



HAL
open science

Entre attentes maternelles et objectifs médicaux : l'échographie foetale est-elle source de malentendus ?

Lucile Cosson Abiola

► To cite this version:

Lucile Cosson Abiola. Entre attentes maternelles et objectifs médicaux : l'échographie foetale est-elle source de malentendus ?. Ethique. 2021. dumas-03531230

HAL Id: dumas-03531230

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03531230v1>

Submitted on 18 Jan 2022

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme de Master. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

UNIVERSITÉ DE PARIS

Faculté de santé

UFR Santé - Médecine

École Ethics, research, translations (ETRES)

Année 2020-2021

N° 2021REM04

Mémoire POUR LE DIPLÔME de master 2 Éthique médicale et bioéthique

Présenté et soutenu publiquement le : 21 juin 2021

Par

Lucile COSSON-ABIOLA

**ENTRE ATTENTES MATERNELLES ET OBJECTIFS MÉDICAUX :
L'ÉCHOGRAPHIE FŒTALE EST-ELLE SOURCE DE MALENTENDUS ?**

Dirigée par M. le Professeur Viallard Marcel-Louis et Mme Michon Marie

JURY

Mme la Professeur Marie-France MAMZER, PU-PH

Présidente du jury

Mr Bernard ENNUYER, Chercheur HDR

Mme Caroline Desprès, Chercheuse

Mr Jean-Claude K.Dupont, Chercheur

Mme Marie Michon, ATER en philosophie



REMERCIEMENTS

À Mme la Pr MAMZER, je vous remercie très sincèrement pour la qualité de votre enseignement et votre confiance. Je vous suis très reconnaissante de m'avoir donné l'opportunité d'accéder à ces deux années d'apprentissage, de remises en question et d'évolution.

À Mr le Pr VIALARD pour son accompagnement sans faille, son soutien, sa disponibilité, et son implication dans ce projet de mémoire.

À Mr ENNUYER pour son écoute et ses conseils bienveillants.

À toute l'équipe pédagogique du laboratoire pour leur disponibilité, leurs riches enseignements, et leurs éclairages pertinents.

À Mme MICHON, qui a su m'entourer, m'éclairer, m'encourager, mais également pour la justesse de ses critiques, pour sa culture, pour sa rigueur, pour sa curiosité et pour son intérêt. Je vous adresse ma sincère gratitude et mon admiration.

J'aimerais ici aussi remercier les parturientes qui ont accepté de m'accorder du temps pour ces entretiens et pour la sincérité de leurs propos.

Je tiens également à remercier tous les étudiants qui ont partagé avec moi cette année particulière, et avec qui nous avons réussi à maintenir un lien malgré tout. Je remercie tout particulièrement Laura pour ses encouragements et sa bienveillance, Julie pour sa fraîcheur et sa spontanéité, et enfin Léa pour son humour et pour Léo.

À Éric, Zélie et Anouk.

« Être, c'est technaître » *Stéphane Vial, philosophe*

RÉSUMÉ

Entre attentes maternelles et objectifs médicaux : l'échographie fœtale est-elle source de malentendus ?

Résumé :

L'échographie fœtale est l'examen incontournable du suivi de grossesse. Elle revêt une importance à la fois pour les soignants de la périnatalité ; mais également pour les femmes et/ou les couples. La littérature sur ce sujet s'intéresse aux aspects psychiques, mais également aux enjeux éthiques autour de cet examen particulier. Certains auteurs ont décrit un malentendu autour de l'échographie fœtale notamment autour de ses objectifs : objectifs médicaux normés par les exigences professionnelles et déontologiques et les objectifs maternels axés sur l'affect, la rencontre.

Dans cette étude, nous avons souhaité interroger ce malentendu auprès des parturientes, avant l'échographie du premier trimestre. Pour cela, des entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de femmes. Les objectifs de ce travail de recherche étaient d'identifier, et de comprendre leurs attentes maternelles de cet examen échographique et, afin de mieux saisir le contexte, d'évaluer également leurs connaissances et l'information médicale reçue.

Il apparaît que les femmes interrogées expriment le besoin de visualiser leur fœtus afin de concrétiser leur grossesse et les rassurer sur le statut évolutif de celle-ci. Leurs connaissances de l'examen échographique sont partielles et l'information médicale assez pauvre. Toutefois, il semble finalement qu'elles soient plutôt conscientes des enjeux médicaux même si ceux-ci ne sont pas clairement explicites et/ou explicités. Ainsi, dans notre étude, nous ne retrouvons que partiellement le malentendu décrit dans la littérature, il nous paraîtrait plus judicieux de qualifier cela de décalage entre les attentes maternelles et les objectifs médicaux de l'échographie fœtale. Et, finalement, il nous semble que ce décalage est plutôt classique et normal, car les projections affectives ne sont pas les mêmes. Toutefois, il apparaît que l'information médicale autour de l'échographie fœtale, afin d'obtenir le consentement maternel pour les différents dépistages, mériterait d'être réfléchi pour ensuite être améliorée.

Discipline ou spécialité : [Sciences du Vivant [q-bio] / Éthique]

Mots clés français : échographie fœtale, objectifs médicaux et maternels, information médicale, image en médecine.

Between maternal expectations and medical objectives: is fetal ultrasound a source of misunderstanding?

Abstract :

Fetal ultrasound is a major examination in pregnancy follow up. It is important for both prenatal nursing staff: screening of fetal anomalies, delivery term, monitoring and also for women/couples. Publications on this subject focus on psychological aspects but also on ethical stakes surrounding this specific examination.

Some writers have been describing a misunderstanding regarding the purposes of fetal ultrasound: medical objectives standardized with professional and ethical requirements and material goals based on emotions and encounter.

In this study, we have chosen to question this misunderstanding with women giving birth, before their ultrasound exam. In order to do so, we have arranged meetings with women, before their first quarter ultrasound, to ask them about their expectations and feelings.

The purposes of this work were to identify and understand maternal expectations with regards to this ultrasound exam and also to evaluate their knowledge as well as the medical information given, in order to have a better understanding of the context.

It appears that women need to visualize their fetus in order to make their pregnancy a reality and be reassured on the positive evolution of the pregnancy. They have a partial knowledge of ultrasound examination and the medical information is quite poor. However it seems that in the end, they are quite aware of medical stakes even though the latter are not clearly meaningful.

Consequently, in our study, we could only find a partial misunderstanding with regards to the misunderstanding described in publications, we think therefore that it is more accurate to qualify this misunderstanding as a discrepancy between maternal expectations and the medical objectives of ultrasound examinations. It appears to us that, in the end, this discrepancy is quite classic and normal, as emotions are not all the same. However it seems that the medical information surrounding fetal ultrasound, so as to obtain maternal consent for various screenings, should be pondered in order to be improved.

English keywords: fetal ultrasound, medical and maternal purposes, medical information, images in medicine.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

- IMG: Interruption Médicale de Grossesse
- CPDPN: Centre Puridisciplinaire de Diagnostic Prénatal
- HAS: Haute Autorité de Santé
- CTE: Comité national Technique de l'Échographie anténatale de dépistage
- IVG: Interruption Volontaire de Grossesse
- ANAES: Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Évaluation de la Santé
- CNGOF: Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France
- RNIPH: Recherche N'Impliquant pas la Personne Humaine
- CNIL: Commission Nationale Informatique et Liberté
- APHP: Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
- IRB : Institutional Review Board
- GEU: Grossesse Extra Utérine
- FCS: Fausse Couche Spontanée
- PLA : Ponction de Liquide Amniotique
- BVC : Biopsie de Villosités Chorales

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	3
1 : CONTEXTUALISATION	4
1.1 L'ECHOGRAPHIE FŒTALE.....	4
1.1.1 <i>Technique et pratique</i>	4
1.1.2 <i>Objectifs médicaux de l'échographie fœtale</i>	6
1.2 L'IMAGE EN MEDECINE	10
1.2.1 <i>Image en médecine : historique</i>	11
1.2.2 <i>Image échographique du fœtus</i>	14
1.3 LES ASPECTS PSYCHIQUES ET SOCIAUX.....	15
1.3.1 <i>Aspects psychiques de l'échographie fœtale</i>	15
1.3.2 <i>Aspects sociologiques de l'échographie fœtale</i>	19
1.4 L'INFORMATION MEDICALE	21
1.4.1 <i>Recommandations</i>	21
1.4.2 <i>Limites</i>	23
2 : PROBLÉMATISATION ET MÉTHODOLOGIE	27
2.1 LA PROBLEMATISATION	27
2.2 LA METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	28
2.2.1 <i>Qualification de la recherche</i>	28
2.2.2 <i>Méthodologie de l'étude et population</i>	29
2.3 GUIDE D'ENTRETIEN	30
2.4 DONNEES	32
3 : RÉSULTATS DE LA RECHERCHE	33
3.1 LE DEROULEMENT DE L'ETUDE	33
3.2 LA POPULATION DES FEMMES	34
3.3 LES RESULTATS THEMATIQUES.....	36
3.3.1 <i>Vécu des femmes avant l'échographie</i>	36
3.3.2 <i>Attentes maternelles autour de l'échographie fœtale</i>	40
3.3.4 <i>Connaissances maternelles de l'échographie fœtale</i>	47
4 : DISCUSSION	53
4.1 LA METHODOLOGIE	53
4.1.1 <i>Points forts de l'étude</i>	53

4.1.2 Limites de l'étude.....	54
4.2 LE VECU DES FEMMES	54
4.2.1 Vécu du début de grossesse.....	54
4.2.2 Sentiments avant l'échographie.....	56
4.2.3 Imaginaire autour de l'échographie	56
4.3 LES ATTENTES MATERNELLES	58
4.3.1 Statut de la grossesse et développement fœtal	58
4.3.2 Rôles et utilisations des images.....	59
4.4 LES CONNAISSANCES MATERNELLES ET L'INFORMATION MEDICALE	63
4.4.1 Connaissances maternelles.....	64
4.4.2 Information médicale	65
CONCLUSION	70
BIBLIOGRAPHIE	75
TABLE DES FIGURES.....	80
TABLE DES TABLEAUX.....	81
ANNEXES.....	82

INTRODUCTION

Dans le domaine de l'anténatal et du suivi de grossesse, l'échographie fœtale est l'examen d'imagerie de prédilection, et ce pour plusieurs raisons : la surveillance de la croissance et le bien-être fœtal, le dépistage d'anomalies fœtales, et la prévention des complications obstétricales en lien avec les insertions placentaires, les malformations utérines ou encore la position du fœtus *in utero*. Les images échographiques du fœtus ainsi obtenues sont de plus en plus précises, permettant d'affiner plus encore le dépistage et les diagnostics, mais aussi de rendre l'image du fœtus *in utero* de plus en plus réelle. L'échographie fœtale revêt alors différentes dimensions, bien au-delà de l'aspect médical : une dimension émotionnelle et affective, une dimension psychologique, sociale ou encore projective. Des soignants de la périnatalité se sont interrogés sur les enjeux maternels de la visualisation du fœtus *in utero*, alors qu'il n'est pas encore né : angoisse, parentalisation précoce, projections parfois inadaptées, pulsion scopique...(1). Par ailleurs, l'image échographique fœtale a envahi le quotidien visuel par l'intermédiaire des réseaux sociaux, des forums ou encore de la publicité. L'image médicale est ainsi complètement détournée de son usage originel. Or, les objectifs de cette visualisation sont avant tout d'ordre médical répondant à des normes et recommandations professionnelles très précises.

Étant sage-femme, non-échographiste, j'ai souvent été confrontée à des femmes ne comprenant pas l'annonce d'une anomalie fœtale alors qu'elles venaient *voir* leur bébé, ou encore entendu mes collègues échographistes être en difficulté face à ces situations, décrivant un fossé sur les objectifs de l'échographie fœtale et les attentes maternelles de celle-ci. La littérature sur ce sujet confirme la présence de ce *malentendu* autour des objectifs échographiques dans la surveillance de la grossesse.

J'ai donc voulu connaître l'avis des parturientes sur leurs attentes de l'échographie fœtale du premier trimestre pour venir apporter leur éclairage sur ce *malentendu*, en essayant de baliser les différents enjeux autour de l'échographie : leurs ressentis, leurs utilisations des images, ou encore leurs connaissances sur l'échographie.

1 : CONTEXTUALISATION

1.1 L'échographie foetale

1.1.1 Technique et pratique

L'échographie est une technique d'imagerie employant des ultrasons, ce qui entraîne l'apparition d'images virtuelles par l'absorption et la réflexion des ultrasons sur les tissus, donc sur les organes à étudier. Ces images permettent ainsi la visualisation de l'intérieur du corps pour en étudier les organes: leur taille, leurs limites, leurs contours, leurs irrégularités, etc...

(1) L'aspect de l'image, reconstituée par le renvoi des ultrasons, dépend du type de tissus, ainsi sa densité modifiera l'aspect de l'image : plus blanc, plus gris, plus noir par exemple. Une observation de l'organe peut se faire dans un processus dynamique, en temps réel avec les différentes positions des interfaces entre tissus et ultrasons. Ceux-ci sont dirigés vers l'organe, en fonction de la coupe souhaitée, par l'échographiste grâce à une sonde externe, l'examen est indolore. La réflexion de ces ondes sur les tissus retourne vers le capteur et entraîne un signal électrique. La multiplication des signaux est ensuite analysée par un ordinateur qui reconstitue virtuellement une image, dans le plan de balayage de la sonde échographique par l'opérateur (1,2).

Ainsi, l'échographie est devenue l'examen complémentaire de prédilection pour observer « l'intérieur de la femme enceinte », c'est-à-dire pour observer son fœtus *in utero*. La technique échographique a, par ailleurs, extrêmement évolué depuis les années 90 et permet maintenant de visualiser ce que nous ne pouvions voir uniquement à la naissance : le futur bébé (2). Si elle est indolore dans la plupart des cas, une sonde endovaginale peut être utilisée dans certains cas (grossesse trop précoce ou obésité maternelle provoquant une mauvaise transmission abdominale des ultrasons). L'image échographique peut dorénavant être visualisée en 2D, mais également en 3D voire en 4D.

L'examen du fœtus est devenu alors possible, grâce à ces progrès et ainsi, le fœtus devient un véritable patient à part entière qui sera étudié afin de diagnostiquer des anomalies ou malformations multiples. Ce dépistage devient de plus en plus précis au fil des progrès

techniques, scientifiques et numériques (3,4). Ainsi, se développent la médecine fœtale et le diagnostic anténatal. Certes, cet examen est d'apparence simple, non douloureux mais l'utilisation d'ultrasons et leur impact sur le fœtus ont été questionnés. En effet, les ultrasons peuvent avoir un effet thermique en traversant les tissus : ils provoquent un échauffement tissulaire (5,6). Or, celui-ci est difficilement évaluable pour les tissus fœtaux, mais il dépend des réglages de l'appareil par l'opérateur et de la durée de l'exposition du tissu aux ultrasons. Un deuxième effet est la cavitation acoustique : l'apparition de bulles par la succession de pressions dans les liquides. Ces effets semblent *a priori* écartés par les différentes études (2,5,6). Il n'existe donc pas d'effets néfastes objectivés à la pratique obstétricale de l'échographie dans une pratique modérée. La HAS (Haute Autorité de Santé) indique toutefois que les fonctions sensorielles du fœtus sont mal connues donc mal évaluées ; même si l'impact échographique sur celles-ci ne semble pas significatif, il est prudent et raisonné de penser que la multiplication des échographies, lorsque cela n'est pas médicalement nécessaire, n'est pas souhaitable (5). La HAS recommande ainsi, en 2012 « *l'évaluation scientifique de l'ensemble des risques (physique et non physique) associés à la pratique des échographies fœtales* » (5) p 69.

Son remboursement effectif par l'arrêté du 16 juin 1994, relatif à la nomenclature des actes professionnels va entériner son rôle primordial dans le suivi de grossesse et le dépistage anténatal d'anomalies fœtales (7) . La pratique de l'échographie fœtale est encadrée par le Code de Santé Publique (8), celle-ci ne peut être pratiquée que par des médecins (Gynécologue-obstétricien, radiologue, médecin généraliste) ou par des sages-femmes ayant obtenu un diplôme spécifique en échographie obstétricale et gynécologique (9). Les recommandations professionnelles préconisent trois échographies dans le suivi prénatal de la grossesse normale (une par trimestre) (10). Elles ne sont pas obligatoires, mais systématiquement proposées et les femmes y adhèrent massivement : l'enquête périnatale de 2016 montre que seul 0,1% des femmes n'ont eu aucune échographie pendant leur suivi de grossesse et le nombre moyen d'échographies est supérieur aux recommandations puisqu'il est de 5,5 ($\pm 2,8$) alors même que la majorité des grossesses sont normales (11).

Par ailleurs, l'échographie se pratique en cabinet ou en consultation dans les établissements de santé avec, le plus souvent deux écrans : un pour l'échographiste et un pour la patiente

et/ou le couple. La femme est en position allongée, l'opérateur se situe à sa droite ou sa gauche.

Ainsi, l'image échographique foetale fait partie intégrante du suivi de grossesse et du paysage de la périnatalité.

1.1.2 Objectifs médicaux de l'échographie foetale

Il est tout d'abord indispensable de bien distinguer les deux typologies d'échographie dont les objectifs sont différents : *l'échographie systématique dite de dépistage* qui concerne toutes les patientes et qui permet de repérer les principales pathologies ou anomalies du fœtus ou de la parturiente et *l'échographie dite de deuxième intention ou de diagnostic* qui concerne les patientes chez lesquelles un ou plusieurs signes ont été dépistés à l'échographie de dépistage ou parce qu'il existe des antécédents particuliers. Cette échographie de diagnostic est pratiquée par un échographiste de référence exerçant dans un CPDPN (Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal) (5). Ainsi, le dépistage échographique permet une détection d'anomalies fœtales ou maternelles entraînant une prise en charge adaptée : suivi en médecine fœtale, prise en charge de l'accouchement dans une structure adaptée, interventions *in utero*, ou encore possibilité d'interrompre la grossesse devant des anomalies d'une particulière gravité et après l'avis d'un CPDPN (12).

Nous aborderons ici les objectifs principaux de l'échographie de dépistage. Ils sont multiples et sont polarisés sur deux aspects : les objectifs maternels et les objectifs fœtaux. Les objectifs maternels se situent essentiellement autour du dépistage de certaines malformations utérines, de pathologies utérines entraînant potentiellement des complications pendant la grossesse ou encore de la localisation placentaire pouvant être source de difficultés obstétricales (10). Les objectifs fœtaux sont multiples et s'étalent sur un très large champ d'anomalies ou de pathologies (anatomiques, chromosomiques, génétiques etc...)

Avant tout, l'échographie permet de qualifier la grossesse (par exemple : simple, multiple, endo-utérine, etc.) et de vérifier son évolutivité par la présence d'une activité cardiaque fœtale, mais aussi de la dater en fonction des biométries fœtales. Les autres objectifs de l'échographie obstétricale s'articulent autour d'un dépistage de pathologies fœtales, en fonction du trimestre de la grossesse et de l'évolution fœtale. Mais tout le long de la grossesse,

la croissance et la vitalité du fœtus seront évaluées en fonction des normes de référence et la circulation fœto-placentaire est également vérifiée, car celle-ci est indispensable au bon développement fœtal. Ces normes professionnelles sont apparues dans les années 2000, suite à l'affaire dite Perruche. En effet, la pratique échographique avant ces années était quelque peu anarchique avec une disparité d'accès en fonction du territoire et les recommandations professionnelles étaient anecdotiques et non astreignantes (13).

En novembre 2000, la Cour de cassation, après une longue bataille judiciaire débutée dans les années 90, émet un arrêt dit « Arrêt Perruche » (13). Des parents ont intenté un procès contre des médecins (un biologiste et un gynécologue-obstétricien) au nom de leur enfant porteur d'un lourd handicap suite à une rubéole congénitale. Nous ne détaillerons pas ici toute la longue procédure judiciaire qui a duré quasiment 20 ans, mais l'arrêt Perruche a joué un grand rôle dans la pratique échographique et dans sa vision par la société puisque ce procès a été très médiatisé. Les parents, dans cette affaire, ont mis en avant la faute des médecins de ne pas avoir détecté la pathologie maternelle, ce qui les a empêchés de faire le choix d'une interruption de grossesse. Ainsi, la Cour de Cassation a reconnu le préjudice, les médecins en cause ont dû indemniser les parents pour ne pas avoir dépisté la rubéole congénitale, ce qui a entraîné la naissance de cet enfant lourdement handicapé (14). La réparation du préjudice a été accordée à l'enfant avec une reconnaissance de son handicap. Cet arrêt a ainsi fait jurisprudence et a provoqué l'émoi dans les sociétés savantes de la périnatalité (15). En effet, la rubéole contractée pendant la grossesse par la mère n'est pas imputable à une erreur médicale, mais à une malencontreuse infection maternelle. La faute médicale est donc celle de la non-détection de cette pathologie ayant entraîné des malformations chez le fœtus. L'indemnisation, décidée par la Cour de Cassation, est donc interprétée comme la réparation à être né handicapé, par le seul fait de sa naissance qui est difficilement imputable aux médecins (16).

Cette jurisprudence a soulevé une grande inquiétude chez les praticiens de l'échographie anténatale. En effet, elle induit implicitement une obligation de résultats qui est incompatible avec la pratique échographique qui relève de l'interprétation d'images et donc qui revêt une part d'incertitude. Les échographistes, à sa suite, ont menacé de cesser leur activité de dépistage anténatal via l'échographie face au risque médico-légal trop important, dans l'obligation de résultats qu'implique l'arrêt Perruche (14). Il est utile de noter que cet arrêt de

la Cour de Cassation, induisant le droit de ne pas naître, a également soulevé l'indignation des associations de parents d'enfants handicapés (16).

La réponse politique à cet arrêt et ses conséquences a eu lieu en 2002 lors de la loi du 4 mars (17) qui met fin à l'ambiguïté de cette jurisprudence, interprétée comme *un droit à ne pas naître*, par la phrase suivante « *nul ne peut se prévaloir d'un préjudice du seul fait de sa naissance* » et si une erreur médicale est reconnue, le préjudice peut entraîner une indemnisation lorsque la faute a provoqué directement le handicap et non pas le fait de ne pas avoir accès à l'interruption médicale de grossesse (IMG) (16). Le gouvernement, à la demande du ministre de la Santé, a créé le Comité national Technique de l'Échographie de dépistage anténatal (CTE), sous la pression des instances médicales afin d'encadrer la pratique échographique et d'en déterminer les bonnes pratiques professionnelles. Celui-ci était constitué de gynécologues-obstétriciens, de professionnels du diagnostic anténatal (14,18).

