
- [11]. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CGNOF). Le grand livre de ma grossesse. Saint-Germain: Eyrolles; 2012.
- [12]. Santé Canada. Principes d'utilisation des ultrasons à des fins diagnostiques. [Internet]. cfef.org. 2001 [cité 19 mars 2020]. Disponible sur: https://www.cfef.org/texte_divers/Utilisation-des-ultrasons-Bureau-Sante-Canada.pdf

- [13] Collège Français d'Échographie Foetale (CFEF). L'échographie spectacle [Internet]. cfef.org. 2004 [cité 20 avr 2019]. Disponible sur: https://www.cfef.org/texte_divers/communiquecfef01.pdf
- [14] CNGOF, Lansac J. Les échographies foetales commerciales : un scandale sanitaire ? [Internet]. cngof.fr. 2011 [cité 19 mars 2020]. Disponible sur: http://www.cngof.fr/images/cngof/presse/111205_Echographie_commerciale.pdf
- [15]. Huvier E. Vécu des parents lors des deux premiers rendez-vous échographiques dans le cadre d'une grossesse physiologique [Mémoire : Sage-femme]. [Rouen]: École de Sages-Femmes de Rouen;2016.
- [16]. Øyen L, Aune I. Viewing the unborn child : pregnant women's expectations, attitudes and experiences regarding fetal ultrasound examination. *Sex Reprod Healthc.* 2016;7:8-13.
- [17]. Cailleau F. Percer le secret de la grossesse : de la transparence du corps à la transparence psychique. *Cahiers de psychologie clinique.* 2009; 32:75-87.
- [18]. Merg D, Bader C. Le vécu parental de l'image échographique du fœtus. *Revue des sciences sociales.* 2005;34:9.
- [19]. Petersen JJ, Paulitsch MA, Guethlin C, Gensichen J, Jahn A. A survey on worries of pregnant women : testing the German version of the Cambridge Worry Scale [Internet]. *BMC Public Health.* 2009 [cité 2 déc 2018]. Disponible sur: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-9-490>
- [20]. Lalor JG, Devane D. Information, knowledge and expectations of the routine ultrasound scan. *Midwifery.* 2007;23(1):13-22.
- [21]. Nykänen M, Vehviläinen-Julkunen K, Klemetti R. The expectations of antenatal screening and experiences of the first-trimester screening scan. *Midwifery.* 2017;47:15-21.
- [22]. Ekelin M, Crang-Svalenius E, Dykes A-K. A qualitative study of mothers' and fathers' experiences of routine ultrasound examination in Sweden. *Midwifery.* 2004;20(4):335-44.
- [23]. Garcia J, Bricker L, Henderson J, Martin M-A, Mugford M, Nielson J, et al. Women's views of pregnancy ultrasound : a systematic review. *Birth.* 2002;29(4):225-50.
- [24]. Missonnier S. L'enfant virtuel et l'échographie obstétricale. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence.* 2007;68(2):93-106.
- [25]. Viaux-Savelon S. La parentalité échographique. *Dialogue.* 2013;199(1):19-31.

- [26]. Soubieux M-J, Soulé M. La psychiatrie foetale. Paris: Presses Universitaires de France; 2005.
- [27]. Bowlby J. The nature of the child's tie to his mother. *Int Rev Psychoanal.* 1958;(39):350-73.
- [28]. Figueiredo B, Costa R, Pacheco A, Conde A, Teixeira C. Anxiété, dépression et investissement émotionnel de l'enfant pendant la grossesse. *Devenir.* 2007;19(3):243-60.
- [29]. Shieh C, Kravitz M, Wang HH. What do we know about maternal-fetal attachment ? *Kaohsiung J Med Sci.* 2001;17(9):448-54.
- [30]. Larousse. Le grand Larousse illustré. Paris: Larousse; 2017
- [31]. HAS. Rapport Expérience Patient [Internet]. has-sante.fr. 2011 [cité 30 mai 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1055814/fr/rapport-experience-patient-avril-2011
- [32]. Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES). La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ? IRDES ; 2008 p. 1-20.
- [33]. Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée [Internet]. legifrance.gouv [cité 30 mai 2019] Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000742206>
- [34]. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. *JORF n°0054 (2002).*
- [35]. Ministère des Solidarités et de la Santé. Plan de périnatalité 2005-2007 [Internet]. solidarites-sante.gouv. 2004 [cité 30 mai 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf
- [36]. Alfaro Blazquez R, Corchon S, Ferrer Ferrandiz E. Validity of instruments for measuring the satisfaction of a woman and her partner with care received during labour and childbirth : systematic review. *Midwifery.* 2017;55:103–112.
- [37]. Merkouris A, Ifantopoulos J, Lanara V, Lemonidou C. Patient satisfaction : a key concept for evaluating and improving nursing services. *J Nurs Manag.* 1999;7(1):19-28.
- [38]. Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Sci Med.* 1982;16(5):577-82.
- [39]. Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Rådestad I. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth.* 2004;31(1):17-27.

