

Faculté de Médecine

École de Sages-Femmes

Diplôme d'État de Sage-femme

2018-2019

L'ECHOGRAPHIE PRENATALE : EVALUATION DE LA SATISFACTION DE L'INFORMATION REÇUE ET DES CONNAISSANCES DES FEMMES ENCEINTES

Présenté et soutenu publiquement le 14 mai 2019

par

Chloé Caçador

Expert scientifique : Aymeline LACORRE, Gynécologue Obstétricienne

Experte méthodologique : Cécile TIBERGHIE, Sage-femme enseignante



Remerciements

Je remercie toutes les personnes qui, de façon directe ou indirecte, ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

Je remercie Aymeline Lacorre, pour sa disponibilité, sa bienveillance et précieuse aide tout au long de ce travail.

Je remercie Cécile Tiberghien, pour ses lectures et relectures et commentaires avisés sur mon travail ainsi que sa disponibilité.

Merci à Valérie Blaize-Gagneraud pour son aide dans la réalisation des statistiques et ses conseils.

Merci aux sages-femmes, médecins, internes, aides-soignantes et auxiliaires de Limoges, Tulle, Brive, Guéret, Béziers, Orléans, Mauriac, Hanoï et aux sages-femmes libérales pour leur patience, leur encadrement et pour m'avoir transmis leur savoir pour ma future profession.

Merci à mes camarades et amies de promotion pour ces 4 belles années, soudées dans les bons moments comme dans les moins faciles. A tous ces merveilleux moments que nous avons passés et aux prochains.

Je remercie mes amis de longue date, toujours présents, Aurélie, Guillaume et Yoann sur qui je peux compter.

Enfin, je remercie grandement mes parents et mon frère, pour leur soutien à toute épreuve et affection qu'ils m'ont apportés depuis toujours et sans qui je ne serai pas arrivée jusqu'ici...



Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

Table des illustrations	7
Première partie : Introduction	8
1. Echographie et périnatalité	8
2. Qualité de l'information donnée à la femme enceinte et au couple	8
3. Vécu de l'échographie	10
4. Etat actuel des connaissances	10
Deuxième partie : Matériels et Méthodes	13
1. Le type d'étude.....	13
2. La population étudiée.....	13
3. Recueil des données.....	13
4. Critères d'évaluation	14
5. Exploitation des données	15
Troisième partie : Résultats.....	16
1. Caractéristiques de la population	16
1.1. La population.....	16
1.2. L'âge	16
1.3. La parité.....	16
1.4. Le niveau d'études.....	16
1.5. La catégorie socio-professionnelle selon l'INSEE.....	16
2. L'information délivrée sur l'échographie.....	17
2.1. Le praticien qui a délivré l'information.....	17
2.2. Le praticien qui a réalisé la majorité des échographies	18
2.3. La forme de l'information.....	18
2.4. Le moment de l'information et la signature d'un consentement	19
2.5. La clarté de l'information selon les femmes	20
2.6. La satisfaction des femmes vis-à-vis de l'information	21



3. Les connaissances des femmes enceintes sur l'échographie.....	22
3.1. Les détails des réponses	22
3.2. Les connaissances générales	24
4. Les émotions et les attentes suscitées par l'échographie.....	25
4.1. L'anxiété ressentie au cours de l'examen	25
4.2. Les attentes des femmes concernant l'échographie	26
Quatrième partie : Analyse et discussion	27
1. Les points forts et les limites de l'étude	27
1.1. Les points forts de l'étude	27
1.2. Les limites de l'étude	27
2. Discussion.....	29
2.1. Sur les caractéristiques de la population	29
2.2. Sur les connaissances de la population	30
2.3. Sur l'information donnée	31
2.4. Sur les attentes des femmes enceintes	32
2.5. Sur le vécu de l'échographie.....	32
3. Proposition d'action	33
Conclusion.....	36
Références bibliographiques	37
ANNEXE I : Attestation d'information et consentement de réalisation des échographies obstétricales et fœtales de dépistage délivrée à l'HME.....	39
ANNEXE II : Attestation d'information et refus de réalisation des échographies obstétricales et fœtales de dépistage délivrée à l'HME.....	41
ANNEXE III : Attestation d'information et consentement de réalisation des échographies obstétricales et fœtales à visée diagnostique délivrée à l'HME.....	43
ANNEXE IV : Attestation d'information et refus de réalisation des échographies obstétricales et fœtales à visée diagnostique délivrée à l'HME.....	45
ANNEXE V : Questionnaire	47
ANNEXE VI : Fécondité selon l'âge détaillé de la mère	52