Ainsi, en 2005 le CTE a érigé une liste très précise des mesures à effectuer chaque trimestre avec la rédaction de comptes rendus faisant apparaître les éléments indispensables (19). Ce rapport a présenté les normes d'excellence professionnelle pour l'échographie obstétricale, avec des mesures et clichés définis, afin de répondre à des objectifs tels que :

- Les objectifs de Santé Publique :

Diminuer la mortalité et la morbidité périnatale du futur enfant : en datant précisément la grossesse afin d'en améliorer la surveillance, en dépistant les grossesses multiples pour adapter la prise en charge obstétricale.

Réduire les handicaps d'origine périnatale : en dépistant les pathologies fœtales curables nécessitant une prise en charge néonatale spécifique pouvant être anticipée et/ou les pathologies létales ou d'une particulière gravité permettant la formulation d'une demande d'IMG par la mère ou les parents.

- Les objectifs de dépistage :

Les échographies systématiques proposées chaque trimestre permettent d'identifier au sein d'une population sans risque, sans antécédent particulier, des pathologies fœtales « *dont le diagnostic est susceptible de modifier les conduites pratiques et d'avoir un impact sur la santé* » (19, p20).

- Les objectifs obstétricaux :

La croissance fœtale est surveillée afin d'anticiper une prise en charge obstétricale adaptée (en cas de macrosomie par exemple, ou de retard de croissance intra-utérin), une prise en charge pédiatrique. On surveille également la position fœtale *in utero* afin de diminuer les risques de morbi-mortalité à l'accouchement.

Ces objectifs généraux sont atteints par les trois échographies systématiquement proposées aux femmes, plus précisément :

- Au premier trimestre de la grossesse :

Le CTE conseille que l'échographie ait lieu entre 11 et 13 SA (semaines d'aménorrhées) + 6 jours, elle permet de dépister les anomalies les plus graves (anencéphalie par exemple), ainsi que le dépistage échographique de signes d'appels d'anomalies chromosomiques (mesure de la clarté nucale). Enfin, elle permet la datation de la grossesse et la vérification de sa bonne évolutivité.

- Au deuxième trimestre de la grossesse :

Pratiquée entre 20 et 25 SA, l'échographie fœtale dite « morphologique » doit détailler tous les organes et peut dépister 60% des anomalies, notamment cardiaques, rénales, urogénitales, cérébrales, mais également les anomalies placentaires, de croissance ou de col utérin pouvant faire craindre un accouchement prématuré (10).

- Au troisième trimestre de la grossesse :

Entre 30 et 35 SA, l'échographie permet le dépistage de pathologies non dépistées au 2^e trimestre, notamment cérébrales, car le cerveau est entièrement développé à ce terme, mais également les anomalies de croissance ou placentaire (circulation materno-fœtale) et la position fœtale.

En addition à ces objectifs généraux, le CTE a mis à disposition des comptes rendus échographiques détaillant toutes les structures fœtales et annexielles (placenta, liquide, cordon, circulation materno-fœtale) à vérifier, mesurer ou détailler, en fonction du terme afin de remplir les objectifs médicaux de l'échographie fœtale, créant ainsi les normes d'excellence attendues dans cette pratique (19).

Ainsi, l'arrêt Perruche a entraîné l'apparition d'un cadre légal pour la pratique échographique anténatale, et surtout la modification profonde des normes professionnelles permettant l'harmonisation et l'amélioration des pratiques. Les praticiens sont maintenant soumis à des obligations professionnelles en termes d'objectifs précis à atteindre lors des échographies fœtales anténatales. Les grossesses, même sans risque ou à bas risque, sont donc considérées comme potentiellement pathologiques puisque les échographistes doivent prouver l'absence d'anomalie fœtale dépistable. En France, le dépistage anténatal est largement développé et concerne toutes les femmes, l'échographie n'est pas considérée comme un examen vérifiant la bonne vitalité fœtale uniquement, mais comme un moyen de vérifier que le fœtus, futur enfant, répond bien à des normes précises (14,18,20).

1.2 L'image en médecine

Selon la définition du dictionnaire Le Robert, l'image est une « *reproduction visuelle d'un objet réel* », ou en sciences « *la reproduction d'un objet par l'intermédiaire d'un système optique. Image réelle ou virtuelle* », ou en philosophie « *une reproduction mentale d'une perception, en l'absence de l'objet extérieur* ». Toutes ces définitions sont éclairantes quant à la complexité de ce que relève en fait l'image échographique fœtale : elle reproduit l'image du fœtus qui est bien un objet réel au sens d'une chose qui existe dans la réalité extérieure, tout en ayant un intermédiaire optique, l'échographe, créant ainsi une image virtuelle. Celle-ci contribue à la représentation mentale de cet « objet interne » qu'est non seulement le fœtus, mais également tout ce qu'il peut représenter pour la mère.

L'image perçue est faite pour être vue, contemplée, observée, c'est le *voir* qui détermine l'objet image. « Voir », du latin *videre*, a plusieurs significations : ce qui nous intéresse est surtout l'idée de discerner des images, c'est-à-dire de séparer en deux (du latin *discernere* : séparer en deux) l'image en elle-même et sa signification. Cette idée de l'image comme quelque chose qui soit à la fois le résultat d'une perception et quelque chose qui relève d'une recherche de sens se trouve dans la racine indo-européenne « *weid* » qui signifie à la fois *voir* et *savoir* qui donnera en grec « *wistor* » : celui qui sait. Ainsi, le « voir » est très en lien avec le savoir et la connaissance (21). Ce que l'on voit à l'échographie n'est pas autre chose, c'est

une image construite qui révèle quelque chose qui est de l'ordre de la connaissance. Notons ainsi l'expression « *je ne crois que ce que je vois* », elle illustre parfaitement que ce paradigme est toujours très présent dans notre société actuelle (22).

1.2.1 Image en médecine : historique

À l'Antiquité déjà, Platon estimait que la vision était le modèle prédominant de la connaissance, construisant, notamment dans le livre VI de *La République*, le paradigme « *connaître c'est voir* » qui base la connaissance sur le modèle de la vision : l'âme voit le Bien tout comme les yeux voient le soleil (23). Le terme « connaître » ici renvoie bien sûr autant à l'idée de perception que de compréhension.

Plus tard, la Renaissance a été la période de prédilection pour la production artistique autour de l'anatomie du corps, de la justesse des proportions, de l'observation du corps afin de mieux le reproduire pour un enseignement médical, mais aussi à travers l'art.

C'est à partir du 16^e siècle, puis au 17^e siècle que l'art de la dissection apparaît avec le travail des anatomistes souhaitant observer, mais surtout dévoiler l'intérieur du corps, pour mieux le reproduire avec précision dans les planches d'anatomie, donc le reproduire en images. Cet engouement des anatomistes a favorisé la production de connaissances sur le corps humain et a, ainsi, permis un progrès important en physiologie médicale. On peut citer, par exemple, le travail d'André Vésale, notamment dans son œuvre *De Humani corporis fabrica libris septem* en 1543 dont les planches étaient minutieusement détaillées ou certaines des œuvres très anatomiques et mécaniques de Léonard de Vinci. (cf figure 1)

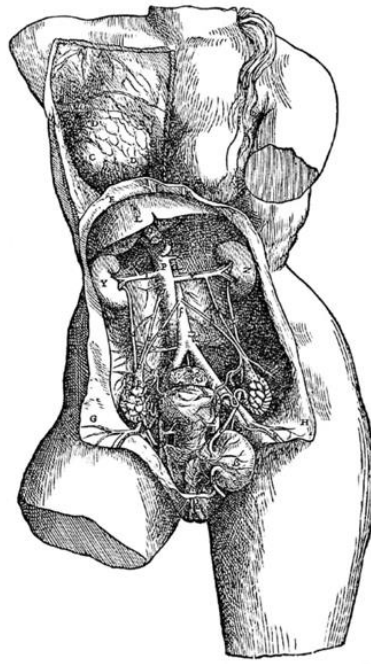


Figure 1

Planche de Vésale représentant l'appareil uro-génital féminin en 1543 dans l'œuvre *De Humani corporis fabrica libris septem*.

<https://www.urofrance.org/base-bibliographique/urologie-dans-les-planches-anatomiques-dandre-vesale-1514-1564>

Les artistes de cette époque se sont également saisis de ce nouvel avènement : Rembrandt, par exemple, dans ses œuvres représentant les dissections et des parties du corps disséquées. Ainsi, « *La leçon d'anatomie du Docteur Tulp* » est une peinture de 1633, qui représente un cadavre avec l'avant-bras disséqué et le public autour qui montre un intérêt majeur, voire une fascination, pour la mise au jour littérale de ce qui n'est normalement pas visible (21,22). (cf figure 2)

« *L'intérêt, toujours croissant pour l'anatomie du 17^e siècle, possède ainsi valeur exemplaire : chacune des séances de dissection était, en elle-même, un évènement ; le spectacle faisait sensation, la pratique créait émotion et frisson.* » (21, p 35).



Figure 2

Reproduction de « La leçon d'anatomie du Docteur Tulp » Rembrandt

https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/4/4d/Rembrandt_The_Anatomy_Lesson

L'un des premiers traités concernant l'accouchement comportant des images, ou plutôt des représentations, de grossesse est *Le Jardin de roses de femmes enceintes et de sages-femmes* par le médecin allemand Eucharius Rösslin, il date de 1513 ou 1519. Il est important de noter que depuis les premiers traités d'anatomie au 15^e siècle, jusqu'au développement des appareils échographiques au 20^e siècle, les images de grossesses ou de fœtus en développement étaient des représentations basées sur des perceptions visuelles directes. En effet, cela pouvait être le cas dans la mesure où il s'agissait du résultat de dissections de femmes mortes en couches ou lors de l'accouchement, ou sur l'observation des produits de fausses couches. Ainsi, historiquement l'image en médecine est d'abord une image morte, figée dans tous les sens du terme.

Parallèlement au développement de l'image anatomique, René Descartes (1596-1650) défend un paradigme mécaniste, c'est-à-dire une conception du monde et notamment du vivant comme une somme de processus qui fonctionnent selon un système causal. La science est empirique, elle repose sur l'expérience qu'en fait le scientifique, et donc sur ce qu'il perçoit, sur ce qu'il voit. Ainsi, la vision est noble et permet la mise en évidence réelle de l'objet, pour Descartes on ne peut admettre une vérité seulement si elle impose une certitude sans doute. La vision est ainsi privilégiée, car elle est pragmatique et rationnelle (21,22).

Au 20^e siècle, l'apparition de l'imagerie médicale, à la suite du développement des ultrasons et de l'étude du rayonnement électromagnétique, a remplacé la dissection afin d'observer

l'intérieur du corps vivant cette fois-ci, dans sa dynamique et son homéostasie. Cela implique non seulement de pouvoir observer ce que l'on ne pouvait pas voir auparavant sans ouvrir le corps, mais également d'être en mesure d'observer avec une temporalité nouvelle l'évolution intérieure du corps. De l'image anatomique figée, nous passons maintenant à une image mouvante. Il ne s'agit plus d'une constatation du corps, mais d'une observation en temps réel. Si l'image dessinée anatomique était bel et bien une représentation, elle ne perd pas pour autant ce statut avec le développement de l'imagerie médicale, au contraire, mais c'est alors la représentation qui change. Le corps devient transparent, il est ainsi devenu possible de rendre « *l'invisible visible* », selon les termes de Michel Foucault, et la révélation de son fonctionnement interne conduit à une nouvelle conception de l'humain (24).

1.2.2 Image échographique du fœtus

Nous l'avons vu, l'image échographique est une image virtuelle puisque recomposée à partir de données analysées par un ordinateur. Il ne s'agit en aucun cas d'une photographie ou d'une représentation à l'identique de l'objet observé. L'image du fœtus obtenue par l'échographie est une image virtuelle du futur enfant, virtualité exacerbée par le fait que l'objet étudié soit à l'intérieur du corps sans comparaison au réel possible, donc avec un potentiel d'interprétation subjective important voire une interprétation abusive ou fallacieuse (25,26).

« L'image est fascinante, car elle représente la vie, la vie d'un futur enfant, futur fils ou fille, elle peut paraître étrange et inquiétante, car fantomatique (on n'y voit rien en chair et en os), mais le regardeur futur père ou mère, veut y croire et adopte l'image comme représentation d'un futur né. » (24, p 72)

L'échographie s'inscrit ainsi dans la volonté médicale contemporaine de connaître, de développer des connaissances sur cet objet interne qu'est le fœtus par l'intermédiaire de ce qui est vu. En obstétrique, l'utérus est devenu transparent pour faire apparaître le fœtus à travers ces images échographiques (22). À la première échographie, celle du premier trimestre, le fœtus peut mesurer entre 45 et 85 mm dans sa longueur craniocaudale. À 12 semaines d'aménorrhées, les membres sont visibles, toutes les structures sont en cours de développement, donc observables. C'est la seule échographie de la grossesse où le fœtus est visible en entier, où sa mobilité est visible (alors même que la femme ne le sent pas bouger

encore), ce qui augmente l'humanisation du phénomène de grossesse et transforme ainsi l'intérieur en un objet réel (20). Mais cela exacerbe également la fascination de l'image sur l'écran puisqu'elle est dynamique et représente un phénomène interne, non ressenti encore dans sa chair. Plus tard dans la grossesse, les mouvements du fœtus visualisés à l'échographie pourront être mis en lien avec des sensations corporelles. Ainsi, l'image du fœtus devient toute puissante et réalité puisqu'elle « factualise » le fœtus dans son utérus alors même que sa présence physique ne peut se ressentir concrètement à ce terme de la grossesse (27).

Le fœtus est ainsi vu et reconnu comme une personne à part entière, même s'il est en fait plus précisément « construit », par l'intermédiaire de l'image. L'échographie fœtale permet donc de révéler ce qui était imaginaire autrefois. Elle est devenue au fil du temps l'élément incontournable de la grossesse, permettant alors pour la première fois aux femmes de voir ce qu'elles ne pouvaient – et ne pourront – sentir que dans leur corps, et ainsi permettant une nouvelle forme de projection dans leur grossesse. Bien sûr, cette analyse est d'ordre historique : dans la plupart des pays industrialisés, toutes les femmes s'attendent à vivre leur grossesse entourée par ces moyens techniques. Il en est différemment dans certaines régions du monde, où l'accès à ces nouvelles biotechnologies n'existe pas.

1.3 Les aspects psychiques et sociaux

1.3.1 Aspects psychiques de l'échographie fœtale

L'image en médecine moderne, nous l'avons vu, a une place primordiale et l'échographie fœtale précoce tout particulièrement puisque la mère n'a aucune sensation endocorporelle de la présence du fœtus (mis à part les symptômes sympathiques de la grossesse). La présence d'un écran pour que la mère et/ou le couple puisse visualiser les images du fœtus est un paradigme incontournable de l'échographie fœtale. En effet, pour une échographie non obstétricale, seul l'échographe a un écran, les images ne sont pas détaillées : seul le diagnostic est important (1).

L'image échographique du fœtus va avoir un « pouvoir de saisissement » majeur puisqu'il va mettre en relief cette présence interne. La femme enceinte, en l'absence de sensations

corporelles, est en demande de réponses et l'échographie va pouvoir apporter une réponse rapide (au-delà de l'examen minutieux des différents organes) à ces interrogations angoissantes : visualisation du cœur qui bat, les sons des flux sanguins ou encore les mouvements spontanés du fœtus (28). Certains auteurs mettent en avant le plaisir ressenti lors de la visualisation de ces images, plaisir stimulant la curiosité des parturientes. Ils décrivent ce plaisir face à la perception de ces images vécues comme réelles, comme une *pulsion scopique* (29). Ce terme, qui vient du *skopeo* : examiner est introduit par Freud et repris par plusieurs psychanalystes, notamment Lacan, et il signifie la tension, ou dialectique, en scène entre « regarder » et « être regardé » (selon l'encyclopédie Universalis). Cette pulsion, en lien avec la satisfaction de « voir », est couplée à une forte bouffée émotionnelle lors de l'échographie. C'est un moment devenu incontournable dans le processus de la grossesse, mais aussi de la parentalité, avec une forte densité émotionnelle au moment de la visualisation des images (30). L'existence des « échographies plaisir » illustre bien cette *pulsion scopique*, plaisir d'autant plus exacerbé si le fœtus est en bonne santé. L'existence de sociétés privées proposant des échographies ludiques ou échographies non médicales montre bien que les femmes prennent plaisir à voir leur bébé comme si cela les rassurait sur leur capacité d'attachement à ce futur nouveau-né, et ce, en lien avec l'intensité émotionnelle ressentie lors de la visualisation de ces images (5,31).

Pourtant, la grossesse est connue des parturientes avant l'échographie du premier trimestre, souvent objectivée par l'absence de cycles menstruels, le test de grossesse urinaire ou biologique. Mais ces examens ou signes confirmant la grossesse ne semblent pas suffire aux femmes enceintes. Ainsi, l'image échographique fœtale est nécessaire pour l'existence de l'être en devenir, au-delà de l'état de grossesse, couplée à l'émotion ressentie par la mère, cela fabrique le terrain fertile à la projection, aux représentations maternelles (1,29). Si l'échographie montre que le fœtus est en bonne santé, en mixant les images extérieures – les images intérieures relevant de l'imaginaire et les émotions s'y rattachant, les représentations maternelles ou parentales seront structurantes, rassurantes, voire projectives. Avec ces différentes composantes, l'échographie ou la visualisation même virtuelle du fœtus pourront permettre une symbolisation singulière pour la mère et/ou le couple et ainsi, esquisser les prémices d'un processus de parentalité (28,30,32).

« Dans la constitution de la représentation, l'image sert de grain de sable sur lequel se forme une perle. » (2, p 90)

Les représentations maternelles positives pourront être source de transformation psychique positive où le fœtus sera ainsi perçu comme un bébé, objet pérenne du projet d'enfant dont le fœtus est issu. Cette transformation psychique nécessite une forte élaboration maternelle soit à partir de l'objet, soit à partir des images échographiques (1). On peut aisément imaginer que cette transformation psychique peut être une anticipation créatrice de la parentalité (33,34). Mais cela nécessite des remaniements psychiques d'interprétation, de recul sur ce qui est vu, car il est aisé pour les profanes, de surinterpréter ou de mésinterpréter les images échographiques par manque de connaissance sur le sujet (1).

On imagine donc bien la complexité de la situation, l'échographie étant un moment attendu de la grossesse avec un potentiel émotionnel important. Toutefois, la situation est source de tensions, car elle présente des enjeux non négligeables pour la femme et/ou le couple. En effet, l'envie de savoir, de connaître est présente lors de l'échographie fœtale, mais elle est couplée à l'angoisse de non-correspondance entre le fœtus imaginé et le fœtus observé lors de cet examen, d'autant plus que la grossesse est le nid d'ambivalences profondes (1,29). L'objet étudié (le fœtus) est encore virtuel de par les images qui en émanent, objet virtuel donc qui est le fruit d'une reconstruction artificielle *via* les ultrasons, mais aussi par le fait que sa présence relève encore de l'imaginaire puisque la femme ne ressent pas encore lors de la première échographie, sa présence physique endocorporelle. C'est ce que certains auteurs appellent la *relation d'objet virtuel* (35,36). Cette relation en construction se structure donc sur une certaine base virtuelle source d'interprétation majeure en l'absence d'explication par l'échographiste. Ainsi, les enjeux psychologiques ne sont pas uniquement présents lors de l'annonce d'une anomalie ou d'une malformation.

Or, pour 5% des grossesses normales, le fœtus peut être placé dans une population à risque, par la présence de *soft markers*, ou de signes d'appel pouvant être un prémarqueur d'une anomalie plus grave ou d'un syndrome génétique par exemple (28,37,38). Ces signes d'appel nécessitent une exploration secondaire : dosages hormonaux, ponction de liquide amniotique pour caryotype, échographie de contrôle ou faite par un échographiste de référence dans un CPDPN. Cela provoque chez la patiente une anxiété majeure, une interruption des

représentations positives et donc de la projection vers l'enfant en devenir, qui, même si elle est momentanée, a un impact important.

Une étude de 2011 a montré que cela peut altérer les interactions précoces avec l'enfant à la naissance alors même que l'enfant ne présente finalement aucun problème de santé (37). La moindre suspicion sera source d'angoisse et l'impact ne sera probablement pas négligeable sur la projection maternelle, et donc sur le processus de parentalité : toute déviation à la norme sera vécue comme une anomalie ou malformation, et l'enfant imaginaire fantasmé sera mis de côté (38).

Une étude qualitative sur 30 patientes a montré que l'anxiété maternelle face à la santé du fœtus était indéniable, et qu'elle serait exacerbée dans les jours précédents l'échographie (cauchemars, troubles de l'endormissement, envahissement de la pensée autour de cela...) (39). Sur ces 30 patientes, 93% ont rapporté une anxiété pour la santé de leur fœtus et la peur de ne pas savoir. Cette anxiété peut être présente même après l'échographie quand les femmes réalisent que l'échographie aurait pu dépister quelque chose, et surtout que tout ne peut être dépisté. La difficulté d'interactions avec l'échographiste semble augmenter cette anxiété lors de l'examen. Ainsi, l'échographie peut leur apporter des informations qu'elles ne veulent pas entendre, mais, en même temps, elles veulent savoir si leur fœtus est en bonne santé; le paradoxe est important. L'étude conclut qu'il est nécessaire pour elles de voir les images, et d'être rassurées par l'échographiste sur les capacités de leur fœtus, afin de diminuer cette anxiété pour leur santé.

Cette anxiété potentielle, même quand l'échographie est normale, peut aussi trouver racine dans la discordance entre les attentes médicales de cet examen et celles, plus émotionnelles et projectives, des mères et/ou des couples. En effet, nous l'avons vu la pratique échographique fœtale est très normée et le risque médico-légal est prégnant pour les praticiens. Le fœtus échographique n'est pas le même pour chacun : il est un ensemble d'organes à étudier, de mesures à effectuer pour vérifier sa correspondance à des normes pour les échographistes et il est source d'émotions intenses, de représentations et donc de projections pour la mère et/ou le couple (1,40). Ainsi, il existe deux démarches bien distinctes : dépister des anomalies d'un côté et voir le futur enfant de l'autre. Luc Gourand, gynécologue-obstétricien, parle d'un réel **malentendu** sur les attendus de cet examen, malentendu sur plusieurs aspects (1,30,34,40) :

- Le langage utilisé : termes médicaux et descriptifs *versus* langage affectif.
- Les attentes : satisfaction de normes professionnelles d'excellence *versus* désir de rencontre.
- L'objet étudié : le fœtus échographique constitué d'organes, de mesures, *versus* le fœtus - enfant en devenir.
- Les objectifs : dépister les anomalies *versus* s'enquérir de la normalité.
- L'affect : objectivité et rigueur *versus* subjectivité et émotions.
- La nature de l'image : procédé technique *versus* image réelle, vidéo.