- [40]. Inspection générale des affaires sociales. Mesure de la satisfaction des usagers de établissements de santé [Internet]. reseauprosante.fr. 2007 [cité 30 mai 2019]. Disponible sur: <https://reseauprosante.fr/files/santepublique/Mesure-de-la-satisfaction-des-usagers-des-etablissements-de-sante.pdf>
- [41]. Roman I. Qualitative methods for determining students' satisfaction with teaching quality. *Procedia Soc Behav Sci.* 2014;149:825-30.
- [42]. Redshaw M. Women as consumers of maternity care : measuring "Satisfaction" or "Dissatisfaction"? *Birth.* 2008;35(1):73-6.
- [43]. Harvey S, Rach D, Stainton MC, Jarrell J, Brant R. Evaluation of satisfaction with midwifery care. *Midwifery.* 2002;18(4):260-7.
- [44]. Hildingsson I, Rådestad I. Swedish women's satisfaction with medical and emotional aspects of antenatal care. *J Adv Nurs.* 2005;52(3):239-49.
- [45]. Whitworth M, Bricker L, Mullan C. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;7(CD007058):8-82.
- [46]. Touré L. Présentation des techniques d'enquêtes qualitatives [Internet]. *usi.umontreal.ca.* 2010 [cité 16 déc 2019]. Disponible sur: http://www.usi.umontreal.ca/pdf/2010/bulletin_octobre/formation_observatoire.pdf
- [47]. Savoie-Zajc L. Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? *Recherches Qualitatives.* 2007;(HS5):99-111.
- [48]. Bailey J. First steps in qualitative data analysis: transcribing. *Family Practice.* 2008;25(2):127-31.
- [49]. Andreani J-C, Conchon F. Méthodes d'analyse et d'interprétation des études qualitatives : État de l'art en marketing. 1999.
- [50]. Méliani V. Choisir l'analyse par théorisation ancrée : illustration des apports et des limites de la méthode. *Recherches qualitatives.* (15):435-52.
- [51]. Chiodo M, Carme M. L'enfant en imagerie : quelle place pour les parents ? *Urgences.* 2013;1-9.
- [52]. Wulveryck C, Brzychcy C, Corbillon A. Le vécu de l'échographie par les couples : étude de son impact sur leurs représentations de l'enfant à naître. *Revue de médecine périnatale.* 2014;6(4):258-64.
- [53]. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS). Utilisation non médicale des dispositifs médicaux d'échographie au cours de la grossesse [Internet]. *ansm-sante.fr.* 2005 [cité 19 mars 2020]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Utilisation-non-medicale-des-dispositifs-medicaux-d-echographie-au-cours-de-la-grossesse-Point-d-information>

- [54]. Blazy M. Le bébé virtuel, les parents, la grossesse et l'obstétricien. Spirale. 2011;60(4):51-4.
- [55]. Fellous M. Explorer le ventre fécond de la mère. Revue française de psychosomatique. 2004;26(2):83-97.
- [56]. Martinez M. Compétences de la sage-femme dans le suivi de grossesse physiologique : quelle information en ont les femmes ? [Mémoire : Sage-femme]. [Nîmes]: École de Sages-Femmes de Nîmes; 2019.

RÉSUMÉ :

Introduction : En France, l'échographie obstétricale a pris une part importante dans le suivi de grossesse. Le nombre moyen d'échographies par grossesse est supérieur aux recommandations et il ne cesse d'augmenter. S'assurer de la satisfaction des femmes vis-à-vis de cet examen est devenu un problème de santé publique, c'est pourquoi l'objectif principal de l'étude était de connaître les déterminants de la satisfaction maternelle concernant le suivi échographique prénatal d'une grossesse physiologique.

Méthode : Une étude qualitative, de type descriptive et interprétative a été réalisée grâce à des entretiens semi-directifs menés auprès de vingt patientes en suites de couches dans une maternité d'Auvergne-Rhône-Alpes. Ces entretiens ont ensuite été analysés de manière thématique.

Résultats : Il y avait quatre déterminants principaux de cette satisfaction : les caractéristiques du professionnel de santé, le bon déroulement des échographies, les émotions suscitées par l'échographie et la différence entre le suivi libéral et hospitalier. Les raisons décrites par les femmes non satisfaites étaient des problèmes organisationnels (rendez-vous reprogrammés, difficiles à prendre), un changement d'intervenant en cours de suivi, un manque d'informations et de communication de la part de l'échographe.

Discussion : Toutes les patientes n'ont pas le même nombre d'échographies ni le même type de suivi donc elles n'ont pas toutes accès au même degré d'information. Ce manque d'informations semble être un point clé influençant leur satisfaction. Pour répondre à cette problématique et uniformiser le discours, une affiche d'information sur les échographies prénatales a été élaborée dans le cadre de cette étude.

Mots-clés : satisfaction, échographie prénatale, amélioration, sage-femme, suivi de grossesse

SUMMARY :

Background : Obstetric ultrasound has been taking an important place in the pregnancy follow-up in France. The average number of ultrasounds per pregnancy is higher than the recommended three ultrasounds and it keeps increasing. Ensuring women's satisfaction with this examination has become a public health issue, this is why the main objective of the study was to know the determinants of maternal satisfaction regarding prenatal ultrasound follow-up of a physiological pregnancy

Study design : A qualitative descriptive and interpretive study was carried out thanks to semi-directive interviews conducted with twenty patients in a maternity ward in Auvergne-Rhône-Alpes. These interviews were then analysed in a thematic manner.

Results : There were four main determinants of this satisfaction: the characteristics of the healthcare professional, the smooth conduct of ultrasound examinations, the emotions caused by ultrasounds and the differences between liberal and hospital follow-up. The reasons reported by dissatisfied women were organizational problems (such as rescheduled appointments, difficult taking them), a change of sonographer during follow-up, a lack of information and communication from the sonographer.

Discussion : Not all patients had the same number of ultrasounds and the same type of follow-up, so not all patients had access to the same level of information. This lack of information seems to be a key point that influences their satisfaction. To respond to this request and to standardize the speech, a prenatal ultrasound information poster was made as part of this study.

Keywords : satisfaction, prenatal ultrasound, improvement, midwife, pregnancy follow-up