Ainsi, l'échographie fœtale peut être source de symbolisation et de projection, mais l'angoisse est sous-jacente, latente et nécessite un discours structurant de la part des échographistes notamment sur l'interprétation juste des images observées, au-delà de la description des normes professionnelles. La vision experte de l'échographiste va venir encadrer une angoisse qui pourrait être déstructurante (41).

1.3.2 Aspects sociologiques de l'échographie fœtale

L'échographie, source d'anxiété et/ou de réassurance, est d'une importance primordiale pour les femmes et/ou les couples afin de leur confirmer le projet d'enfant en bonne santé, afin de voir par eux-mêmes la confirmation de cette présence fœtale interne. Mais l'échographie fœtale revêt également un aspect très sociétal, elle permet la reconnaissance du fœtus comme un enfant en devenir pour les parents bien sûr, mais également par l'entourage familial, amical ou social. Cette reconnaissance a lieu bien avant la naissance par l'émergence des images échographiques comme première photographie de l'enfant reconnu comme tel.

Certains auteurs ont justement soulevé que cette image échographique médicale du fœtus est une des plus connues (et reconnues) du grand public ; puisque celle-ci est même utilisée dans des projets marketing (publicité pour un évènement sportif, pour une marque de voiture ou encore de biscuits salés). L'échographie fœtale est complètement intégrée à la culture profane, populaire et elle est symboliquement devenue l'icône de la grossesse (22).

Ainsi, il n'est pas rare que cette image soit le support de l'annonce de la grossesse à l'entourage, support permettant la concrétisation immédiate de ce projet. L'aspect médical prévu initialement se décale donc vers un aspect social. Une étude sociologique de 2010 montre que 23% des enfants ont une vie numérique avant même leur naissance, par la mise en ligne de ces images échographiques sur les réseaux sociaux (42). Il ne serait pas étonnant que ce chiffre soit encore plus élevé 10 ans après. Cette étude a eu lieu aux États-Unis, au Canada et dans 5 pays européens : 37% des fœtus ont une vie numérique au Canada, 34% aux États-Unis et 13% en France. Les motivations évoquées par ces 2200 femmes à la publication des images échographiques avant même l'accouchement, et l'existence « autonome » du bébé sont : le partage avec l'entourage pour 70% d'entre elles (de tous pays confondus), pour 22% des mères américaines il s'agit d'enrichir le contenu de leurs réseaux sociaux, et 18% pour faire comme les autres.

Quelques sociologues ont montré l'importance de l'échographie dans la grossesse, mais aussi dans la reconnaissance du fœtus comme un être en devenir. Les images échographiques du fœtus sont ainsi utilisées, au-delà du dossier médical, dans la sphère privée et familiale. Il existe une réelle signification familiale de cette image particulière (20). Ainsi, ce qui se joue pendant la consultation échographique va bien au-delà de l'évaluation médicale du fœtus, en témoigne la présence quasi systématique d'un accompagnant (le père du fœtus, la mère de la femme ou une amie). L'échographie obstétricale est le premier lieu de la formation de la famille telle que nous la concevons actuellement (20). La consommation par les femmes et les couples des échographies dites « plaisir » démontre clairement que cet examen est le lieu d'interactions sociales autour des pratiques familiales, un lieu de fabrication de souvenirs autour de « *la première photographie du bébé* », ou encore un lieu afin de rentrer en interaction visuelle et réelle avec le futur enfant. Ce qui va bien au-delà du simple rôle médical de l'échographie obstétricale (43).

L'échographie dans cette inscription sociale et familiale peut même être vue comme un rituel de passage au sens anthropologique du terme. « *Les rituels de passage ont pour fonction de transformer un processus biologique en phénomène social. Ils permettent à l'individu d'endosser publiquement un nouveau statut et d'investir le rôle qui lui est lié.* » (42, p 67)

L'échographie est maintenant très partagée dans la sphère privée, voire dans la sphère virtuelle des réseaux sociaux, elle a un rôle de liaison individuelle et sociale à la fois pour la

reconnaissance du statut de grossesse et de femme enceinte, mais aussi de reconnaissance du fœtus comme un être en devenir. À la frontière du passage entre fœtus et enfant et pour la patiente entre femme et mère (36). L'échographie fœtale est reconnue comme une action culturelle commune, comme le témoigne le nombre important de femmes ayant recours à l'échographie fœtale dite « plaisir ». Il s'agit d'un rituel du suivi de grossesse et la transmission des images fœtales comme un rituel de passage d'un statut social à l'autre (35). La diffusion des images est le signe de ce rituel : elle diminue l'angoisse dans une fonction organisatrice, elle acte la présence du fœtus. Il a longtemps été l'usage, avant une interruption volontaire de grossesse (IVG), de « montrer » l'existence du fœtus aux patientes demandeuses de cette interruption afin de leur faire prendre conscience qu'il ne s'agit pas d'un acte anodin, cette pratique a été abandonnée en France, mais reste très présente aux États-Unis où l'IVG reste culturellement très transgressive et controversée.

Enfin, le fœtus se situe bien à la frontière de la société comme le montrent les décrets relatifs à leur déclaration possible à l'État civil à partir de 14 SA (45), bien avant leur seuil de viabilité en dehors de l'utérus de leur mère. Cette reconnaissance juridique et sociale a été possible après le combat de mères et d'associations de femmes ayant vécu une perte fœtale. La visibilité du fœtus à travers les échographies a fortement augmenté son humanisation et la perte fœtale, vécue comme le deuil véritable d'un être cher par les femmes a été source de volonté de reconnaissance sociétale et familiale du fœtus.

1.4 L'information médicale

1.4.1 Recommandations

Un rapport de 2000 de l'agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation de la santé (ANAES) sur l'information donnée aux patients prévoyait déjà la dispensation par les professionnels de santé d'une information prenant en compte les besoins propres de chaque patient, notamment une obligation d'information sur la description et le déroulement de tout examen médical ainsi que sur son objectif, son utilité, ses bénéfices escomptés et ses limites

(47). Ce rapport rappelle la nécessité d'une information orale en premier lieu nécessitant un temps dédié, un document écrit pouvant être proposé dans un second temps.

La loi de 2002 dite « Kouchner » vient ensuite appuyer le caractère obligatoire de cette information loyale précédant un consentement éclairé à tout acte médical (17). La Haute Autorité de Santé (HAS) produit à la suite de cette loi, un ensemble de recommandations professionnelles sur l'information des patientes en obstétrique intitulée « *Comment mieux informer les femmes enceintes ?* » (47). Ce rapport rappelle l'importance de l'information pour favoriser la participation active de la femme enceinte à son suivi de grossesse et dans les décisions à prendre. Il précise que cette information doit être donnée à toutes les femmes mêmes à celles qui sont en bonne santé et dont la grossesse est *a priori* normale.

« Donner, avant leur réalisation, des renseignements sur les examens de dépistage obligatoires et ceux non obligatoires qui sont proposés systématiquement à la femme enceinte. Après avoir été informée de l'utilité, des bénéfices escomptés, des éventuels inconvénients et conséquences de chaque examen, la femme peut accepter ou refuser cet examen. » (47, p7).

Ce rapport de la HAS rappelle le caractère non obligatoire de l'échographie, mais la proposition systématique de celle-ci. Il précise également le fait qu'il n'y a pas d'encadrement législatif imposant un consentement éclairé écrit avec un formulaire spécifique comme c'est le cas pour le dépistage des marqueurs sériques de la trisomie 21. Il est indiqué dans le rapport qu'il est indispensable d'informer les femmes sur les possibilités réelles et les limites de cet examen de dépistage.

La loi de bioéthique de 2011 est venue pallier à cette absence d'encadrement légal en intégrant l'échographie fœtale comme une technique de dépistage prénatal, et impose ainsi le même processus d'information. Le consentement devient alors obligatoire avant toute échographie fœtale (48). L'article 20, Titre III stipule que le recueil du consentement préalablement à l'échographie est obligatoire par le médecin ou la sage-femme ayant prescrit cet examen :

« La femme enceinte reçoit, sauf opposition de sa part dûment mentionnée par le médecin ou la sage-femme dans le dossier médical, une information portant notamment sur les objectifs, les modalités, les risques, les limites et le caractère non obligatoire de ces examens. En cas d'échographie obstétricale et fœtale, il lui est précisé en particulier que

l'absence d'anomalie détectée ne permet pas d'affirmer que le fœtus soit indemne de toute affection et qu'une suspicion d'anomalie peut ne pas être confirmée ultérieurement. »

En 2012, un nouveau rapport de la HAS sur les échographies fœtales médicales et non médicales rappelle le caractère obligatoire de l'information, quel que soit l'objectif de l'échographie, une information simple, accessible à toutes et « *de nature à réellement éclairer les choix des femmes concernant les échographies.* » (5, p 62). Il insiste également sur l'aspect téléologique de l'échographie fœtale médicale : la recherche d'un diagnostic, le dépistage de malformations ou anomalies et le suivi de la croissance fœtale. Certaines associations d'utilisateurs interrogées dans le cadre de ce rapport estiment incontournable de « *disposer d'une information précise, claire et intelligible sur la nature et le caractère hypothétique, théorique ou inconnu dû/des risques ainsi que sur les bénéfices attendus.* » (5, p68).

L'arrêté du 14 janvier 2014 apportera le formulaire officiel de consentement préétabli que la patiente devra signer avec le praticien, ce formulaire est différent en fonction du caractère diagnostique ou de dépistage de l'échographie fœtale (49).

Ainsi, une information claire, précise doit être instillée par le prescripteur de l'échographie afin que la patiente puisse donner son consentement éclairé, consentement écrit avec un double conservé dans le dossier médical, en amont de l'examen.

1.4.2 Limites

Malgré les recommandations de la HAS et le cadre réglementaire, il semble qu'en pratique, l'information donnée autour de l'examen échographique soulève quelques problèmes et questionnements. Le dépistage d'anomalies fœtales se justifie par le choix autonome laissé aux parents de poursuivre ou non la grossesse si le fœtus est porteur d'anomalies graves. Mais pour exercer son autonomie, la patiente doit avoir une information compréhensible, éclairée et neutre, information délivrée par le prescripteur comme le prévoit la législation. Cette information de qualité est donc tributaire du niveau de connaissances du prescripteur, elle est difficile à transmettre, car elle revêt une partie de calcul de risque, de dépistage alors que la majorité des grossesses est normale. On peut se demander légitimement comment aborder cela avec les femmes alors qu'elles ne sont pas malades et

que le fœtus est en bonne santé jusqu'à preuve du contraire. Comment peut-on informer et ne pas créer de nouvelles inquiétudes chez elles ? (50)

De plus, certains auteurs se sont inquiétés de l'ambiguïté du dépistage échographique entre les normes éthiques dictées par le rapport de la HAS et la loi de bioéthique qui demandent un consentement écrit avant tout dépistage échographique, et les recommandations professionnelles qui préconisent le dépistage systématique de la clarté nucale au 1^{er} trimestre (signe pouvant évoquer une trisomie 21). Le contexte normatif de l'échographie apparaît flou et parfois paradoxal (14,51). Il existe une certaine confusion entre l'obligation d'information et une forme de systématisation de la proposition de dépistage, alors même qu'il semble important de préserver le choix des femmes à refuser l'information.

Une étude de 2008 auprès des praticiens a montré que seulement 31,9% d'entre eux avaient une approche facilitant le consentement en respectant le principe d'autonomie, 46% ont une approche orientée, car ils sont personnellement favorables au dépistage de la trisomie 21 par la mesure de la clarté nucale et 15% imposent cette mesure sans information préalable (52). L'auteur conclut que les principes éthiques ne sont pas respectés dans l'obtention du consentement de la mesure de la clarté nucale à l'échographie du premier trimestre, et ce pour plusieurs raisons : la mauvaise connaissance du test, l'opinion personnelle et la relation avec la patiente. L'étude montre que dans la majorité des cas, le consentement n'est pas respecté, car la patiente n'a pas réellement de choix ou d'alternative.

Le même auteur s'est intéressé aux patientes et à la qualité de l'information reçue avant l'échographie (53), à partir de leurs connaissances acquises lors de celle-ci, et au consentement. Dans le groupe de patientes à bas risque, la grossesse étant normale et aucun antécédent spécifique n'étant présent, seulement 32% d'entre elles ont donné formellement leur consentement éclairé pour la mesure de la clarté nucale et 18% d'entre elles n'avaient eu aucune information avant l'échographie sur ce dépistage. De plus, 82% des patientes interrogées pensaient que l'échographie était obligatoire. Ainsi, le niveau d'information médicale pour l'échographie du 1^{er} trimestre et le dépistage exercé lors de celle-ci semble inadapté, voire insuffisant.

Une enquête anthropologique reposant sur l'observation de 28 consultations échographiques du 1^{er} trimestre a montré que, dans la plupart des cas, le consentement était implicite et la signature de celui-ci était faite *a posteriori* notamment pour la mesure de la clarté nucale qui

est englobée dans le reste des « vérifications ». L'information donnée se situe autour du risque, de la possible maladie alors que ce dépistage est plus compliqué avec un calcul de risque pouvant amener à des examens plus invasifs. Enfin, cette étude montrait que les femmes devaient argumenter et se justifier longuement auprès de l'échographiste si elles refusaient ce dépistage (14). Par ailleurs, la contrainte temporelle inhérente aux consultations échographiques est forte. Or, cette information loyale prend du temps, non prévue lors de la consultation échographique puisqu'elle devrait être délivrée par le prescripteur de cet examen comme le prévoit la loi.

Enfin, un rapport de la conférence nationale des échographies obstétricales de 2016 vient mettre en exergue le fait que l'organisation de la consultation d'échographie fœtale ne permet pas la délivrance d'une information claire et loyale, afin d'obtenir un consentement éclairé, à cause de contraintes de temps et économiques (54). La loi prévoit que ce soit le praticien prescripteur qui délivre cette information, mais ce rapport soulève le constat que ce n'est en pratique, que trop rarement le cas par manque de connaissances des professionnels, manque de temps, etc., ce qui déplace le problème vers les échographistes eux-mêmes. La composante temporelle des praticiens échographistes est une vraie question soulevée par ce rapport. Il préconise la diffusion large de l'information autour des objectifs de l'échographie et du dépistage prénatal, dans des politiques de Santé Publique dirigées vers le grand public. Le Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France (CNGOF) a mis à disposition sur son site Internet une information grand public, destinée aux prescripteurs de l'échographie fœtale, pour servir de support à cette information, en amont de l'examen.

Ainsi, l'information médicale dans le but d'obtenir un consentement éclairé est une obligation déontologique et légale, mais en pratique, elle reste complexe à délivrer. Les études qui se sont intéressées à ce problème le montrent bien ; le phénomène est peut-être même sous-estimé, car la qualité de l'information a surtout été questionnée autour du dépistage de la trisomie 21, mais pas concernant l'échographie de manière globale. La qualité de cette information dépend également du niveau de compréhension des patientes, de leur littéracie, sans oublier les problématiques autour de la barrière de la langue. Le contexte social et émotionnel de l'échographie fœtale vient probablement exacerber la difficulté des praticiens à aborder ces sujets complexes et difficiles, sachant que la plupart des grossesses sont

normales et le fœtus est en bonne santé. Le malentendu entre les objectifs médicaux et ceux des femmes semble tel que l'information claire et loyale apparaît comme un mirage impossible à atteindre.

2 : PROBLÉMATISATION ET MÉTHODOLOGIE

2.1 La problématisation

« *Malentendu : Divergence d'interprétation entre personnes qui croyaient se comprendre.* » Définition Le Robert

La littérature florissante sur le malentendu autour des objectifs de l'échographie fœtale, mais également sur les aspects psychologiques, parentaux, sociaux, familiaux a relevé l'intérêt des professionnels de la périnatalité sur cette thématique, sur ses paradoxes et ses limites. L'écart est conséquent entre les recommandations professionnelles d'excellence, l'encadrement législatif de la pratique, les objectifs médicaux de l'échographie obstétricale, le pouvoir des images émanant de l'examen et les projections maternelles possibles en lien avec celles-ci.

La pratique de l'échographie fœtale est très normée et légiférée, nous l'avons vu dans les précédents chapitres, mais finalement, dans une médecine centrée sur le patient, la littérature n'aborde pas réellement ce qu'en attendent les parturientes. En définitive, qu'est ce que les femmes enceintes viennent chercher lors des échographies fœtales de dépistage ? Viennent-elles « voir » leur futur bébé, viennent-elles chercher un certificat de « *normalité* » comme le pensent certains auteurs ? (1, 13, 33)

Si bien sûr, les priorités médicales sont le dépistage et le diagnostic d'anomalies fœtales, quelles sont les priorités maternelles ? Sont-elles vraiment comme le décrit la littérature en opposition avec celles des équipes soignantes ?

Ce malentendu décrit dans la littérature nous paraissait important à questionner. En effet, pour évaluer une divergence d'interprétations d'attentes sur cette échographie fœtale et révéler un éventuel malentendu, il nous est apparu indispensable d'interroger l'avis des parturientes impliquées dans ce processus.

- **Objectif principal de la recherche**

L'objectif principal de l'étude était de recueillir et de comprendre les attentes maternelles de l'échographie fœtale.

- **Objectifs secondaires de la recherche**

Au-delà des attentes maternelles de l'examen, afin de mieux saisir le phénomène autour de ce malentendu, il nous a semblé pertinent d'interroger les connaissances des parturientes et les informations médicales qu'elles ont reçues.

Les objectifs secondaires de la recherche étaient donc l'évaluation des connaissances maternelles sur l'échographie fœtale ainsi que la qualité de l'information médicale donnée lors de la prescription de celle-ci.

2.2 La méthodologie de la recherche

2.2.1 Qualification de la recherche

Pour répondre à notre questionnement autour des attentes maternelles de l'échographie, il a été choisi de réaliser une étude qualitative. Il s'agit d'une recherche en sciences humaines et sociales dans le domaine de la santé dont la finalité n'est pas le développement des connaissances biologiques ou médicales, la recherche est qualifiée de RNIPH (Recherche N'impliquant pas la Personne Humaine). Ce type de recherche ne nécessitait pas d'accord préalable par un Comité de Protection des Personnes ni de déclaration particulière à la CNIL. Cependant, le protocole de recherche a été soumis au Comité d'éthique de la recherche de l'APHP-Centre, il a reçu un avis favorable, confirmant cette qualification de RNIPH, sous le n° IRB registration # 00011928 (annexe 1). De plus, une déclaration de traitement de données a été faite auprès du Data Protection Officer de l'Université de Paris Descartes pour inscription au registre de traitement des données et répondre ainsi à la réglementation et aux recommandations de la CNIL.

L'approche qualitative nous semblait pertinente afin d'approcher la réflexion autour de l'échographie fœtale, d'en comprendre les enjeux pour les parturientes. Celle-ci était basée sur des entretiens semi-directifs avec des femmes enceintes se présentant à leur échographie du premier trimestre. L'entretien semi-directif et non pas directif a été choisi afin de faciliter

au mieux l'expression des ressentis, des attentes, des représentations des femmes se prêtant à la recherche.

Nous avons fait le choix de travailler autour de l'échographie du 1^{er} trimestre, car c'est souvent la première fois de la grossesse que les femmes peuvent visualiser leur futur enfant de manière assez globale et où le fœtus peut être identifié tel un enfant en devenir. De plus, cette échographie présente, nous l'avons vue dans les chapitres précédents, des enjeux bien particuliers. Interroger les parturientes en début de grossesse permet de travailler autour de leurs attentes, de leurs représentations sans avoir encore eu l'expérience échographique pour cette grossesse, ce qui aurait pu les biaiser. Par ailleurs, il nous a également semblé judicieux d'organiser ces entretiens juste avant l'examen échographique, afin de ne pas biaiser les résultats de l'étude en fonction du déroulement et des résultats de cette échographie, qu'ils soient positifs ou négatifs.

2.2.2 Méthodologie de l'étude et population

Les entretiens semi-dirigés se sont déroulés entre février et mars 2021 au sein du CHU d'Angers, dans le service de gynécologie obstétrique.

Les patientes ayant un rendez-vous programmé au CHU d'Angers, avec une sage-femme, pour une échographie fœtale du 1^{er} trimestre étaient contactées par téléphone, environ une semaine avant la date, pour leur proposer de participer à ce travail de recherche. La lettre d'information leur était ensuite envoyée par mail afin qu'elles puissent la lire avant le jour de l'entretien et poser des questions si nécessaire ce jour-là. Elles étaient informées sur le fait que leur accord ou non de participer à l'étude ne modifierait en rien leur examen échographique prévu (annexe 2).

Afin, de ne pas perturber le planning de consultations échographiques, les patientes étaient invitées à se présenter 45 minutes avant leur rendez-vous prévu afin de réaliser tranquillement cet entretien, juste avant leur échographie fœtale. Les entretiens semi-dirigés avaient lieu en face à face dans une salle de consultation du service de gynécologie-obstétrique, ils ont tous été réalisés par le même investigateur. La durée prévue des entretiens était d'environ 30 minutes. Ils étaient enregistrés, après accord de la patiente, au moyen d'un dictaphone. Les patientes venaient seules à l'entretien avec l'investigateur d'une part pour

permettre de recueillir leur ressenti et avis personnels et d'autre part, la crise sanitaire en cours au moment de la réalisation de ce travail interdisait tout visiteur pendant les consultations à la maternité, hormis au moment même de l'échographie fœtale.

Les patientes devaient être francophones et majeures pour pouvoir participer à l'étude.

2.3 Guide d'entretien

« L'entretien, comme une technique d'enquête, est né de la nécessité d'établir un rapport suffisamment égalitaire entre l'enquêteur et l'enquêté pour que ce dernier ne se sente pas, comme dans un interrogatoire, contraint de donner des informations. » (53, p7)

Afin d'interroger ce malentendu décrit entre les attentes maternelles et les objectifs médicaux de l'échographie, il était impératif de donner l'espace nécessaire aux parturientes pour exprimer leur avis, leur ressenti et produire ainsi une « *réponse-discours* ». L'entretien semi-dirigé nous paraissait adapté à cette approche. En effet, le travail bibliographique sur ce domaine effectué en amont a permis de dégager les problématiques et a structuré nos réflexions. La lecture de la littérature a dégagé, nous l'avons abordé dans les chapitres précédents, différents thèmes autour de la pratique échographique fœtale de dépistage. Ainsi, l'entretien semi-dirigé permet d'aborder ces thèmes assez précis, il n'est ni complètement ouvert sur une thématique large ni trop restreint par un questionnaire précis. (56). Il est adapté pour laisser libre au discours du répondant tout en offrant la possibilité de recentrer ce discours autour des objectifs de recherche. Dans un temps imparti plutôt court, afin de ne pas trop contraindre les parturientes venant pour leur échographie, le guide d'entretien permet de maximiser les informations obtenues sur les thèmes que notre recherche souhaitait aborder. Ce guide a ainsi permis de « faire parler » les femmes se prêtant à cette recherche autour de notre sujet, en les guidant à travers les questions ouvertes de notre guide, permettant ainsi de provoquer une certaine dynamique de discours sans les restreindre par des questions trop fermées.

Le guide d'entretien abordait ainsi trois thèmes autour de notre problématique de recherche : le **vécu des parturientes** avant l'échographie, **leurs attentes** de l'examen **et leurs connaissances** sur celui-ci (annexe 3). Une phase préliminaire à l'entretien était réalisée, volontairement assez courte, pour préciser le respect de l'anonymat et l'exploitation des données. Le consentement pour l'enregistrement de l'entretien était demandé.

Après un très bref questionnaire sur les données démographiques, les questions ouvertes étaient abordées. Après réalisation de 3 entretiens tests, il a été discuté de partir d'une question assez large sur la grossesse afin de mieux comprendre le contexte de celle-ci et éviter de rentrer trop brutalement dans le sujet. Ainsi le thème sur le **vécu** était abordé par la question très large « *Pouvez-vous me parler de cette grossesse ? Me raconter son histoire ?* ». Cela nous a paru plus pertinent de commencer l'entretien en plaçant un peu le contexte tout en installant la parturiente enquêtée, son vécu et son histoire, au centre du discours.

- **Le vécu** : ce thème abordait le ressenti des femmes avant l'échographie, leurs représentations et l'imaginaire autour de cet examen. Le guide comportait 4 questions pouvant être abordées de manière aléatoire en fonction du discours des femmes.
- **Les attentes maternelles** : les questions de ce thème abordaient plus précisément ce qu'elles attendaient de l'échographie du 1^{er} trimestre, mais aussi l'aspect plus social comme vu dans les chapitres précédents.

Après réalisation des 3 entretiens tests, il a été rajouté deux questions à ce thème afin d'affiner le discours des femmes sur ce thème, notamment sur l'aspect visuel de l'échographie, sur l'intérêt des images et sur le souhait des femmes concernant leur suivi échographique en termes de nombre d'examens. Au final, 5 questions larges sur ce thème étaient prévues dans le guide d'entretien.

- **Les connaissances de l'examen** : ce thème permettait d'aborder l'information médicale autour de la prescription de l'examen, mais également les connaissances personnelles des femmes sur l'échographie fœtale, et celle du 1^{er} trimestre plus précisément. Ce thème était interrogé par 3 questions.

La réalisation des entretiens tests nous a permis de comprendre que ce thème était plus difficile pour les enquêtées, il a donc été décidé d'aborder ces questions autour des

connaissances plutôt en fin d'entretien afin de ne pas mettre en difficulté les femmes et ainsi risquer de limiter le discours sur leurs représentations, attentes ou ressentis.

Ce guide avait pour rôle de structurer l'entretien et aidait les femmes à structurer leur discours autour des thèmes de la recherche, il n'était en rien rigide et les questions pouvaient être abordées de manière aléatoire en fonction de l'évolution de leurs réflexions et de leurs paroles, permettant ainsi d'effectuer des relances dans l'entretien. Des questions subsidiaires pouvaient être posées afin de les aider à préciser leur propos le cas échéant.

2.4 Données

Les entretiens enregistrés étaient rapidement et strictement retranscrits par écrit, incluant les silences et les réactions des enquêtées (pleurs, rires), ils étaient détruits après les retranscriptions écrites. Les enregistrements puis les données extraites étaient stockés sur un ordinateur personnel sécurisé par un mot de passe changé régulièrement. Les données étaient également stockées sur une clé USB sécurisée et cryptées sur l'ordinateur et la clé par un logiciel spécifique. La méthodologie de référence concernant la protection des données est la méthodologie MR004.

Ces données, sous forme de verbatim, ont été analysées de manière thématique, en respectant les thèmes du guide d'entretien. Il a été recherché dans les propos des parturientes les points de divergence et de convergence sur ces sujets, grâce à une analyse de discours. Les résultats ont été organisés au sein de ces thèmes, afin d'en interpréter les phénomènes associés et ainsi, les confronter aux données de la littérature.

3 : RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

3.1 Le déroulement de l'étude

L'étude s'est déroulée comme il était prévu, entre janvier et mars 2021 au sein du CHU d'Angers. Les patientes ont été appelées par téléphone en amont de leur échographie afin d'organiser l'entretien au mieux, dans le respect des conditions sanitaires et les contraintes organisationnelles, en lien avec l'épidémie de la COVID-19. La recherche leur a été présentée par téléphone sans en dévoiler la problématique afin de ne pas biaiser leurs réponses lors des entretiens, mais le sujet leur a été annoncé : leurs attentes de l'échographie fœtale. Après leur accord de participation, la lettre d'information leur était envoyée par courrier électronique. En fonction du planning prévu de consultations échographiques, 22 patientes ont été contactées : 8 d'entre elles ont refusé de participer à l'étude pour des problèmes d'organisation et de temps, 2 d'entre elles se sont présentées en retard à notre rendez-vous et l'entretien n'a pas pu avoir lieu, car cela aurait retardé le planning de consultations d'échographies. Au total, 12 entretiens ont eu lieu dans les conditions prévues par le protocole de recherche.

Ces entretiens se sont tous déroulés en présentiel sans accompagnant. Les conjoints ou accompagnants rejoignaient les patientes dans un second temps pour l'échographie, ce décalage a parfois été la raison du refus de certaines patientes, car le temps d'attente pour l'accompagnant était trop long, prenant en compte le fait que les salles d'attente sont réservées aux patientes en période de crise COVID-19. La Direction de l'hôpital avait exceptionnellement autorisé la présence d'un accompagnant au moment de l'échographie, aucun accompagnant n'était autorisé pour les autres consultations.

La durée moyenne des entretiens était de 22 minutes ; nous avions prévu 30 minutes en moyenne. L'entretien le plus court a été de 13 minutes, le plus long de 29 minutes.

Il n'y a pas eu de difficulté particulière rencontrée pour ces entretiens, mis à part une sollicitation des patientes dans les premiers entretiens de mes compétences de sage-femme, avec des questionnements qui ne rentraient pas dans le cadre de l'étude. Afin de pallier à ce problème, j'ai fait le choix de maintenir une présentation au téléphone (pour la proposition de participation à la recherche) en tant que sage-femme étudiante en master 2 de recherche en éthique médicale, et il a ensuite été précisé en début d'entretien que je me positionnais en tant qu'étudiante malgré mon statut de sage-femme, et que je n'étais pas du tout échographiste. Il m'a semblé judicieux de bien séparer les deux fonctions tout en ne niant pas ma fonction de sage-femme ; en effet, il m'a semblé que cela pouvait avoir un rôle de mise en confiance pour les femmes et favoriser la prise de parole. Cela semble s'être confirmé, car les femmes n'ont pas hésité à confier leurs antécédents personnels en lien avec leur histoire de femmes, elles ont aisément exprimé leurs émotions et se sont livrées pour la plupart d'entre elles, avec facilité.

3.2 La population des femmes

Les femmes ayant accepté de participer à cette recherche avaient en moyenne 31 ans, 8 d'entre elles exerçaient une profession. La plus jeune avait 28 ans et la plus âgée 34 ans. En ce qui concerne leur vie personnelle, 10 d'entre elles étaient en couple et 9 d'entre elles étaient accompagnées par leur conjoint au moment de l'échographie, 3 s'y étaient rendues seules. Pour 5 d'entre elles, il s'agissait de la première grossesse, elles avaient en moyenne un enfant dont l'âge moyen était de 6 ans. Le nombre moyen de grossesses, en comptant celle en cours au moment de l'entretien, était de 2,5, deux d'entre elles avaient eu une interruption volontaire de grossesse ou plus, deux avaient eu un antécédent de grossesse extra-utérine (GEU) et deux autres un antécédent de fausse couche spontanée précoce (FCS), une patiente avait eu un enfant décédé d'une mort inopinée du nourrisson quelques mois avant cette nouvelle grossesse. Enfin, pour 8 femmes la grossesse était désirée.

En ce qui concerne les examens échographiques, 5 patientes sur 12 avaient déjà eu des échographies précoces de datation, en fonction des antécédents (GEU notamment), des symptômes de fausse couche (douleurs pelviennes ou des métrorragies de début de grossesse), des cycles irréguliers ou encore du souhait de la patiente ou du médecin qui la suit. Une patiente avait déjà eu 3 échographies avant l'échographie « officielle » du premier trimestre. (cf tableau 1)

Tableau 1 : Description population n=12

Données	
Âge moyen [min-max]	31 [28-34]
En activité professionnelle (oui), nombre (%)	8 (66,7)
• Employé qualifié, nombre (%)	4 (50)
• Profession intermédiaire, nombre (%)	2 (25)
• Employé non qualifié, nombre (%)	2 (25)
Nombre grossesse moyenne [min-max]	2,5 [1-5]
• Grossesse extra-utérine, nombre (%)	2 (33,3)
• Fausse couche spontanée, nombre (%)	2 (16,6)
• Interruption volontaire de grossesse, nombre (%)	2 (16,6)
Nombre enfant moyen [min-max]	1 [0-4]
• Âge moyen des enfants (années) [min-max]	6 [3-8]
En couple (oui), nombre (%)	10 (83)
Présence conjoint à l'échographie (oui), nombre (%)	9 (75)
Grossesse désirée (oui), nombre (%)	8 (66,7)

3.3 Les résultats thématiques

3.3.1 Vécu des femmes avant l'échographie

Le vécu des patientes avant leur échographie était un axe que nous avons exploré dans les entretiens afin d'interroger leur(s) ressenti(s), leur(s) représentation(s), leur imaginaire autour de cet examen particulier de la grossesse.

- Le vécu du début de la grossesse

Avant d'interroger les parturientes sur l'échographie à proprement parler, après les entretiens tests, nous avons décidé de les questionner sur le vécu de leur début de grossesse afin de mieux appréhender leur état d'esprit avant l'examen échographique ainsi que le contexte de cette grossesse. Il apparaît dans les entretiens que la grossesse reste à ce stade, un état assez abstrait avec une vie « classique », dans un temps d'expectative vers quelque chose qui sera différent. Toutefois, beaucoup de femmes interrogées se disent dans l'attente de confirmation, dans quelque chose qui n'est pas vraiment « réel » même si la grossesse est confirmée par un test biologique ou même par une échographie de datation.

En effet, 5 patientes sur 12 ont eu une échographie de datation, elles connaissaient donc déjà le nombre d'embryons, la date du terme, la localisation de la grossesse, etc., ce qui n'empêche pas le doute de persister sur l'évolutivité de la grossesse :

« Il y a eu l'écho de datation qui m'a un peu rassurée. Mais c'est un peu compliqué de se projeter quand même du coup, on est toujours un peu sur la réserve » (Entretien10, E10).

La grossesse reste un état abstrait, source de doutes pour toutes les femmes, dans un statut encore « embryonnaire » malgré l'absence de règles et qu'il y ait ou pas des symptômes de début de grossesse. La présence *in utero* n'est pas ressentie, ce qui exacerbe ce sentiment. Elles expriment toutes le doute, notamment en l'absence de signes leur permettant de réaliser leur état de grossesse :

« Parce que là en fait le seul gros souci que j'ai c'est que je n'ai, souci qui n'en est pas un en fait, c'est que je n'ai aucun symptôme en fait. Je n'ai pas l'impression en soi d'être enceinte. » (E. 5)

Ces doutes sur le statut de leur grossesse ou son évolutivité sont mis en lien dans quelques cas avec les antécédents personnels (FCS ou GEU) ou ceux de l'entourage familial ou amical, ce qui entraîne une exacerbation de cette impression de précarité ontologique de l'état de grossesse.

Il nous semble que le fait que la grossesse soit programmée ou non n'a pas de réelle influence sur les doutes ressentis par les parturientes. En effet, si leur nature peut différer, nous retrouvons systématiquement l'idée que c'est cette échographie du 1^{er} trimestre qui lèvera les doutes et servira de confirmation, au-delà de toutes celles que les femmes auraient déjà pu avoir (absence de règles ou échographie de datation). Pour le formuler autrement, même si ces femmes savent qu'elles sont enceintes, elles ne sont pas certaines qu'elles portent un foetus, foetus vivant et potentiellement viable.

- Les sentiments avant l'échographie

Les patientes étaient interrogées sur leur état d'esprit avant de réaliser l'échographie, nous avons fait le choix de ce terme afin de ne pas les enfermer dans des émotions précises, des sentiments ciblés, et le terme générique nous est apparu adéquat afin de leur laisser un large champ de réponses. Toutes les patientes décrivent un état d'esprit particulier avant cette échographie, l'examen est important et attendu pour la plupart d'entre elles, une seule estime qu'il s'agit d'un examen comme les autres :

« Ben c'est une échographie quoi, c'est la première fois aussi, je ne sais pas comment ça va se passer en fait, ce qu'on va me dire donc je sais pas, je verrai bien. » (E. 9)

Pour les 11 autres femmes, il s'agit d'un moment particulier, entraînant un ressenti spécifique à cet examen. Les sentiments des femmes semblent être partagés en deux sous-groupes, en deux pôles relativement opposés : les sentiments plutôt positifs et des sentiments plutôt négatifs. Les sentiments positifs se retrouvent dans l'utilisation de vocabulaire comme « heureuse », « l'excitation », « contente », « impatience », le discours se construit autour du fait d'avoir hâte, d'être heureuse de voir ou de savoir.

Inversement, un autre vocabulaire est utilisé autour de sentiments plus négatifs qui viennent contraster avec ceux d'avant, tels que : « *anxiété* », « *stress* », « *angoisse* », « *peur* », « *appréhension* ». Le terme de stress est assez peu utilisé finalement, le terme d'angoisse lui est préféré dans le discours des femmes, ce que l'on retrouve c'est plutôt l'idée de tension, d'attente appréhensive.

« *Même si tout va bien, on appréhende toujours les échographies (...) c'est plus de l'appréhension, de l'angoisse que du stress vraiment.* » (E. 8)

« *Euh, j'ai hâte à 200% même euh samedi matin je me disais si je pouvais me rendormir et me réveiller lundi ce serait top mais voilà. Après stressée.... Oui au fond ça c'est sûr, j'essaie de , par ex ce matin: je me suis beaucoup occupée etc... donc.* » (E.5)

Toutefois, ces termes sont très souvent utilisés en miroir avec les sentiments positifs, traduisant ainsi une forme d'ambivalence. En effet, pour toutes ces femmes, ces sentiments avant de réaliser leur échographie fœtale se mélangent et ils sont nuancés par les sentiments opposés. Cela peut traduire une certaine envie de savoir, d'apprendre des choses par cet examen tout en appréhendant le résultat, ou ce qui va être vu ou non vu :

« *Voilà, c'est mélangé, tout est confus dans ma tête, il y a de tout. C'est le bonheur, mais si on me confirme que tout va bien.* » (E. 7)

« *J'ai hâte pour être soulagée parce que j'ai l'impression d'avoir compté les jours, les jours, très impatiente. Après toujours une appréhension, si ça se trouve le bébé ça va pas ou il y a un truc et euh... C'est long d'attendre tout ce temps pour savoir. Je suis un peu écartelée, à la fois je m'imagine le meilleur mais en même temps le pire et puis...* » (E.12)

Ainsi, on voit comment l'ambivalence est bien présente et que l'échographie représente à la fois une source de bonheur, mais aussi d'anxiété. Les patientes nuancent toutes leurs sentiments heureux du moment qu'elles vont vivre, avec au *minimum* une appréhension avant de s'y rendre, au *maximum* une angoisse prégnante qui empêche même que l'échographie fœtale soit un moment de « plaisir » pour une des patientes.

- L'imaginaire autour de l'échographie fœtale

Afin de questionner l'imaginaire avant la réalisation de l'échographie, nous avons interrogé les femmes sur ce qu'elles avaient rêvé ou envisagé à propos de cette échographie, comment

elles imaginaient l'examen en lui-même, ou comment elles allaient réagir en fonction de la façon dont elles comprenaient la question.

8 femmes sur 12 déclarent qu'elles n'ont rien imaginé ou qu'elles n'avaient pas vraiment réfléchi au déroulé de l'échographie soit parce qu'elles ont déjà fait l'expérience de l'échographie donc elles savent comment cela va se passer, soit parce que leur entourage leur a déjà expliqué comment une échographie fœtale se déroule.

« Ben non, j'ai pas trop réfléchi, après je sais pas... silence... faut que ça passe vite en fait. » (E.12)

« A vrai dire, je n'ai pas spécialement imaginé, je ... j'attends de voir, d'entendre le cœur, ça par contre entendre le cœur ça j'ai vraiment envie. Et puis euh non je ne me la suis pas trop imaginée vu que j'attends d'être rassurée aussi. » (E.11)

Sur cette question, on ne retrouve pas de parturientes qui abordent spontanément la recherche du déroulé sur internet. Il apparaît également que certaines femmes ne l'ont pas imaginée en justifiant cela par la peur d'être déçues en cas de problème révélé lors de l'échographie.

Pour d'autres, quand la question leur a été posée sur ce qu'elles en imaginent, elles ont plutôt répondu en axant autour de leurs souhaits, de leur idéal, de l'absence de problème :

« Parfaite ! Rires. Tout se passe bien, qu'on me dise que tout se passera bien, qu'il n'y aura pas de problèmes par la suite. » (E. 8)

Parfois, l'imaginaire se construit autour du vécu d'une première grossesse ou d'antécédents particulier comme la fausse couche pour une patiente :

« Juste que ça ne se passe pas comme mon autre grossesse. (...) J'étais plus naïve en fait. (...) Je n'avais pas envisagé que ça se passerait comme ça en fait. Que là c'est plus le même état d'esprit ! » (E. 10)

D'un point de vue émotionnel, peu de femmes ont abordé leurs réactions possibles au moment de l'échographie, seulement 2 patientes ont abordé ce sujet lors de la question sur l'imaginaire autour de l'échographie. Aucune n'a parlé des éventuelles émotions ou réactions du conjoint accompagnant.

3.3.2 Attentes maternelles autour de l'échographie fœtale

Afin de mieux cibler et de mieux comprendre les attentes maternelles autour de l'échographie fœtale, nous avons travaillé dans notre guide d'entretien sur les questions concernant ce que les parturientes souhaitent connaître et les réponses auxquelles elles aimeraient avoir des réponses lors de cet examen.

Nous avons pu remarquer que pour toutes les femmes interrogées, le premier intérêt exprimé est « *savoir que tout va bien* », elles utilisent toutes en premier lieu cette expression un peu générique et vague. Quand il leur a été demandé ce qu'elles entendaient par cette phrase, ce qu'elles englobaient dans cette expression, nous avons obtenu quelques réponses autour de l'évolutivité de la grossesse, le développement global du fœtus et parfois, il a même été difficile pour elles de détailler ce qu'elles voulaient dire par là.

« *C'est savoir si tout va bien c'est tout, savoir clairement que tout est normal en fait.* » (E. 5)

Certaines ont pu détailler un peu plus ce qu'elles souhaitaient savoir et nous réalisons que ces attentes générales tournent en fait autour de deux pôles, c'est-à-dire que le « tout » de l'expression « tout va bien » signifie à la fois le fœtus en tant qu'il est correctement formé, et à la fois le fœtus en tant qu'il est vivant.

- Le statut de la grossesse : les réponses pour lesquelles « tout va bien » signifient que la grossesse est bien en cours

Comme nous l'avons mentionné dans la partie concernant le sentiment d'abstraction des parturientes concernant leur grossesse, les patientes abordent l'état de grossesse et souhaitent que son statut leur soit confirmé par l'échographie. Leurs inquiétudes sont cristallisées autour de l'évolutivité de la grossesse, de la présence de la grossesse. Toutes mentionnent d'une façon ou d'une autre le risque que le fœtus ne soit plus présent et qu'elles aient fait une fausse couche, qu'elles l'aient déjà vécue ou non.

Trois patientes questionnent directement le fait que la grossesse évolue bien, 4 attendent qu'on leur confirme que la grossesse est toujours présente. Certaines femmes expriment clairement qu'elles attendent que l'échographie leur fasse prendre conscience de leur

grossesse, elles demandent à réaliser ce qui est abstrait et pour elles, l'échographie endosse ce rôle :

« C'est encore flou pour réaliser que c'est bien un bébé quoi, là je sais que je suis enceinte, mais c'est tout, je n'ai pas l'impression d'avoir quelque chose dans mon ventre. »

(E. 9)

Les questionnements se situent également autour de l'officialisation et la concrétisation de la grossesse pour 6 d'entre elles :

« C'est pour officialiser en fait, concrétiser. Pour concrétiser, être sûre que tout va bien parce que c'est souvent le début qui est compliqué. Être sûre que tout va bien et puis que ce soit officiel, avec une date, qu'on se projette. » (E. 12)

Il apparaît que cette concrétisation revêt deux formes : d'une part, il s'agit d'une confirmation extérieure qui est apportée par le personnel médical et qui porte plutôt sur le fait que la grossesse soit *toujours* en cours ; d'autre part, il s'agit d'une étape qui leur permet à elles d'avoir une confirmation visuelle de leur grossesse, et qui porte plutôt sur le fait que la grossesse est *bien* en cours :

« Pour moi, tant que je n'ai pas vu l'écho et que je n'ai pas entendu battre le cœur : il n'est pas là. » (E. 1)

- Le statut du fœtus : les réponses pour lesquelles « tout va bien » font référence au développement fœtal

Lorsque nous avons demandé aux femmes de préciser ce qu'elles entendaient par « *tout va bien* », une autre partie des réponses, peu nombreuses, tourne autour des caractéristiques propres du fœtus, notamment ce qu'elles considèrent comme un bon développement, ou des caractéristiques liées au sexe. Pour autant, elles ne sont pas *a priori*, avant cette échographie du 1^{er} trimestre, dans l'attente qu'on leur donne des caractéristiques précises, physiques, de leur enfant en devenir.

Plusieurs des parturientes interrogées abordent directement ce qu'elles considèrent comme la bonne formation du fœtus, 3 d'entre elles ont parlé les membres du fœtus, une a détaillé par « **qu'il soit formé correctement** » (E8), une autre par « **que tout soit au bon endroit** » (E2).

Par ailleurs, 6 patientes sur 12 souhaitent entendre le cœur, pas seulement le voir ou qu'il soit vérifié. On retrouve 15 occurrences spontanées d'expressions autour du fait d' « entendre » et de ses variations (« *entends* », « *entendu* ») dans les réponses des patientes.

On peut constater qu'il est compliqué pour elles de détailler explicitement les informations qu'elles souhaitent connaître.

« J'espère qu'on pourra m'en dire le plus possible et me dire vraiment. » (E. 4)

Seulement 2 d'entre elles abordent spontanément les anomalies et les malformations, sans les détailler, et 4 abordent la trisomie, sous-entendu la trisomie 21, mais cela n'a été précisé qu'une fois. Deux patientes ont mentionné la clarté nucale sans précision, une enfin aimerait que l'on vérifie si le fœtus n'a pas de pied bot et qu'on lui dise si le fœtus aura des allergies alimentaires ou des troubles du comportement (en lien avec ses deux aînés qui ont ces affections et le fait que cette patiente est persuadée que c'est en lien avec sa grossesse.).

Seules 4 parturientes ont ajouté dans leurs attentes de l'échographie fœtale des connaissances sur les caractéristiques de leur bébé. Plus précisément, elles ont mentionné la vérification de la normalité du fœtus à travers l'observation des « ***cinq doigts et cinq orteils*** » (E4), « ***ses deux petites mains, ses deux petites jambes*** » (E5).

Il apparaît que la vérification de certaines caractéristiques fœtales est présentée comme un moyen de mieux se le représenter afin de mieux concrétiser la grossesse :

« La taille, le poids à peu près parce que c'est vrai que c'est dur à imaginer oui (...) de rendre la chose concrète, de se dire que oui ça fait cette taille, ça pèse tant, c'est un indicateur. » (E10)

Enfin, 7 patientes abordent spontanément le sexe du bébé et souhaiteraient le connaître, même si certaines émettent le fait qu'il est peut-être un peu tôt dans la grossesse pour pouvoir le voir ou le savoir ; et 4 d'entre elles souhaitent connaître le nombre de fœtus.

Dans un autre registre, mais en lien avec la santé, 3 des femmes interrogées aimeraient également que l'on vérifie leur santé : longueur du col, signe d'endométriase et une autre ne détaille pas. Parmi les réponses, certaines patientes ont exprimé un risque pour leur propre santé, avec l'examen échographique qui agit également comme une certification que la grossesse n'est pas un danger pour elles. (cf tableau 2)

Tableau 2 : Réponses souhaitées des patientes n=12

Données	
Savoir si tout va bien, nombre (%)	12 (100)
Sexe du fœtus, nombre (%)	7 (58,3)
Entendre le cœur, nombre (%)	6 (50)
Nombre de fœtus, nombre (%)	4 (33,3)
Terme de la grossesse, nombre (%)	4 (33,3)
Anomalie, malformation, nombre (%)	3 (25)
Trisomie, nombre (%)	4 (33,3)
Santé la femme, nombre (%)	3 (25)

Nous avons pu ainsi constater que les femmes ont utilisé essentiellement un vocabulaire assez large autour de *voir-savoir*, sans pour autant détailler, expliciter les connaissances précises qu'elles aimeraient acquérir, mis à part le sexe, la trisomie et la présence des 4 membres.

Ainsi, pour la plupart des femmes tout se fait comme si le fœtus n'était pas encore un être réellement individualisé à ce stade, les principales préoccupations retrouvées sont autour de l'état de grossesse, de son évolutivité, de son statut et de la présence du fœtus vivant.

Dans un second temps, nous avons aussi questionné leurs attentes autour des images échographiques, de ce qu'elles représentaient pour elles, ainsi que l'utilisation qu'elles en auront par la suite. Cette partie-là des entretiens pourra nous permettre d'approcher l'aspect social de l'échographie.

- Les images : leurs rôles

Pour la majorité des femmes, il est inenvisageable de ne pas voir les images pendant l'examen échographique. Une seule d'entre elles affirme qu'elle pourrait ne pas voir tant qu'elle a le compte rendu de l'échographiste et les images imprimées ensuite.

Les parturientes expriment le besoin de voir pour deux raisons principalement :

- pour les aider à concrétiser ou à prendre conscience de la grossesse pour 9 d'entre elles,
« Je suis comme St Thomas, faut voir pour croire ! » (E. 6)

Elles mettent cela en lien avec le fait de ne pas *sentir* leur grossesse, parce qu'elles n'ont pas de symptômes dans certains cas, et donc de ne pas réaliser qu'elles ont un fœtus dans le ventre puisqu'elles n'ont aucune perception de cet état interne. Cette raison repose sur la présence du bébé en devenir.

- pour vérifier par elles-mêmes ou pour analyser les images pour 6 d'entre elles,
« Je vais regarder si moi qui suis pas médecin je pourrais voir quelque chose que le médecin aurait pas vu. » (E. 4)

Elles mettent cela en lien avec une nécessité de participer, pour elles, au décryptage *a posteriori* des images, afin notamment de continuer à se rassurer en regardant elles-mêmes les images, ou en les montrant au médecin qui les suit ou à leur famille. L'une d'entre elles considère par exemple être capable de lire correctement une échographie et donc de ne rien rater quant à ce que les images montrent.

Toutefois, 5 patientes modèrent l'importance de voir par elles-mêmes en soulignant l'intérêt majeur des explications de l'échographiste et le soutien de son discours par rapport à ce qui est vu à l'écran.

« Après, il nous faut aussi les explications des échographistes parce que bon nous on arrive à voir la tête, les bras, les jambes. C'est déjà bien, mais bon c'est limité ! Quand on a fait l'écho de datation, la gynéco m'a dit la tête est bien séparée du corps. Nous on ne voyait absolument pas, c'est rassurant d'avoir aussi les explications. » (E. 10)

Une patiente aborde même la mésinterprétation possible des images *a posteriori*, et l'aspect anxiogène si cela n'est pas accompagné d'explications médicales.

Il apparaît que le fait de *voir* est hautement associé au fait de *savoir* (comme nous l'avons mentionné précédemment). En effet, les expressions autour de « **voir** », c'est-à-dire les expressions contenant « *voir* », « *vois* », « *apercevoir* » au sens de la vue et non au sens de « on va voir », ou « *besoin de voir* », dépassent les 90 occurrences dans les réponses des

parturientes et nous avons constaté de nombreuses répétitions. Les variations d'expressions spécifiques autour de la nécessité pour les patientes de *voir* : « *besoin de voir* », « *il faut voir/que je vois* », « *je dois voir* » apparaissent 14 fois dans les réponses.

Alors que les occurrences pour « *savoir* » - uniquement en lien à la grossesse et hors expressions telles « à savoir » - ne sont qu'au nombre de 55 dans les réponses des patientes. Nous constatons qu'elles mettent surtout en avant le fait de *voir* dans leurs discours, avant même de savoir même si les deux sont en relation directe.

- Les images : leurs utilisations

Nous abordons ici les images qui sont données aux femmes et/ou au couple avec le compte rendu de l'échographie à l'issue de l'examen. Pour interroger l'utilisation sociale des échographies, nous avons demandé aux parturientes ce qu'elles pensaient faire de ces images une fois rentrées chez elles. (cf tableau 3)

Toutes les femmes ont déclaré qu'elles allaient les garder, et ce pour différentes utilisations :

- Pour 10 d'entre elles, les images seront partagées avec l'entourage familial et amical, notamment avec les aînés quand il y en a. Ce partage semble s'inscrire dans une volonté de reconnaissance familiale et sociale de la grossesse, afin de la concrétiser à travers les autres et la reconnaissance des autres, mais également d'aider les autres enfants à mieux réaliser et anticiper l'arrivée d'un nouvel enfant dans la famille. Ainsi, pour 4 d'entre elles, les images seront le support d'une annonce de la grossesse. Plus précisément, pour 2 des parturientes, les images illustreront un évènement convivial autour de cette annonce. L'une a prévu une chasse au trésor pour ses enfants afin de leur faire deviner l'arrivée de ce nouvel enfant, une autre a organisé une fête afin de l'annoncer et les échographies seront imprimées pour la décoration.
- Deux d'entre elles déclarent spontanément qu'il y aura une utilisation sur les réseaux sociaux pour annoncer à l'entourage plus large la grossesse, et pour une femme pour recueillir l'avis sur le sexe du bébé dans un groupe Facebook de futures mères.
- Sept vont avoir une utilisation des images pour créer des souvenirs dans des livres retraçant la grossesse, dans un carnet dédié ou encore d'un cadre souvenir comme si l'image échographique était une réelle photographie.

« Comme pour mes autres enfants, il va y avoir un petit cadre avec une photo de famille et la photo de l'écho. J'ai fait des cadres avec une photo du bébé en tout début de grossesse, une à la fin et une en 3D que le gynéco avait fait et une de la naissance. J'ai fait comme un montage du début à l'arrivée du bébé. » (E. 6)

- Pour 3 d'entre elles, il est prévu de regarder les images à distance et les analyser à nouveau.

Tableau 3 : Utilisation des images échographiques n=12

Données	
Partage avec l'entourage, nombre (%)	10 (83,3)
Souvenirs, nombre (%)	7 (58,3)
Annonce grossesse, nombre (%)	4 (33,3)
Analyse des images, nombre (%)	3 (25)
Support évènement, nombre (%)	2 (16,7)
Réseaux sociaux, nombre (%)	2 (16,7)

Au-delà des images, nous avons demandé aux femmes si elles allaient raconter les détails de l'échographie à leur famille. Seulement 6 d'entre elles ont répondu qu'elles allaient expliquer, raconter l'examen échographique à leur entourage proche, une a précisé qu'elle raconterait plutôt l'aspect émotionnel de l'échographie.

Celles qui estimaient qu'elles ne raconteront pas, avançaient la raison de l'intimité, que cela devait rester au sein du couple. On ne peut que constater le décalage entre le fait de montrer les images (elles sont 10 à penser le faire) et le fait de raconter les détails de l'examen. L'aspect de reconnaissance sociale de l'enfant en devenir et de l'état de grossesse semble se faire plutôt à travers ce qui peut se voir, l'image donc, plutôt qu'à travers le récit que les femmes pourraient faire de cet examen échographique.

- Le souhait des femmes sur le suivi échographique

Nous avons interrogé les parturientes sur leurs souhaits autour du suivi échographique lors de la grossesse. Cette question a été intégrée après les 3 entretiens tests, à partir de la 4^e parturiente, car la première patiente avait abordé cette question spontanément. Ainsi, avec celle-ci, 8 patientes annoncent qu'elles aimeraient profiter d'échographies supplémentaires, en plus des trois échographies recommandées dans le suivi de la grossesse normale. À travers leur discours, nous avons l'impression que les échographies trimestrielles sont le minimum à réaliser, comme si elles étaient obligatoires, et nous pouvons toucher du doigt l'aspect ludique des échographies par cette volonté d'en avoir plus, au-delà de l'intérêt médical.

« En fait, c'est dire quand tout va bien, qu'on en a que trois, qu'on ne le voit que trois fois. (...) Je trouve toujours dommage de ne pas le voir plus souvent. (...) Une fois par mois, je me dis que c'est le minimum. » (E. 4)

Deux patientes modèrent toutefois cette volonté par une réflexion autour du suivi prévu et recommandé par les médecins et autour des risques potentiels des ondes nécessaires.

« Ben forcément, on aimerait bien en avoir plus. Mais après, je pense que je ne serai pas trop gourmande parce que je sais que les ondes comme ça, ce n'est pas forcément bon non plus. » (E. 11)

Pour beaucoup d'entre elles, l'intérêt de rajouter des échographies est la réassurance sur l'évolutivité de la grossesse et le bon développement fœtal, notamment lorsque les mouvements fœtaux ne sont pas encore perçus. Certaines mentionnent notamment le fait que la durée entre les échographies recommandées est trop longue au regard de ce qui pourrait arriver pendant ce temps où le bon déroulement de la grossesse n'est pas vérifié.

3.3.4 Connaissances maternelles de l'échographie fœtale

Nous l'avons vu dans la partie contextualisation, le cadre réglementaire impose une information éclairée et un consentement écrit est demandé aux patientes avant de pratiquer l'échographie fœtale de dépistage, mais certaines études ont montré que l'information était souvent partielle (15,51). Dans nos entretiens, nous avons voulu nous intéresser à cette problématique et à la prescription de l'échographie. Mais au-delà de l'information médicale

et pour questionner le *malentendu* décrit entre les objectifs médicaux et les objectifs maternels, nous avons interrogé les femmes sur leurs connaissances de l'échographie fœtale : la technique et les objectifs médicaux.

- Les connaissances techniques

La totalité des femmes interrogées déclare spontanément qu'elles n'ont aucune connaissance sur la technique échographique, 5 d'entre elles répondent même qu'elles n'y ont jamais réfléchi. Elles n'ont finalement pas de connaissance sur l'obtention des images et la nature de celles-ci. La question a semblé les mettre un peu en difficulté, c'est pour cette raison qu'après les entretiens tests, nous avons décidé de mettre la question en fin d'entretien en précisant qu'il n'y avait pas de mauvaise réponse.

« Non franchement je ne comprends rien. Ils font clic clic clic. Je ne me suis jamais penchée sur la question. » (E. 2)

Une seule femme utilise le terme ultrasons sans pouvoir pour autant expliciter leur utilité dans la technique échographique, deux autres ont parlé d'ondes.

En revanche, deux d'entre elles abordent la potentielle dangerosité des ondes en cas d'utilisation trop fréquente.

« J'imagine que c'est peut-être pas à 100% bon pour le corps, peut être des infrarouges ou des rayons, des trucs comme ça. Ce n'est pas bon en soi. » (E. 5)

Il est intéressant de relever que certaines patientes ont une vision de l'échographie fœtale qui est presque illusoire, notamment une patiente qui pense que l'on peut dépister des allergies ou des troubles du comportement *in utero*.

- Les objectifs médicaux selon les patientes

Nous avons posé une question aux femmes sur ce qu'elles savaient des objectifs médicaux de l'échographie fœtale, notamment celle du premier trimestre. Il apparaît que les femmes n'ont pas connaissance précise de ce qui est recherché ou attendu lors de cet examen, mais elles sont conscientes que les attentes médicales sont différentes des leurs. Elles exprimaient cela par le fait qu'il y ait des « choses » à vérifier ou des mesures à effectuer en restant dans des

termes plutôt vagues. Elles étaient tout à fait au clair avec le fait qu'il existe une sorte de décalage entre ce que le professionnel de santé va rechercher et ce qu'elles viennent chercher lors de l'échographie. Une patiente a résumé cela par la différence entre l'aspect technique *versus* l'aspect émotionnel : le terme « *technique* » (souvent dans l'expression « côté technique ») revient 6 fois dans le discours des patientes, souvent en lien avec celui des « mesures » effectuées par le personnel soignant ; les variations du terme « *médical/médicaux* » apparaissent environ 5 fois.

Deux parturientes ont déclaré clairement qu'elles ne savaient pas répondre à cette question autour des objectifs médicaux.

Pour 7 d'entre elles, les objectifs médicaux sont résumés par ce côté technique et/ou médical de l'approche des échographistes. Mais elles n'étaient que 4 à exprimer clairement la recherche d'anomalies ou de problèmes, l'une d'elles a abordé la possibilité d'IMG :

« Vous, c'est l'aspect très médical, à savoir si tout est bien placé, si le bébé est vraiment viable. Je suppose que c'est un peu ça. Vous allez être dans des mesures, des vérifications, un côté un peu technique et nous dans le côté plus émotionnel forcément. » (E. 9)

Deux patientes pensaient que les objectifs médicaux n'étaient pas seulement axés vers le fœtus, mais concernaient aussi la parturiente.

Une femme précise que les objectifs médicaux sont probablement différents en fonction du trimestre de la grossesse et donc de la date de l'échographie.

« Aussi, en fonction des trimestres par exemple à l'écho des 5 mois, à mon avis vous cherchez d'autres choses encore. (...) Donc je pense qu'à chaque écho, vous avez des trucs précis à chercher, plus dans le détail de certaines mesures. Par exemple par rapport à la trisomie, des choses comme ça. » (E. 5)

Une autre a parlé de l'intérêt de l'échographie afin d'anticiper et d'organiser un suivi spécifique si nécessaire.

Enfin, une autre femme pensait que le rôle des échographistes est également autour des images et du bonheur apporté aux parturientes par leur intermédiaire.

- L'information médicale et le consentement

Nous avons souhaité interroger les parturientes sur l'information reçue au moment de la prescription et la demande d'examen échographique du premier trimestre de la grossesse afin de vérifier la conformité ou non à la législation.

Pour 9 patientes, l'échographie a été prescrite par leur médecin traitant, pour 2 patientes c'est l'interne des urgences gynécologiques qui est le prescripteur et enfin pour une patiente c'est son gynécologue libéral. (cf figure 3)

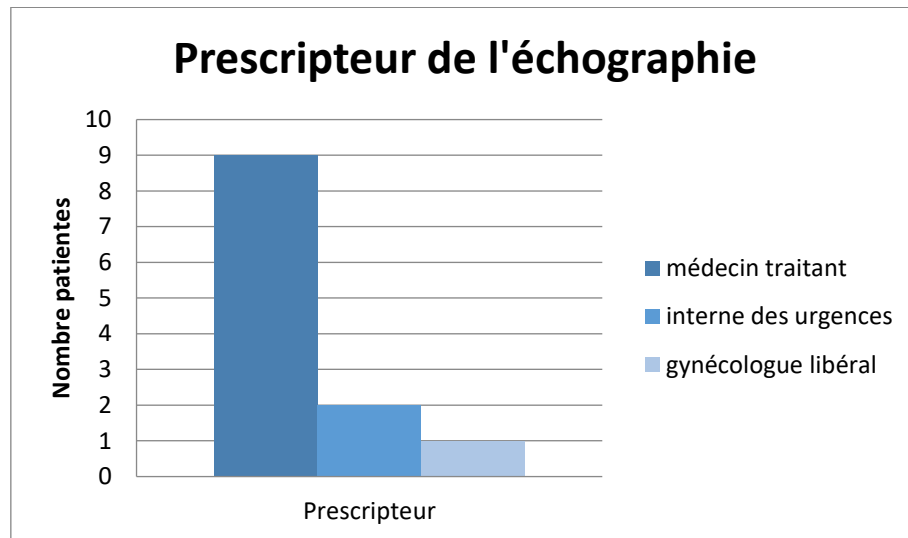


Figure 3

Aucune information médicale spécifique n'a été donnée pour 9 patientes sur 12 au moment de la prescription.

« Il n'a rien détaillé du tout, il m'a juste dit voilà faut aller la faire. Point barre. »

(E. 4)

Toutefois, le dépistage de la trisomie a été abordé au moment de la prescription pour 3 patientes et deux patientes ont affirmé que le médecin leur a dit que l'échographie pourrait dater le terme de la grossesse.

Une patiente modère l'absence d'information par sa gynécologue par le fait qu'elle est secrétaire médicale et qu'elle a déjà des informations et de connaissances. (cf figure 4)

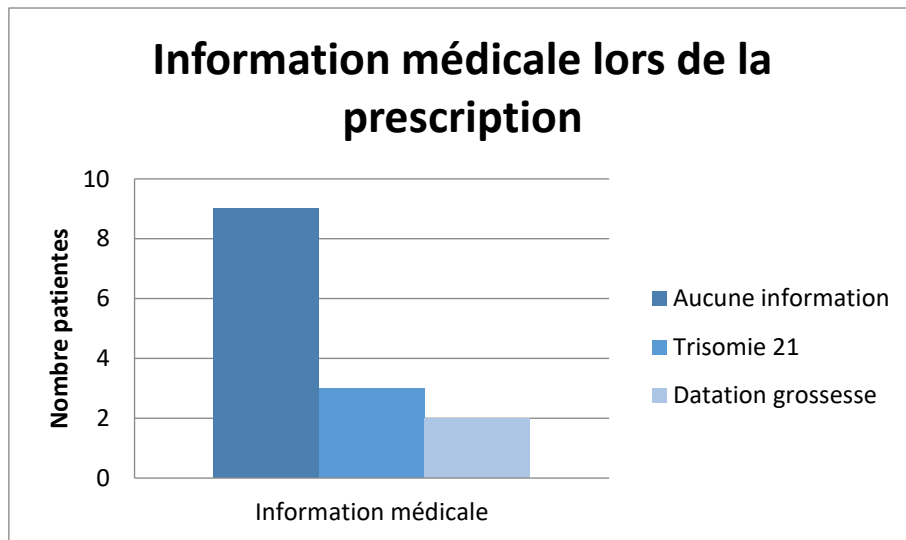


Figure 4

Toutefois, il nous a semblé intéressant de vérifier ces résultats sur l'information médicale en fonction de la parité des femmes. Est-ce que l'expérience personnelle de grossesse et donc d'échographie est une raison pour ne pas renouveler l'information médicale à cette prescription, car les femmes l'auraient déjà eu précédemment ?

Sur 5 patientes nullipares, 3 n'ont pas eu d'information spécifique et 2 en ont reçu une sur le dépistage de la trisomie 21 soit 40% d'entre elles. Pour les 7 patientes multipares, 6 d'entre elles n'ont eu aucune information spécifique et 1 a eu une information sur la trisomie 21, soit 24% d'entre elles.

Il semble donc que les patientes nullipares ont, en proportion, reçu plus d'informations médicales au moment de la prescription. (*cf figure 5*)

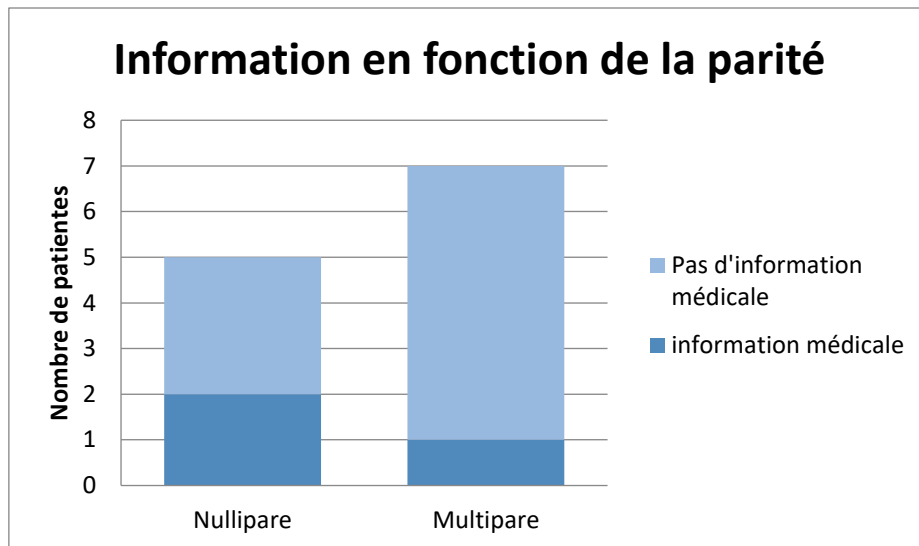


Figure 5

Concernant le consentement écrit, aucune patiente n'en a spontanément parlé lors de la question autour de l'information médicale. Il semble donc qu'aucune d'entre elles n'en ait signé un avant de réaliser l'examen, du moins pas par le médecin prescripteur de l'échographie fœtale.

4 : DISCUSSION

4.1 La méthodologie

4.1.1 Points forts de l'étude

Ce travail de recherche avait comme hypothèse que les attentes maternelles de l'échographie fœtale étaient basées sur un malentendu. Il nous est alors apparu important de nous intéresser à la parole des parturientes concernées. En effet, à notre connaissance, peu de travaux dans la littérature se basent sur leurs discours avec une approche qualitative auprès d'elles. Notre recherche a ainsi, eu l'intérêt de prendre l'avis des femmes, de recueillir leurs ressentis, de questionner leurs attentes de l'échographie fœtale dans sa globalité et pas uniquement sur le dépistage des anomalies chromosomiques qui lui, a été plus étudié. Dans la littérature, on retrouve essentiellement des avis d'experts sur le sujet ou des recherches auprès des femmes sur l'information médicale uniquement, nous n'avons pas trouvé de travaux analogues au nôtre (1,20,53,57,58).

Par ailleurs, le faible échantillon de parturientes interrogées nous a tout de même permis d'avoir une population assez diversifiée avec des milieux sociaux différents, des âges différents ou encore des parités différentes.

L'approche qualitative de notre recherche a également permis à travers l'analyse du discours, l'étude des analogies, des ambivalences, des hésitations, des doutes, de dessiner les contours des enjeux, des représentations, des ressentis des femmes autour de l'échographie fœtale. Ainsi, l'étude de leurs propos sur ce sujet, discours guidé par les questions très ouvertes de notre grille d'entretien, a pu être mise en miroir avec le malentendu décrit dans la littérature. En effet, en nous décrivant leurs ressentis, leurs attentes, leurs projections et représentations sur l'échographie fœtale, nous avons pu dégager des grands thèmes autour de ce sujet, thèmes abordés dans notre partie contextualisation : aspects psychologiques et sociologiques, malentendu sur les objectifs, leurs souhaits sur les informations issues de l'échographie fœtale, l'information médicale ou encore leurs connaissances sur cet examen.

En recueillant leurs points de vue sur ces sujets, nous avons pu le comparer à ce qui avait été retrouvé dans la littérature sur le sujet.

4.1.2 Limites de l'étude

Malgré une représentativité correcte au sein de notre population étudiée, il est nécessaire de préciser qu'il n'est pas possible de généraliser les résultats obtenus à toutes les femmes, même si cela a permis une évaluation des concepts retrouvés dans la littérature.

Des biais de représentation existent probablement puisque les femmes étaient interrogées uniquement avant l'échographie de 12 SA par souci de cohérence et ne peuvent donc faire l'objet d'une généralisation aux autres femmes bénéficiant d'échographies au cours de la grossesse où la maturation psychique pourrait probablement être différente au fur et à mesure de l'évolution gestationnelle.

Il est important également de relever le biais possible lié au fait d'avoir signifié aux patientes que mon métier premier était celui de sage-femme, même s'il a été précisé que les entretiens ne se faisaient pas autour de cela. Toutefois, il nous a plutôt semblé que cela avait facilité le recrutement, mais aussi la libération de la parole, notamment autour de sujets plutôt intimes. Enfin, nos propres représentations personnelles et professionnelles ont aussi pris part à la construction de la grille d'entretien et des différents questionnements sur le sujet. Ainsi, cette grille contient une part d'orientation ; d'autres sujets auraient pu être abordés spontanément par les femmes. On peut aussi noter qu'une part de subjectivité du rapporteur a forcément participé à l'analyse du discours et une forme d'interprétation y a été indubitablement présente.

4.2 Le vécu des femmes

4.2.1 Vécu du début de grossesse

La plupart des patientes ont transmis dans leur discours l'irréalité de la grossesse, leurs difficultés à concrétiser cet état comme si elles étaient dans un « entre deux », dans un statut encore flou. Pourtant, quasiment la moitié d'entre elles avait eu une échographie de datation

qui avait permis de confirmer la grossesse et son évolutivité. Il est très intéressant de constater que les symptômes de grossesse tels que l'aménorrhée, les signes sympathiques et/ou analyses biologiques des BetaHCG ne suffisent pas à leur confirmer leur grossesse :

« C'est un moment important (sic l'échographie), parce qu'on porte une vie en nous, c'est quand même autre chose que faire une prise de sang pour un autre test. » (E. 3)

Même si toutes ces femmes se savent enceintes, elles ressentent toutes le besoin de confirmation qu'elles portent un fœtus, qu'elles traduisent par des termes comme « concrétisation », « confirmation », « officialiser », « se projeter » ou encore « prendre conscience ». Tout semble se passer comme si, l'échographie était une étape charnière pour passer de l'état de grossesse « fragile » (car débutante et non encore assurée) à une grossesse dont l'évolution normale est confirmée.

Ce besoin témoigne clairement des incertitudes, des doutes en lien avec le début de grossesse :

« La conception psychique d'un enfant potentiellement humain (...) s'étaye sur la conception biologique, qui échappe, car elle comporte d'incontournables incertitudes » (59)

Ainsi, leurs principales préoccupations se situent autour du statut précaire de la grossesse, notamment autour du risque de fausse couche spontanée dont la prévalence est importante au premier trimestre. L'échographie est décrite comme une sorte de « rite de passage » entre l'incertitude et le possible investissement psychique de l'enfant en devenir. Le fœtus, à ce stade ne semble pas être au cœur des préoccupations en tant qu'être humain en devenir, les femmes sont encore dans une sorte de pré-stade d'investissement : il est nécessaire d'investir la grossesse à travers sa concrétisation par l'échographie pour ensuite penser le fœtus humain. L'échographie est le passage obligatoire pour concrétiser le possible être en devenir au-delà de l'état de grossesse.

Les parturientes interrogées semblent encore dans un désir de grossesse plutôt que dans un désir d'enfant bien individualisé même si le projet est bien présent, ces mécanismes psychiques ont été décrits par différents auteurs (2,29).

Par ailleurs, certaines parturientes décrivent leur impression que l'échographie permettra de laisser derrière elles le risque de fausse couche, comme s'il y a un « avant-après » échographie

du premier trimestre, avant c'est la précarité ontologique de cette grossesse, après ce sera l'absence de risque en lien avec la fausse couche :

« Enfin pour moi c'est vraiment l'échéance où je me dis bah c'est bon, normalement on a passé le cap » (E 5)

4.2.2 Sentiments avant l'échographie

Nous avons vu dans les résultats que les sentiments avant la réalisation de l'échographie sont ambivalents autour de deux pôles différents : la joie/l'impatience et l'anxiété-l'angoisse/l'appréhension.

Certains auteurs ont décrit l'anxiété présente avant l'échographie avec même parfois des cauchemars les jours avant le rendez-vous, une anxiété autour de la santé du fœtus (38). Dans les entretiens nous retrouvons cette anxiété verbalisée par des termes comme « *appréhension* », « *inquiétude* », « *angoisse* », mais elle ne se situe pas vraiment autour de la santé du fœtus, mais encore une fois autour du statut de la grossesse, de son évolutivité et même pour certaines autour de leur propre santé.

L'angoisse est bien le signe de la complexité de la situation qu'elles ne contrôlent pas et qu'elles ne « sentent » pas encore réellement, situation pleine d'incertitudes et de précarité, elle révèle parfaitement les tensions autour de cet examen. Les patientes témoignent toutes d'une forme d'anxiété sous-jacente relevant ainsi qu'elles ne sont pas réellement crédules sur les enjeux de l'échographie fœtale, même s'ils ne semblent pas vraiment définis ou en tout cas verbalisés. En effet, bien qu'elles témoignent principalement autour de leur crainte vis-à-vis du statut de leur grossesse, d'autres enjeux autour du fœtus sont évoqués ou sous-entendus. Elles sont bien conscientes de cela entre impatience et anxiété. En effet, l'échographie fœtale, pour elles, pourra lever rapidement ces inquiétudes, ces questionnements angoissants.

L'ambivalence de leurs sentiments avant l'échographie est le témoin privilégié de leurs tiraillements entre la joie d'être rassurée et la peur du résultat de l'examen :

« Je m'attacherai peut-être, j'espère, si on me dit que ça va, qu'il est bien là. » (E7)

4.2.3 Imaginaire autour de l'échographie

Nous l'avons vu, pour la plupart des femmes de notre étude, l'échographie fœtale n'est pas imaginée au préalable. À travers leur discours, il semble qu'il n'y a pas réellement de projection de l'examen en lui-même, mais plutôt du résultat. Pour le peu d'entre elles l'ayant imaginée, les projections sont plutôt dans le fantasme que tout sera parfait, nous n'avons relevé aucune projection négative.

Nous avons été étonnés de constater que peu de femmes avaient imaginé ce moment qui est pourtant décrit comme important ou particulier. On pourrait penser qu'elles ne font pas de cet examen médical un traitement différent par rapport à n'importe quel autre, et ainsi qu'elles n'imaginent pas ce qu'elles considèrent être de la technique médicale qui ne les concerne pas. C'est cependant peu probable dans la mesure où l'angoisse est présente ainsi que l'impatience de s'y rendre. Est-ce que l'imaginaire peu présent (ou non verbalisé dans leur discours) est un signe qu'il existe des freins inconscients à la projection et donc à l'investissement psychique tant qu'elles restent dans l'incertitude du résultat de l'examen ? S'agit-il d'une forme de mécanisme de défense, de protection en cas de problèmes détectés ? Tout se passe comme si les femmes s'empêchaient de penser aux résultats ou à leurs émotions dans une forme de « *pensée magique* » : si j'imagine que tout ira bien ça ne se passera pas comme ça, ou si j'imagine qu'il y aura un problème cela va arriver ou encore si j'imagine le bonheur ressenti ça va me porter malheur.

La pensée magique est définie comme telle : « *pour désigner la croyance selon laquelle certaines pensées permettraient l'accomplissement des désirs, et aussi l'empêchement d'évènements problématiques ou désagréables.* » (60)

Ce mode de pensée conscientisée permet de tenter une échappatoire aux angoisses et aux conflits, notamment en situation d'incertitude ; ce qui correspond tout à fait à ce temps avant l'échographie fœtale du 1^{er} trimestre. Ainsi, l'acte même de penser aux résultats pourrait contrôler ces mêmes résultats. L'utilisation de la pensée magique répond à un besoin de contrôle en fournissant une impression de contrôle sur ce qui ne l'est pas réellement par nature (61).

Ainsi, l'absence d'imaginaire par le concept de pensée magique pourrait leur permettre de contrôler sur cette situation d'incertitudes.

On retrouve dans le discours des femmes interrogées l'anxiété et l'appréhension décrites dans la littérature (28,39), mais également l'ambivalence des sentiments ressentis (2,29). Ce qui nous démontre bien qu'elles sont conscientes des enjeux de l'échographie et des

conséquences éventuelles de ce qui pourrait être vu, sans pour autant pouvoir - ou vouloir - les verbaliser et les lister.

4.3 Les attentes maternelles

4.3.1 Statut de la grossesse et développement fœtal

Nous avons été surpris de constater que les attentes maternelles de l'échographie s'articulaient essentiellement autour de l'idée très large de « *savoir que tout va bien* ». Mais lorsque nous avons demandé aux femmes de préciser ce qu'elles entendaient par *tout*, nous avons réalisé que c'était finalement complexe pour elles de répondre précisément à cette question.

Il apparaît que cette échographie du 1^{er} trimestre est plutôt attendue pour une confirmation de la grossesse et son évolutivité plutôt que sur des attentes précises à propos du futur bébé. Les principales demandes des femmes se situent autour du fait que la grossesse est toujours en cours et que le fœtus est bien vivant, et non pas réellement sur le fœtus individualisé tel un être humain en devenir. En effet, seulement 3 patientes ont abordé la formation des membres et 2 d'entre elles les anomalies dépistables ou les malformations, sans entrer dans les détails. Les questionnements étaient plutôt situés autour du développement global du fœtus, son évolution. Paradoxalement, 7 d'entre elles abordent le sexe du futur bébé et aimeraient le connaître rapidement, ce qui paraît assez décalé avec leurs incertitudes sur le statut de la grossesse et le peu de demandes particulières autour du fœtus en lui-même. Le sexe serait-il une tentative d'identification pour passer justement du statut de grossesse au fœtus individualisé, par son genre notamment ?

Enfin, 6 femmes souhaitent entendre le cœur de leur futur enfant, ce qui s'inscrit bien dans le besoin de réaliser, de concrétiser la grossesse, le besoin de vérifier son développement, et le fait qu'elle porte un être en devenir sans pour autant que celui-ci soit individualisé en tant que tel. Pour autant, la vérification de l'activité cardiaque se fait, par l'échographiste, tout d'abord par la visualisation des mouvements cardiaques et des battements des valves et non pas par l'écoute du cœur. En effet, les bruits de l'activité cardiaque se font, lors de l'échographie, par

l'examen Doppler, c'est-à-dire l'examen des flux sanguins. Le bruit entendu ne sera donc pas celui entendu lors de l'examen au stéthoscope ou au monitoring fœtal.

Tout semble se passer comme si l'échographie du 1^{er} trimestre était le passeport pour une grossesse évolutive, permettant dans un second temps un investissement psychique de l'enfant en devenir. Pour ces femmes, l'échographie est l'examen qui leur confirme et les aide à prendre conscience de la grossesse, elles semblent penser qu'avant il est plus prudent de ne pas trop s'investir et se projeter. Il apparaît que cette échographie est l'étape phare pour ensuite pouvoir écarter les risques de fausses couches ou les risques liés à la grossesse. Il est aussi intéressant de noter que 3 femmes attendent que l'échographie les rassure sur leur état de santé à elles afin de vérifier également qu'elles sont dans la capacité de mener à bien cette grossesse.

Une étude qualitative sur 30 patientes après l'échographie confirme que l'échographie fœtale les aide à prendre conscience de la grossesse puisque 50% d'entre elles affirment qu'elles se sentent davantage enceintes après l'examen échographique (62).

Ainsi, les femmes ont finalement plus d'attentes et d'appréhension à ce stade de la grossesse, sur le risque de non-évolutivité de celle-ci, la fausse couche, plus que sur les malformations ou anomalies à propos de leur futur enfant. Elles ne sont pas non plus encore dans une phase de parentalisation grâce à l'échographie, contrairement à ce qui a été décrit dans la littérature (32, 33, 36), probablement car la grossesse est encore précoce dans notre étude.

Les patientes n'ayant pas encore une réelle confirmation de l'être en devenir, elles ne le sentent pas encore, ne l'ont pas vu, peuvent-elles alors être dans la capacité d'en demander ses caractéristiques ? Ne faut-il pas plutôt envisager l'inverse : c'est en donnant des caractéristiques sur leur fœtus que les futures mères pourront peut-être concrétiser cet être en devenir.

« L'échographie, en faisant voir l'objet de l'expérience, le nomme et, en le nommant, lui donne des caractéristiques ; c'est sur ce fond que ce sont bâties les attentes de ce que sera le futur être. » (62,p22)

4.3.2 Rôles et utilisations des images

Pour les parturientes interrogées dans notre étude, il est inenvisageable de ne pas voir lors de l'examen échographique, et ce, pour deux raisons principales : mieux concrétiser la grossesse (en lien avec leurs attentes de l'échographie) par le voir, et vérifier par elles-mêmes les images et ainsi continuer à se rassurer en les regardant par la suite.

Toutefois, 5 d'entre elles relèvent que le regard de l'échographiste est indispensable pour l'interprétation des images obtenues et donc le résultat de l'examen. Elles sont bien conscientes de l'importance du discours et des connaissances de l'échographiste afin de ne pas mésinterpréter et de mieux comprendre les images. Ce rôle de soutien aux images par les échographistes est retrouvé dans la littérature (2,39,41). Il est clair que l'image fœtale nécessite un discours adapté et des précautions particulières (62). La légitimation médicale de la grossesse, par l'intermédiaire de l'échographiste et de l'image, est un réel propulseur de la conscientisation de la grossesse jusque là subjective, bien plus qu'un propulseur de parentalisation à ce terme de la grossesse.

Par ailleurs, le *voir* est systématiquement associé au *savoir* et le *voir* est encore plus retrouvé que le *savoir* dans le discours des parturientes interrogées. La réception maternelle est en lien avec le réel, le besoin de concrétisation dans un besoin d'*image-preuve*, et la mise en vision de la présence fœtale *in utero*. Cette concrétisation par la mise en vision peut même être associée à la mise en son par le fait d'entendre le cœur battre puisqu'une majorité d'entre elles attendent cela de l'échographie. Pour ces femmes, l'information à propos de leur grossesse ou de leur fœtus passe indéniablement par la perception de l'image. L'importance du *voir* décrite par les parturientes de notre étude semble confirmer cette *pulsion scopique* dépeinte par certains auteurs (30). Les femmes expriment le besoin de « voir » dans une forme de réassurance par le visuel, mais dans un plaisir également face à la perception des images fœtales.

En effet, le *voir* induit une force d'anticipation pour elles et permet une projection dans l'avenir. Ainsi, « *l'échographie n'est pas seulement image, elle devient prénotion ; en elle se préfigure le futur symbolique de l'être.* » (62)

Pourtant, l'image fœtale est virtuelle, elle est faite par une modélisation des points obtenus par les ultrasons. Mais deux choses sont à prendre en compte pour dépasser cette virtualité : d'abord les femmes ne sont pas familières avec la technique de l'ultrason (voir la quatrième

partie de notre discussion), elles ne savent donc pas bien que cette image est virtuelle, et d'autre part, l'image même virtuelle a un potentiel de réalité fort, d'autant plus que la réalité physique du fœtus n'est pas perceptible de manière intracorporelle pour la femme à ce stade de la grossesse. Ainsi, le degré d'existence fœtale est dépendant de ce *quantum de perception* par l'image échographique. L'image virtuelle obtenue par les ultrasons est ainsi une source de réalité pour les parturientes dans un phénomène que la phénoménologie nomme *ontophanie numérique* (du grec *ontos* « étant » et *phaino* « se manifester ») : par son image virtuelle, le fœtus donne une preuve de son existence, une révélation de son être alors même qu'aucune preuve physique, sensorielle ou corporelle n'est présente (63). L'être se révèle alors à travers la technique échographique, ce qui nous permet alors d'en percevoir quelque chose. En effet, nous l'avons dit, les parturientes ne le projettent pas encore comme un humain en devenir avant l'échographie, et elles ont besoin de cet autre (la technique échographique en elle-même et l'échographiste qui maîtrise cette technique) qu'elles, qui leur confirme la grossesse en cours. Nous pouvons alors penser que la rencontre se fait par le dévoilement du fœtus lui-même, à travers les images. Il se donne à voir à la femme qui le voit, qui le perçoit même, pour la première fois. L'échographiste est alors le médiateur qui va permettre cette monstration. L'image échographique devient alors une réelle icône de la grossesse pour les femmes comme décrite dans la littérature, en ce sens qu'elle est le symbole de la grossesse et de l'être en devenir qui a pu être vu (22).

Ce besoin de *voir* est bien confirmé dans nos entretiens par le besoin exprimé des femmes d'avoir plus d'échographies lors de leur suivi de grossesse. En effet, pour elles il semble que la réassurance passe par le *voir* et que l'incertitude liée au *non-voir* est source de complications, comme si la vérification échographique régulière pouvait être garante de l'absence de complication. Une certaine confusion est retrouvée dans le discours des femmes interrogées entre le *voir* et le *savoir*, c'est-à-dire que le fait de *voir* suffit pour elle à *savoir* que tout va bien. Tout se passe comme si la visualisation du fœtus à l'écran est suffisante pour le concrétiser, et donc, suffisante pour estimer que tout est toujours en cours et normal.

L'utilisation des images échographiques par les femmes interrogées, nous l'avons vu, sera basée sur le partage avec l'entourage proche comme socle pour annoncer la grossesse ou comme présentation de l'enfant futur à l'environnement familial et social. Ainsi, comme vu dans la littérature, l'échographie fœtale revêt une dimension sociale certaine (20,43,62). La

reconnaissance sociale du fœtus apparaît primordiale pour les femmes et celle-ci passe davantage par l'image que par le discours autour de l'échographie comme le révèle nos entretiens : peu de femmes vont raconter l'échographie et leurs ressentis autour de celle-ci, c'est essentiellement l'image qui sera partagée, ici encore comme une icône de la grossesse.

Certains auteurs pensent même que l'échographie dans notre société moderne est une forme de baptême de l'enfant à naître, dans un rite social très important (62). L'enfant en devenir acquiert ce statut après la reconnaissance par son entourage de son image échographique. Dans l'étude vue précédemment, sur 30 femmes, 90% d'entre elles vont montrer les images à leur entourage, ce que nous retrouvons dans nos entretiens.

L'échographie fœtale est, en ce sens, un réel rituel de passage comme le pensent certains auteurs : pour la reconnaissance du fœtus, en tant qu'être en devenir, pour la femme en tant que mère (2,20,35,43,36,62). En témoigne l'explosion des *baby showers* en France depuis quelques années, ces fêtes organisées par les couples signent le rituel social, voire humaniste, du fœtus-bébé en devenir. Cette ritualisation se fait autour de l'enfant virtuel puisqu'il n'est pas encore né, dans une volonté de projection dynamique vers l'avenir, mais avec une certaine forme de toute-puissance puisque l'enfant ne vit pas encore de manière individualisée et autonome : il est en devenir. Ici encore, on peut retrouver une certaine forme de *pensée magique* : si le futur enfant devient social par ces nouveaux rituels, il ne pourra rien lui arriver *in utero*. Son existence et sa reconnaissance sociales semblent le rendre moins fragile et diminuent les incertitudes de son statut ontologique.

Cette toute-puissance s'explique également par le fait que les échographies de grossesse sont des échographies de dépistage et sont, dans la majorité des cas, normales.

Ainsi, « *l'échographie est un rituel qui commence dans la médecine, mais qui va au-delà (...), pratique qui sort de la médecine et qui est peut être liée au fait que la grossesse n'est pas justement médicale au sens réservé des pathologies.* » (62, p29)

Toutefois, il est nécessaire de replacer l'image échographique à son statut d'image virtuelle, d'image animée quand on la voit en direct. C'est, à la base, un document médical qui revêt dans un second temps, une valeur symbolique auprès des femmes et des couples à travers l'expérience qu'ils en auront eue au moment même de l'examen. Cette image doit avoir été interprétée d'un point de vue médical avant d'être une image rituelle. Elle ne devient

expérientielle et symbolique qu'après son évaluation par l'échographiste : elle pourra alors être la *valeur 0* de l'existence de cet être en devenir après avoir été mise en lien avec cet être justement. C'est cette *valeur 0* de l'existence que les femmes cherchent à conceptualiser à travers l'utilisation des images en souvenir, souvenir du *biopic* de cet être en devenir (62,63). Mais cela peut être transformé en souvenir uniquement par l'expérience qu'elles en feront au moment même de l'examen, une image est moins projective si elle ne correspond pas à un moment précis chargé d'émotions notamment. L'interprétation de l'image par l'échographiste paraît indispensable pour éviter les extrapolations, les mésinterprétations ou les sur interprétations, mais elle est également utile pour cadrer les possibles de l'examen échographique ; ce qui permettra aux femmes de *voir* et de *savoir* et diminuer ainsi la confusion entre les deux.

On ne retrouve ainsi que partiellement le *malentendu* décrit dans la littérature sur les objectifs de l'échographie. En effet, il apparaît que les femmes sont bien dans le désir de voir pour réaliser, concrétiser le fœtus en devenir, mais elles ne sont pas encore, à ce stade de la grossesse, dans un processus de parentalisation. Elles ne sont pas non plus réellement en demande de dépistage d'anomalies comme le prévoient les normes professionnelles du côté médical, mais elles sont toutefois conscientes que l'échographie peut dépister la non-évolutivité de la grossesse ou le mauvais développement fœtal. Par ailleurs, le fœtus n'est pas réellement individualisé pour elles et elles ne semblent pas avoir besoin de connaître, pour l'instant, les détails le concernant. Il semble plutôt qu'elles aient besoin de confirmation de sa présence et de son bon développement afin, ensuite, de se projeter vers un être en devenir à part entière.

4.4 Les connaissances maternelles et l'information médicale

Afin de questionner ce *malentendu* décrit dans la littérature entre les attentes maternelles de l'échographie fœtale et l'aspect médical de celle-ci, nous avons interrogé les femmes sur leurs connaissances de l'échographie. Puis, pour questionner la pratique

échographique en lien avec un cadre juridique précis, nous avons souhaité connaître le degré d'information des femmes avant cet examen, degré qui pourrait justement expliquer ce malentendu, ou plutôt ce décalage.

4.4.1 Connaissances maternelles

Il nous a semblé important de connaître le niveau de connaissance des patientes sur les objectifs médicaux de l'échographie fœtale, mais également sur la technique échographique afin notamment, d'évaluer la conscience de la virtualité des images obtenues. En ce qui concerne la technique échographique en elle-même, il semble que les femmes interrogées n'ont que peu de connaissances, certaines affirment même qu'elles n'y ont jamais réellement réfléchi. Ainsi, elles n'ont pas ou peu de connaissances sur la nature des images puisqu'elles ne savent pas comment elles sont obtenues. Pour cela, il existe effectivement un malentendu comme décrit dans la littérature, malentendu sur la nature virtuelle des images qui ne sont pas la réalité physique du fœtus (2,30,34,40). Ce malentendu est bien confirmé par l'utilisation de terme comme *photo du bébé*, *photographie*.

Nous les avons donc interrogées, au-delà de leurs connaissances sur la technique, sur leurs opinions concernant les objectifs médicaux de l'échographie fœtale. La grande majorité des femmes de notre étude n'ont pas ou peu de connaissances sur les objectifs médicaux de cet examen ou sur ce qui peut être dépisté, à l'exception de la trisomie (sous-entendu la trisomie 21) ou du développement fœtal dans sa globalité (les membres par exemple). Elles sont toutefois conscientes qu'il existe un décalage entre leurs attentes et celles des échographistes, ce qu'elles traduisent par le *côté technique*. Dans leur discours, il apparaît que l'aspect médical se retrace derrière un aspect plus « mécanique » : mesures, vérification, et que cela le différencie de leurs attentes qui se situeraient plus autour de l'aspect émotionnel.

Il semble que, pour elles, le terme *voir* lors de l'échographie fœtale revêt un caractère affectif en lien avec la réassurance, et le terme *voir* pour les échographistes se rapporte plus au *savoir* pour chercher, dépister, mesurer. Pour autant, elles n'ont pas de connaissances précises sur ce que l'échographiste veut savoir même si en second plan on constate qu'elles sont conscientes des éventuelles conséquences : vérification par trimestre de grossesse, anticipation et organisation du suivi, voire IMG pour une d'entre elles.

Ainsi, leur niveau de connaissances sur les objectifs et la technique échographique montrent bien qu'il existe un décalage entre leurs attentes et celles des échographistes ou des prescripteurs, elles différencient bien les deux aspects de l'échographie fœtale. Même si elles n'ont pas de connaissances précises de ce qui est dépistable et observable, elles sont tout à fait conscientes que les échographistes ne regardent pas les mêmes choses qu'elles. On peut donc parler de décalage, mais il ne nous semble pas opportun de parler de malentendu sur cet aspect, car chaque protagoniste est bien lucide sur les attentes différentes de chacun.

4.4.2 Information médicale

La littérature sur le sujet de l'information médicale et du consentement lors de l'échographie fœtale de dépistage montre que cet aspect est délicat entre obligations juridiques, recommandations de la HAS et la réalité de terrain. Nous avons donc interrogé les femmes sur ce sujet afin de nous éclairer sur ce malentendu sur les objectifs de l'échographie fœtale. En effet, l'information sur cet examen est un élément fondateur de ce phénomène (18,52,53,64).

Ainsi, quel que soit le prescripteur (médecin généraliste, interne de gynécologie-obstétrique, gynécologue libéral), les parturientes de notre étude ont reçu peu ou pas d'informations médicales lors de la prescription de l'échographie fœtale. Quand il y a eu une information spécifique, elle portait sur le dépistage de la trisomie 21 ou sur le calcul du terme. La trisomie est l'anomalie qui revient le plus dans le discours des femmes, que ce soit concernant l'information médicale ou dans leurs connaissances, ou attentes vis-à-vis de l'échographie fœtale. On constate bien ici que la médiatisation de ces techniques de dépistage et les débats soulevés par celui-ci ont joué un rôle de santé publique en informant les femmes sur cet aspect, même si les connaissances sur le sujet ne sont pas très approfondies (calcul de risque plus que diagnostic dans un premier temps).

Nous avons pu également relever que les parturientes nullipares avaient eu un peu plus, en proportion, d'information sur l'échographie que les multipares. Cela pourrait être expliqué par le fait que les prescripteurs renouvellent moins les explications aux femmes ayant déjà l'expérience de l'échographie fœtale et présupposent ainsi qu'elles les ont déjà eues.

Pourtant, la HAS rappelle l'importance de l'information pour impliquer les femmes dans les décisions à prendre notamment en cas de dépistage d'anomalie fœtale, dans le but de respecter le principe d'autonomie de celles-ci, mais également pour leur apporter les connaissances sur les possibilités réelles et les limites de cet examen (5). Nous l'avons vu, les connaissances des futures mères sont faibles et les attentes peuvent être inadaptées, par exemple une patiente pensait que l'échographie pourrait lui dire si son futur enfant aurait des allergies alimentaires ou encore des troubles du comportement. Afin de diminuer les fantasmes entourant l'échographie fœtale, l'information pourrait cadrer les objectifs médicaux et les possibles, sans pour autant priver les femmes de *voir*. Cet aspect est important afin de tenter de minimiser le traumatisme d'une annonce d'une anomalie fœtale, mais également d'anticiper l'éventualité de dépister les *soft markers* à l'origine d'investigations plus invasives.

La loi de bioéthique de 2011 a précisé que, au-delà du dépistage de la trisomie 21, l'information médicale devait être identique que pour le dépistage biologique prénatal, afin de correspondre aux principes de la loi de 2002 sur l'autonomie du patient (49). Ainsi, au moment de la prescription de l'échographie, le prescripteur doit délivrer une information loyale et éclairée afin que la femme puisse comprendre les enjeux de cet examen, les dépistages possibles, mais aussi les limites et ensuite pouvoir les accepter ou les refuser en toute conscience.

Une étude sur l'information et le consentement du dépistage de la trisomie 21 montre que seulement 18 % des femmes ont eu une information sur celui-ci, ce que nous retrouvons dans notre échantillon à propos de l'échographie dans sa globalité (53). Et si nous nous intéressons aux autres objectifs de l'échographie fœtale comme décrits dans les normes professionnelles, cette information est encore plus déficiente. Toutefois, nous pouvons modérer nos propos par le fait que les femmes semblent conscientes des enjeux latents de l'échographie fœtale ; mais ceux-ci restent flous et nous pouvons nous questionner sur la suffisance de leurs connaissances pour pouvoir exercer leur autonomie. Les gynécologues-obstétriciens semblent toutefois bien conscients de ce problème ; puisqu'un document concernant l'information aux femmes/couples sur l'échographie fœtale a été créé et est disponible sur le site du CNGOF.

Tout se passe comme si le dépistage et l'échographie fœtale étaient communs, banals ; les femmes pensent même que c'est obligatoire. En effet, plusieurs des femmes interrogées dans notre étude sur le nombre nécessaire d'échographies ont utilisé le terme « *obligatoire* » pour

parler des échographies trimestrielles. Les recommandations professionnelles préconisent ce suivi, mais cela reste une préconisation alors que, dans les faits, nous pouvons constater une forme de systématisation et de protocolisation de ce suivi échographique ; ce qui ne répond en rien à une médecine personnalisée et aux choix des patientes pour leur suivi. Certains auteurs ont soulevé le problème de la proposition systématique du dépistage des anomalies chromosomiques préconisée par la HAS et la systématisation de l'examen (51). Cela peut être extrapolé à l'échographie fœtale dans sa globalité, la frontière est mince entre l'obligation d'information sur ce dépistage échographique et sa systématisation. Il est plus aisé de le standardiser, dans un souci d'égalité d'accès au soin, que de démontrer que malgré l'information reçue (qui est obligatoire), la patiente refuse cet examen. Toutefois, il apparaît que, très probablement, très peu de femmes refuseraient cet examen échographique puisqu'elles expriment le besoin de *voir*, mais elles pourraient exercer leur autonomie en acceptant certains objectifs et pas d'autres selon leurs souhaits.

Par ailleurs, d'autres études ont montré que les femmes pouvaient être ambivalentes face aux tests de dépistage des anomalies chromosomiques, ce qui peut également être extrapolé à l'échographie en général (65). Il apparaît dans ce travail, que les femmes souhaitent avoir les informations sur les possibles du dépistage, mais ne souhaitent pas assumer les conséquences de ce même dépistage. Ainsi, comme nous le retrouvons dans nos entretiens, les sentiments des femmes sont ambivalents face à cet examen échographique, et l'absence d'information éclairée ne leur permet pas d'anticiper ses conséquences.

Concernant le consentement, la loi de 2011 prévoit un consentement écrit pour le dépistage biologique des anomalies chromosomiques, mais également pour le dépistage échographique. Un formulaire de consentement a même été rédigé dans l'arrêté de 2014 et doit être signé avant l'examen après avoir reçu une information adaptée (49). Dans notre étude aucune patiente n'a abordé le consentement ni ce formulaire. Une étude anthropologique a montré que le consentement était signé *a posteriori* (15). Cela semble se confirmer dans notre étude puisqu'aucune patiente ne nous a spontanément parlé de ce formulaire.

La question de l'information et du consentement reste complexe, car justement, l'échographie fœtale revêt d'autres aspects que le « simple » aspect médical, l'aspect affectif

et émotionnel exacerbe justement cette ambivalence face aux informations que les femmes viennent chercher lors de cet examen. Nous l'avons constaté dans nos entretiens, les parturientes ne souhaitent pas réellement préciser, détailler les anomalies dépistables, elles souhaitent simplement être rassurées sur le potentiel de viabilité de la grossesse et donc du fœtus. Alors, comment exercer son autonomie, son désir de savoir ou de ne pas savoir si on n'a pas les connaissances nécessaires ? En effet, la découverte d'anomalies fœtales peut aboutir à une possibilité d'IMG ou à des examens complémentaires invasifs et à risque de fausse couche (PLA, BVC) et les patientes peuvent souhaiter maintenir leur grossesse et ne pas pousser les investigations plus loin. Afin que le dépistage échographique ait une finalité médicale dans un *continuum* thérapeutique, les patientes qui y ont recours doivent être informées de ses objectifs et de ses éventuelles conséquences, afin d'effectuer les choix pour elles et leur fœtus qui leur semblent les plus adaptés.

Il apparaît indispensable de prendre un temps pour répondre au cadre juridique et expliquer aux femmes et/ou aux couples les possibles et limites du dépistage échographique pour leur proposer cet examen et leur permettre d'exercer leur autonomie en refusant ou en acceptant tel ou tel dépistage. Cela permettrait probablement de diminuer ce *malentendu* voire ce *malaise* entre les attentes médicales et les attentes maternelles, notamment en cas de dépistage d'anomalies.

4.5 Les attentes maternelles *versus* les objectifs médicaux

Pour tenter de compléter notre analyse thématique, nous allons confronter le contexte de l'échographie fœtale dans son aspect médical avec les attentes maternelles. Nous l'avons vu, la pratique échographique et le dépistage sont très normés par des recommandations professionnelles et celles de la HAS, mais il existe également un encadrement législatif autour de l'information médicale et du consentement sur cet examen prénatal.

Ainsi les objectifs médicaux sont extrêmement précis ; comme cela a été détaillé dans la première partie sur la contextualisation ; avec des mesures et des vérifications à effectuer par l'échographiste, en fonction du trimestre de la grossesse.

Certains auteurs mettent en avant le *malentendu* sur les objectifs de l'échographie qui se situent autour du dépistage d'anomalies pour les équipes soignantes, mais aussi autour du désir de rencontre avec leur futur enfant pour les femmes (1,34,36). Effectivement, la détection des anomalies fœtales était mentionnée par une minorité de femmes dans leurs attentes de l'examen échographique. Mais, elles abordent tout de même leur volonté d'être rassurée sur l'évolutivité de la grossesse et donc sur le potentiel de normalité de leur fœtus, sans pour autant détailler « la normalité » ou « l'anormalité ». Leurs attentes se situent sur l'évolutivité de la grossesse au terme où elles en sont, ce qui n'est pas vraiment étonnant sachant que le risque de fausse couche est assez élevé au premier trimestre, et qu'elles n'ont pas encore de signe physique de la présence intracorporelle de leur fœtus. Elles expriment également que l'échographie leur apporte le « *savoir que tout va bien* », ce qui est finalement une vérification de l'absence d'anomalies, ou en tout cas une vérification de ce qui pourrait empêcher que le projet de grossesse aboutisse à un enfant en parfaite santé.

Par ailleurs, le désir de rencontre n'est pas clairement relaté dans leurs propos, mais il est sous-jacent quand elles abordent le souhait de le voir, certes pour se rassurer, car *voir* est une forme de rencontre. Enfin, elles n'ont pas de réelles connaissances sur les objectifs médicaux et cela ne semble pas vraiment les inquiéter, elles ne s'y intéressent pas réellement même si elles ont conscience des vérifications faites par les échographistes. Elles se focalisent essentiellement sur la réassurance du résultat de l'examen : la grossesse est-elle évolutive et pourra-t-elle aboutir à un enfant vivant et en bonne santé ?

Sur un autre plan, les femmes expriment des attentes autour de l'obtention des images échographiques et de leurs utilisations. En effet, pour beaucoup d'entre elles, les images seront le support de l'annonce de la grossesse et de la reconnaissance sociale du fœtus-bébé en devenir, ce qui n'est pas du tout dans les objectifs médicaux de l'échographie. Le dépistage échographique, d'un point de vue médical, n'a pas du tout vocation à donner une existence sociale à ce fœtus.

CONCLUSION

La pratique échographique dans la médecine obstétricale est primordiale et cela s'est renforcé au fil des du temps par les progrès technologiques et scientifiques exponentiels, mais aussi par le contexte jurisprudentiel et législatif du dépistage anténatal et, par l'aspect social actuel de la grossesse et de la périnatalité.

Afin d'offrir un dépistage anténatal de qualité aux parturientes pour leur bébé en devenir, des exigences professionnelles sont venues normer la surveillance échographique de la grossesse, avec des objectifs précis à atteindre en fonction de chaque trimestre (6). En parallèle la législation a également évolué sur ce sujet et elle est venue encadrer l'information médicale faite aux femmes sur ce dépistage anténatal des anomalies fœtales : un consentement écrit et signé doit être obtenu avant de réaliser l'examen échographique (49,50). Toutefois, certaines études retrouvées dans la littérature montrent que l'information médicale dans ce domaine est souvent incomplète, par manque de connaissances des prescripteurs, ou par manque de temps lors des consultations et le consentement est fréquemment obtenu *a posteriori* (51,53,54).

Au-delà des recommandations des bonnes pratiques et de l'encadrement juridique de la pratique de l'échographie fœtale de dépistage, il est important de s'intéresser aux aspects psychologiques de la pratique échographique. En effet, de nombreux auteurs ont décrit l'engendrement d'angoisse maternelle dû à ce dépistage, à la fois dans l'anticipation d'anomalies fœtales, mais également par le repérage de *softs markers*, signes d'appels échographiques fréquents qui nécessitent de continuer les investigations médicales par d'autres examens plus invasifs (PLA : ponction de liquide amniotique, BVC : biopsie de villosités chorales par exemple) en vue d'une analyse de caryotype ou encore génétique (1,36,37). La visualisation précoce du fœtus par la femme, en pleine ambivalence psychique liée à la crise maturative de la grossesse, peut entraîner un « saisissement » avec une forte intensité émotionnelle. Or, pour que le terreau soit fertile à une parentalisation de qualité, avec des représentations maternelles projectives de son fœtus-futur enfant, il serait nécessaire que ces images saisissantes soient accompagnées de la parole de l'échographe comme le préconisent certains acteurs de la périnatalité ; d'autant plus que ces images ne

sont pas « réelles » puisqu'obtenues par la modélisation des ultrasons, même si elles semblent « réelles » par la visualisation des mouvements ou par la visualisation en plusieurs dimensions (33,34,40,59).

Par ailleurs, l'échographie fœtale, puis l'image échographique du fœtus sont maintenant les piliers du suivi de la grossesse, mais également de l'annonce de la grossesse à l'entourage. Le caractère social de cette image en fait une icône de la grossesse et l'examen échographique devient un réel rituel de passage pour la parturiente : passage du statut de femme à celui de mère, et pour le fœtus : passage du fœtus indifférencié au bébé en devenir (35). Ainsi, l'utilisation des images fœtales, pourtant virtuelles, devient sociale, partagée avec l'entourage, sur les réseaux sociaux ou encore marketing, elle ne se cantonne plus au simple usage médical.

C'est pour ces différentes raisons que certains auteurs français ont qualifié ces différences de points de vue entre les femmes et le corps médical de *malentendu*. Notre questionnement de départ était d'interroger ce *malentendu* sur l'échographie obstétricale, mais avec cette fois, le prisme des futures mères. En effet, y'a-t-il réellement une différence d'interprétations et d'objectifs sur cet examen anténatal ? Qu'en est-il des attentes maternelles ? Et sur un autre plan, s'il y a malentendu, où se situe-t-il : sur les objectifs, les images, les possibles du dépistage, ou encore sur l'utilisation de ces images ?

Notre travail de recherche a donc porté sur le recueil de l'avis des parturientes, à travers des entretiens semi-dirigés avant leur échographie fœtale du 1^{er} trimestre.

L'analyse de ces entretiens nous a permis d'éclairer cette approche et ce questionnement. Plusieurs thèmes se sont dégagés des verbatims. En ce qui concerne leurs ressentis avant l'échographie et leurs attentes de cet examen, les parturientes expriment une profonde ambivalence dans leurs sentiments, entre joie et angoisse. Elles sont en grande demande de concrétisation de la grossesse à travers la visualisation des images du fœtus, d'autant plus qu'elles sont dans la crainte de la fausse couche et qu'elles n'ont pas encore de signes de la présence du fœtus dans leurs corps (mouvements actifs fœtaux) à ce stade de la grossesse. Elles attendent de l'échographie fœtale de « *savoir que tout va bien* », sans vraiment pouvoir spécifier le « *tout* ». Nous avons tout de même pu comprendre, à travers leurs discours, qu'elles souhaitent être rassurées sur le fait que la grossesse est toujours en cours, évolutive

et sur le fait que le fœtus se développe correctement. Toutefois, peu abordent le dépistage d'anomalies ou de malformations fœtales. Le malentendu sur les objectifs n'est pas si présent, car elles semblent bien conscientes des enjeux de cet examen, même s'ils ne sont pas clairement explicités, par l'ambivalence de leurs ressentis et par le fait que l'échographie peut leur dire ou non que *tout va bien*.

Par ailleurs, nous ne retrouvons pas dans les entretiens, comme décrits dans la littérature, de projections réelles sur le fœtus en tant qu'être humain individualisé. Mise à part la demande du sexe, nous n'avons pas réellement retrouvé de demandes particulières sur les caractéristiques du fœtus, les parturientes n'expriment pas franchement la demande de rencontre avec ce bébé en devenir, elles souhaitent *voir pour savoir*. Elles expriment plutôt la volonté de visualisation de la grossesse en tant que telle et la visualisation de la vie fœtale (le cœur qui bat par exemple).

Toutefois, nous retrouvons un certain malentendu sur la nature de l'image qui n'est pas une photographie du fœtus, mais une image virtuelle et sur les possibles du dépistage échographique. L'utilisation des images par ces femmes est bien sociale : support de l'annonce de la grossesse, souvenirs... Et l'échographie fœtale revêt un aspect rituel de l'avant/après, rituel de passage femme-mère ou encore grossesse-fœtus-enfant en devenir, tout semble se passer comme si en l'absence d'échographie fœtale, de visualisation, le statut des femmes et de leur grossesse reste flou, dans un entre-deux.

Enfin, concernant l'importance du *voir pour savoir*, les femmes révèlent dans leurs discours un besoin de voir le fœtus pour pouvoir ensuite mieux se l'approprier et se projeter dans la grossesse, comme si le *voir* permettait ensuite que plus rien ne puisse arriver jusqu'à sa naissance. L'être est révélé par la technique échographique dans un phénomène d'ontophanie numérique. Ce besoin de *voir* est clairement commun avec les équipes soignantes qui multiplient des échographies obstétricales alors qu'elles ne sont pas obligatoires dans le suivi, ce qui est assez spécifique de la pratique française où le nombre d'échographies par femmes est supérieur à 5, au-delà des recommandations professionnelles. Les femmes, comme les soignants, ont finalement ce besoin de *voir*. Le paradigme échographique est important dans le suivi prénatal et il est renforcé par la *pensée magique* que voir et objectiver le fœtus régulièrement diminue les risques d'arrêt de son bon développement. Sur ce point, les attentes maternelles et médicales se rejoignent sur l'intérêt de l'échographie obstétricale.

Au final, nous ne retrouvons que partiellement le *malentendu* sur les objectifs de l'échographie fœtale. Il semble qu'il serait plus judicieux de parler de *décalage* entre l'approche médicale et celle maternelle ; ce qui paraît finalement plutôt normal, car les affects et émotions seront différents ainsi que les implications, projections et représentations. Le décalage est très présent dans l'utilisation des images par les futures mères, utilisation complètement hors du champ médical. Par ailleurs, nos entretiens ont montré que les femmes ont peu de connaissances sur la technique échographique, sur les objectifs de cet examen et dont elles ont reçu peu d'information médicale en amont de la consultation échographique. Or, pour qu'il y ait un *malentendu*, il est nécessaire qu'il y ait un *entendu*, c'est-à-dire des connaissances communes de base, et le *mal* provient d'une divergence d'interprétations de la situation. Ici, les parturientes ont clairement un déficit de connaissances sur l'échographie fœtale par rapport aux équipes médicales. On ne peut ainsi, pas vraiment parler de *malentendu*.

Ce décalage est très probablement exacerbé par le manque d'information médicale instillé aux parturientes, information qui devrait être adaptée à leur niveau de compréhension et éclairée sur les objectifs du dépistage, mais aussi sur les possibles, afin que les femmes puissent mieux comprendre les enjeux, la nature de l'image, les implications, mais aussi pour exercer leur autonomie et ainsi, accepter ou non tel ou tel dépistage fœtal. Il semble important d'améliorer les pratiques médicales autour de ce sujet après en avoir analysé les freins.

Enfin, ce décalage est fortement renforcé par l'aspect social de la grossesse et de la périnatalité. En effet, actuellement, la grossesse est choisie et désirée la plupart du temps, elle en devient alors très précieuse. La parentalité se partage socialement, le bonheur familial doit être affiché et il est une source de réalisation personnelle primordiale et prioritaire. La grossesse et l'accouchement deviennent alors les enjeux majeurs de cette réalisation (66). L'image échographique est ainsi l'illustration iconique parfaite de cette réussite sociale et personnelle, avant même que l'enfant soit né, dans une forme d'anticipation de cette dite réussite. Toutefois, une autre dimension est à prendre en compte ; il s'agit de la dimension culturelle. En effet, la culture d'origine peut emmener d'autres représentations sur la grossesse, sur le fœtus ou encore, sur les images échographiques avec des utilisations différentes de celles-ci.

Il serait donc très intéressant d'étudier ces phénomènes sociologiques, voire anthropologiques, à l'origine de ce besoin de *voir avant de naître* (*voir avant de n'être ?*), ou encore de *voir sans rencontre*. L'approche sociologique apporterait un éclairage plus global pouvant expliquer ces décalages sources d'incompréhension voire de conflits entre les parturientes et les équipes soignantes. Pourtant, les travaux sociologiques sur la naissance et la grossesse dans notre société contemporaine restent encore assez pauvres (67).

BIBLIOGRAPHIE

1. Soulé Michel, Gourand Luc, Missonnier Sylvain, Soubieux Marie-José. L'échographie de la grossesse: promesses et vertiges / sous la direction de Michel Soulé ; avec Luc Gourand, Sylvain Missonnier, Marie-José Soubieux. Toulouse: Erès; 2011. 373 p. (A l'aube de la vie).
2. Soler A. L'échographie obstétricale expliquée aux parents [Internet]. ERES; 2005 [cité 19 janv 2021]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/l-echographie-obstetricale-expliquee-aux-parents-9782749205120.htm>
3. Fermont L. Préface. In: BouSSION F, PÉZARD P, éditeurs. Echocardiographie Fœtale [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2013 [cité 11 janv 2021]. p. ix-x. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294728785099840>
4. Daffos F, Dumez, Yves, Fontanges-Darriet, Marianne, Guinet, Paul, Soulé, Michel. Le fœtus à l'hôpital. Erès. 1997. 64 p. (1001 bébés).
5. rapport_echographies_foetales_vde.pdf [Internet]. [cité 26 oct 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-06/rapport_echographies_foetales_vde.pdf
6. Abramowicz JS, Kossoff G, Maršál K, Haar GT. International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology (ISUOG). Ultrasound Obstet Gynecol. 2000;16(6):594-6.
7. Arrêté du 16 juin 1994 modifiant l'arrêté du 27 mars 1972 modifié relatif à la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux - Légifrance [Internet]. [cité 11 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000548916/>
8. Sous-section 1 : Définition et mise en œuvre du diagnostic prénatal (Articles R2131-1 à R2131-2-3) - Légifrance [Internet]. [cité 19 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000034578740/2017-05-05>
9. Décret n° 2017-702 du 2 mai 2017 relatif à la réalisation des échographies obstétricales et fœtales et à la vente, revente et utilisation des échographes destinés à l'imagerie fœtale humaine. 2017-702 mai 2, 2017.
10. Guide Pratique de L'échographie Obstétricale et Gynécologique | ScienceDirect [Internet]. [cité 17 janv 2021]. Disponible sur: <https://www-sciencedirect-com.ezproxy.u-paris.fr/book/9782294748912/guide-pratique-de-lechographie-obstetricale-et-gynecologique>
11. ENP2016_rapport_complet.pdf [Internet]. [cité 11 janv 2021]. Disponible sur: http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
12. LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception. 2001-588 juill 4, 2001.

13. Cour de Cassation, Assemblée plénière, du 17 novembre 2000, 99-13.701, Publié au bulletin [Internet]. [cité 22 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/juri/id/JURITEXT000007041543/>
14. Vassy C, Champenois-Rousseau B. Comment le risque devient une évidence : praticiens, femmes enceintes et dépistage prénatal de la trisomie 21. *Socio-Anthropol.* 15 juin 2014;(29):121-36.
15. Koupernik C. L'arrêt Perruche : questionnements et retombées. *L'Évolution Psychiatr.* 1 janv 2002;67(1):244-9.
16. Changements des pratiques relatives à l'échographie fœtale après l'arrêt Perruche et la loi du 4 mars 2002. *Presse Médicale.* 1 oct 2006;35(10):1467-74.
17. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1) - Légifrance [Internet]. [cité 27 oct 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000227015/>
18. Champenois-Rousseau B, Vassy C. Les échographistes face au dépistage prénatal de la trisomie 21. Le difficile arbitrage entre excellence professionnelle et éthique du consentement. *Sci Soc Sante.* 2012;Vol. 30(4):39-63.
19. rapportCTE.pdf [Internet]. [cité 30 oct 2020]. Disponible sur: <http://www.cfef.org/archives/lettres/DocusCTE/rapportCTE.pdf>
20. Champenois-Rousseau B. 4. Arrêt sur image, ou comment l'échographie fœtale renouvelle des frontières de l'humanité [Internet]. *Humains, non-humains. La Découverte*; 2011 [cité 30 oct 2020]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.ezproxy.u-paris.fr/humains-non-humains--9782707165190-page-49.htm>
21. Pieters Corinne. *Image, philosophie et médecine: le corps en regards / Corinne Pieters,...* Bernard-Marie Dupont, ... ; préface de François Dagognet. Paris: Ellipses; 2000. 110 p. (Sciences humaines en médecine).
22. Draper J. 'It was a real good show': the ultrasound scan, fathers and the power of visual knowledge. *Sociol Health Illn.* 2002;24(6):771-95.
23. Platon. *La République / Platon ; traduction inédite, introduction et notes par Georges Leroux.* 2e édition corrigée. Paris: GF Flammarion; 2004. 801 p. (G.F.).
24. Foucault Michel. *Naissance de la clinique / Michel Foucault.* 8e édition. Paris: Presses universitaires de France; 1963. 214 p. (Quadrige Grands textes).
25. Masson C. L'image en médecine : us et abus. L'image n'est pas la réalité. *Clin Mediterr.* 1 août 2007;n° 76(2):61-75.
26. Chervenak FA, McCullough LB. An ethical critique of boutique fetal imaging: A case for the medicalization of fetal imaging. *Am J Obstet Gynecol.* 1 janv 2005;192(1):31-3.
27. Williams C, Alderson P, Farsides B. Conflicting perceptions of the fetus: Person, patient, « nobody », commodity? *New Genet Soc.* déc 2001;20(3):225-38.

28. Camara N-A, Pommier F. Différence culturelle dans la perception de l'image échographique : étude des représentations maternelles dans une perspective interculturelle. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1 mai 2012;60(3):166-75.
29. Viaux-Savelon S. La parentalité échographique. *Dialogue.* 11 mars 2013;n° 199(1):19-31.
30. Gourand L. L'échographie périnatale : un éléphant dans un magasin de porcelaine [Internet]. Le consentement éclairé en périnatalité et en pédiatrie. *Érès;* 2004 [cité 23 févr 2021]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/le-consentement-eclairé-en-perinatalite-et-en-pedi--978274920314-page-71.htm>
31. Roberts J, Griffiths FE, Verran A, Ayre C. Why do women seek ultrasound scans from commercial providers during pregnancy? *Sociol Health Illn.* 2015;37(4):594-609.
32. Golse B. Y a-t-il une place pour l'échographie dans le suivi d'une grossesse normale ? [Internet]. L'échographie de la grossesse. *ERES;* 2011 [cité 9 nov 2020]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.ezproxy.u-paris.fr/l-echographie-de-la-grossesse--9782749213514-page-243.htm>
33. Gourand L. Le fœtus, les parents et l'échographiste. Plaidoyer pour une échographie bien tempérée. *Spirale.* 2011;n° 60(4):45-50.
34. Gourand L. L'échographie prénatale: quels enjeux dans la relation ? *Laennec.* 5 nov 2012;Tome 60(4):7-17.
35. Missonnier S. L'échographie obstétricale : rite médical ou rituel séculier de passage ? *L'Autre.* 2019;Volume 20(3):272-81.
36. Missonnier S. L'échographie obstétricale : l'e-baby et la parentalité. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 mars 2018;176(3):282-5.
37. Viaux-Savelon S, Dommergues M, Rosenblum O, Bodeau N, Aidane E, Philippon O, et al. Prenatal Ultrasound Screening: False Positive Soft Markers May Alter Maternal Representations and Mother-Infant Interaction. *PLoS ONE.* janv 2012;7(1):1-8.
38. Alvarez L, Cayol V, Magny J-F, Morisseau L. L'ombre des traumatismes périnataux sur les premiers liens. *Psychiatr Infant.* 2010;Vol. 53(2):609-38.
39. Harpel TS. Fear of the unknown: ultrasound and anxiety about fetal health. *Health Interdiscip J Soc Study Health Illn Med.* juill 2008;12(3):295-312.
40. Gourand L. L'échographiste et l'accès au ventre. *Rev Française Psychosom.* 2004;no 26(2):71-83.
41. Roberts J. 'Wakey wakey baby': narrating four-dimensional (4D) bonding scans. *Sociol Health Illn.* 2012;34(2):299-314.
42. La Naissance numérique : bienvenue dans le monde d'Internet > Mag-Securs > Communiqués [Internet]. [cité 26 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.mag-secur.com/communiqués/id/27896/la-naissance-numerique-bienvenue-dans-le-monde-d-internet.aspx>
43. Roberts J, Griffiths F, Verran A. Seeing the Baby, Doing Family: Commercial Ultrasound as Family Practice? *Sociology.* 1 juin 2017;51(3):527-42.

44. Leneveu M-C. Définition d'un concept : approche anthropologique du rite de passage. *Éthique Santé*. 1 juin 2013;10(2):66-9.
45. Décret n° 2008-800 du 20 août 2008 relatif à l'application du second alinéa de l'article 79-1 du code civil. 2008-800 août 20, 2008.
46. *inforecos.pdf* [Internet]. [cité 15 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-08/inforecos.pdf>
47. *femmes_enceintes_recos.pdf* [Internet]. [cité 30 oct 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/femmes_enceintes_recos.pdf
48. LOI n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique (1). 2011-814 juill 7, 2011.
49. Arrêté du 14 janvier 2014 fixant le modèle des documents mentionnés au III de l'article R. 2131-2 du code de la santé publique.
50. Vassy C. De l'innovation biomédicale à la pratique de masse : le dépistage prénatal de la trisomie 21 en Angleterre et en France. *Sci Soc Sante*. 2011;Vol. 29(3):5-32.
51. Grangé G, Azria E. Entre proposition systématique et obligation d'information, quelles libertés face au dépistage de la trisomie 21 ? *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. 1 oct 2008;37(6):535-7.
52. Favre R, Guige V, Weingertner A-S, Vayssière C, Kohler M, Nisand I, et al. Is the non-respect of ethical principles by health professionals during first-trimester sonographic Down syndrome screening damaging to patient autonomy? *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2009;34(1):25-32.
53. Favre R, Moutel G, Duchange N, Vayssière C, Kohler M, Bouffet N, et al. What about Informed Consent in First-Trimester Ultrasound Screening for Down Syndrome? *Fetal Diagn Ther*. :12.
54. *Rapport-CNEOF-2016.pdf* [Internet]. [cité 24 nov 2020]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Rapport-CNEOF-2016.pdf>
55. Blanchet Alain. *L'entretien / Alain Blanchet, Anne Gotman ; sous la direction de François de Singly*. Nouvelle présentation 2015. Malakoff: Armand Colin; 2015. 126 p. (128 tout le savoir).
56. Van Campenhoudt Luc. *Manuel de recherche en sciences sociales / Luc Van Campenhoudt, Jacques Marquet, Raymond Quivy*. 5e édition entièrement revue et augmentée. Malakoff: Dunod; 2017. 383 p.
57. Lalor JG, Devane D. Information, knowledge and expectations of the routine ultrasound scan. *Midwifery*. 1 mars 2007;23(1):13-22.
58. Champenois-Rousseau B. 3. La représentation du risque dans la pratique du dépistage prénatal : ce que révèle l'ethnographie [Internet]. *Risque et pratiques médicales*. Presses de l'EHESP; 2010 [cité 1 déc 2020]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/risque-et-pratiques-medicales--9782810900046-page-49.htm>
59. Missonnier S. Le premier chapitre de la vie ? nidification foétale et nidation parentale. *Psychiatr Infant*. 2007;Vol. 50(1):61-80.

60. Ceccarelli P, Lindenmeyer C. Les avatars de la pensée magique. Clin Mediterr. 20 mars 2012;n° 85(1):41-9.
61. Gardair E. Cognitions « rationnelles » et « irrationnelles » : quels liens entretiennent la pensée magique et la pensée scientifique dans les raisonnements quotidiens ? Intellectica. 2014;62(2):51-68.
62. Blanc G le, Brugère F. Est-il possible de voir la vie ? [Internet]. Peut-on voir la vie ? Érès; 2001 [cité 17 mai 2021]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/peut-on-voir-la-vie--9782865869411-page-15.htm>
63. Vial S. Voir et percevoir à l'ère numérique : théorie de l'ontophanie. :22.
64. Favre Romain. En quoi le niveau de connaissance médicale et la position des médecins respectent-ils ou non le consentement des patientes dans le cadre du dépistage de la Trisomie 21? / Romain Favre ; sous la direction de Grégoire Moutel. [S.l]: sn; 2007.
65. Aune I, Möller A. 'I want a choice, but I don't want to decide'—A qualitative study of pregnant women's experiences regarding early ultrasound risk assessment for chromosomal anomalies. Midwifery. 1 févr 2012;28(1):14-23.
66. Clavandier G, Charrier P. La naissance en mutation, un enjeu pour la sociologie ? Rech Fam. 8 juin 2015;n° 12(1):165-74.
67. Charrier P, Clavandier G. Sociologie de la naissance [Internet]. Armand Colin; 2013 [cité 30 oct 2020]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.ezproxy.u-paris.fr/sociologie-de-la-naissance--9782200254513.htm>

Table des figures

Figure 1 : Planche anatomique d'André Vésale (libre accès)	12
Figure 2 : Reproduction de « La leçon d'anatomie du Docteur Tulp » de Rembrandt (libre accès)	13
Figure 3 : Prescripteurs de l'échographie fœtale	50
Figure 4 : Information lors de la prescription.....	51
Figure 5 : Information en fonction de la parité	52

Table des tableaux

Tableau 1 : Description population n=12	35
Tableau 2 : Réponses souhaitées des patientes n=12.....	43
Tableau 3 : Utilisation des images échographiques n=12	46

Annexes

ANNEXE 1 : Accord CERAPHP



CERAPHP Centre
Comité d'éthique de la recherche AP-HP Centre

IRB registration : #00011928

Présidente : Marie-France MAMZER-BRUNEEL

Vice-présidente : Anne-Sophie JANNOT

Secrétariat général : Marie-Caroline LAÏ

Membres : Christian BALLOUARD, Flore-Anne DE BAUDINIÈRE, Stéphane DONNADIEU, Jean-Claude K. DUPONT, Éric THERVET, Anne-Laure FERHAL-PIERSSENS, Nicolas GARCELON, Cécile HANON, Elise JACQUIER, Nicole KARAM, Magalie LADOUCEUR, Tristan MIRAULT, Antoine NEURAZ, Nicolas PALLET, Alex J. PARK, Olivier PELLERIN, Brigitte SABATIER, Éric THERVET, Arthur TRON, David VEYER, Maxime WACK, Aziz ZAAANAN

Paris, le 2 mars 2021

Réf. 2021-01-05

Le Comité a été saisi de la demande du **Professeur Marcel-Louis VIALARD**, et de sa co-investigatrice **Madame Lucile ABIOLA**, concernant une recherche non interventionnelle, intitulée :

« L'échographie fœtale : attentes et représentations maternelles »

Investigateur principal : **Professeur Marcel-Louis VIALARD,**
Université de Paris,
Laboratoire ETREs,
15 rue de l'école de médecine, 75006 Paris
E-mail : ml.viallard@gmail.com

Ce projet a obtenu un **avis éthique favorable** de la part des membres du CERAPHP Centre lors de la réunion de l'IRB du 12 février. Le comité a estimé que la recherche n'est pas une recherche impliquant la personne humaine au sens de la loi française n°2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine.

Le comité précise par ailleurs que son avis est purement consultatif et ne dispense pas des formalités réglementaires en vigueur dans le cadre du périmètre de cette recherche.

Dr Anne-Sophie JANNOT
Vice-présidente du CERAPHP Centre



15 Rue de l'École de Médecine, 75006 Paris
Courriel : contact.ceraphp5@listes.parisdescartes.fr

ANNEXE 2 : Lettre d'information

LETTRE D'INFORMATION

PARTICIPATION AU PROJET DE RECHERCHE DE MASTER 2 D'ÉTHIQUE MÉDICALE

Madame,

Je suis sage-femme au CHU d'Angers et étudiante en master 2 de recherche en éthique et bioéthique médicale à l'Université de Paris. Dans le cadre, de mon mémoire de fin d'étude, je réalise un travail de recherche autour de **l'échographie fœtal e, des attentes et du ressenti maternel sur cet examen**. Notre vision de soignant sur celui-ci n'est peut-être pas la même que la vôtre, les enjeux ou les attentes sont probablement différents et nous aimerions connaître votre avis sur cela.

Ce travail est encadré par le Pr Marcel-Louis Viillard. Il a reçu l'avis favorable d'un comité d'éthique.

- **Déroulement de l'étude**

Il s'agit d'une étude qualitative basée sur des entretiens avec des femmes enceintes venant consulter pour leur échographie fœtal e du premier trimestre. La participation à l'étude ne modifie pas votre prise en charge et recueille votre perception de l'échographie fœtal e, vos attentes la concernant et votre ressenti avant celle-ci.

Votre participation est libre et se fera exclusivement après que vous ayez donné formellement votre accord. Votre refus de participer, si tel est le cas, ne modifie en rien votre prise en charge et votre échographie aura lieu, quelle que soit votre réponse.

Les entretiens auront lieu entre février et avril 2020, dans le service de consultations de la maternité du CHU d'Angers, ils auront lieu avant l'échographie fœtal e. Ils seront enregistrés afin de favoriser leur analyse après votre accord. La durée prévue de l'entretien est de 30 min environ.

Les entretiens seront pseudonymisés (numéro) et votre nom ne sera pas relevé, les informations recueillies seront préservées et traitées de façon confidentielle.

- **Protection des données**

Il s'agit d'une étude qui s'inscrit dans l'expérimentation en sciences humaines et sociales dans le domaine de la santé.

Un dossier est déposé au délégué à la protection des données de l'Université de Paris, les données seront stockées sur une clé USB sécurisée pendant un an.

Concernant la protection de la confidentialité, votre participation est libre et l'anonymat sera garanti tout au long de la recherche. Les données seront intégralement détruites à l'issue du délai (2 ans) accordé pour leur exploitation.

Le traitement de vos données à caractère personnel se fera conformément au Règlement Général sur la Protection des Données n° 2016/679 du Parlement Européen du 27 avril 2016, relatif à la protection des données à caractère personnel et à leur libre circulation. Vous pouvez, à tout moment, vous opposer à l'utilisation de vos données, ou encore à les rectifier ou les supprimer. Pour cela, il vous suffit de m'en faire la demande par mail.

- **Traitement des données**

À la suite de notre entretien, vos propos seront retranscrits fidèlement à l'écrit, en respectant votre anonymat et j'analyserai ensuite le contenu du récit obtenu. L'enregistrement de notre entretien sera détruit à la suite de cette retranscription.

Même si vous avez donné votre accord pour participer à cette étude, vous pouvez retirer votre consentement à tout moment. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation et d'opposition au traitement de vos données. Vous pouvez exercer ce droit, à tout moment en me contactant par email.

Il n'existe aucune compensation financière à l'étude ni de lien d'intérêt.

ANNEXE 3 : Guide d'entretien

Objectif principal : comprendre les attentes maternelles de l'échographie et le ressenti des patientes avant l'examen échographique du premier trimestre.

Objectifs secondaires : les connaissances maternelles autour de cet examen, la qualité de l'information médicale lors de la prescription de l'échographie.

- PHASE PRÉLIMINAIRE

Présentation personnelle, présentation du projet de recherche et rappels des éléments fournis dans la lettre d'information et proposition de compléments d'information. Demande de consentement pour l'enregistrement.

Interrogation sur données démographiques : âge, profession, nombre d'enfants et de grossesses.

- ENTRETIEN

- ✓ **Le vécu**

- Que pouvez-vous me dire de cette grossesse, quelle est son histoire ?
- Qu'est-ce que cela représente pour vous cette première échographie ?
- Qu'est-ce que vous vous imaginez ?
- Dans quel état d'esprit êtes-vous avant de la réaliser ?

- ✓ **Les attentes personnelles**

- Qu'attendez-vous de l'échographie ? Que souhaitez-vous savoir ou connaître lors de cet examen ?
- Qu'allez-vous faire des images échographiques ?
- Allez-vous raconter à votre entourage ou à votre famille cette échographie ? Pourquoi ?
- Est-ce que c'est important pour vous de voir, au-delà du retour que vous fera l'échographe ?
- Que pensez-vous du nombre d'échographies programmé pour votre suivi de grossesse ?

- ✓ **Les connaissances de l'examen**

- Qui vous a prescrit cette échographie ? Et que vous a-t-il dit sur cet examen ?
- Quels sont, selon vous, les intérêts et les objectifs pour le personnel médical qui suit votre grossesse ?
- Que savez-vous de la technique échographique ?