ANNEXE VII : Répartition des femmes selon le diplôme, 2005 - 2009	53
ANNEXE VIII : Répartition des femmes selon le niveau d'études en Limousin et France métropolitaine en 1999 et 2004 (%)	54
ANNEXE IX : Document d'information sur l'échographie distribué au CH de Bourg-en-Bresse.....	55



Table des illustrations

Figure 1 : Praticien qui a informé sur l'échographie.....	17
Figure 2 : Praticien qui a réalisé la majorité des échographies	18
Figure 3 : Signature d'un consentement par les patientes pour la réalisation des échographies	19
Figure 4 : Degré de clarté selon les patientes de l'information reçue sur l'échographie	20
Figure 5 : Obtention de réponses aux questions posées.....	21
Figure 6 : Degré de satisfaction des patientes concernant l'information reçue	21
Figure 7 : Taux d'erreur à chaque question.....	23
Figure 8 : Evaluation du niveau de connaissances des femmes sur l'échographie	24
Figure 9 : Degré d'anxiété durant l'examen	25
Figure 10 : Principales attentes des patientes par rapport à leurs échographies.....	26



Première partie : Introduction

1. Echographie et périnatalité

« Le diagnostic prénatal s'entend des pratiques médicales, dont l'échographie obstétricale et fœtale, ayant pour but de détecter *in utero* chez l'embryon ou le fœtus une affection d'une particulière gravité. » (1)

L'échographie fœtale est une composante majeure du dispositif de soins en périnatalité. Elle contribue au diagnostic anténatal et à l'organisation d'une meilleure prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et du nouveau-né. Elle permet de dépister un risque, diagnostiquer une pathologie et la surveiller. Au fil des années, elle s'est imposée comme un outil indispensable dans la prise en charge et le suivi des grossesses. Elle joue un rôle majeur dans le diagnostic anténatal. (2)

En France, trois examens sont systématiquement proposés pendant la grossesse. Une surveillance échographique de toute grossesse est actuellement fortement recommandée par le CNGOF. (3)

Les échographies recommandées sont réalisées dans un but premier de dépistage. De plus, lorsqu'une pathologie est suspectée, la patiente est orientée vers une échographie de seconde intention, dite « de diagnostic ».

L'annonce de certaines pathologies détectées à l'échographie peut s'avérer compliquée pour le praticien, d'autant plus si les objectifs et les limites de l'examen n'ont pas été bien cernés par la patiente et les couples quand l'information a été donnée. (2) (4)

2. Qualité de l'information donnée à la femme enceinte et au couple

L'article 20 de la loi n°2011-814 du 7 juillet 2011, codifié à l'article L 2131-1 du Code de la Santé Publique, dispose : « *Toute femme enceinte reçoit, lors d'une consultation médicale, une information loyale, claire et adaptée à sa situation [...]. Le prescripteur, médecin ou sage-femme, communique les résultats des examens à la femme enceinte et lui donne toute l'information nécessaire à sa compréhension.* » (1)



L'information donnée aux femmes enceintes et aux couples doit leur permettre de prendre des décisions face au processus de dépistage. Il importe qu'ils soient informés des objectifs, des modalités et des limites de l'examen mais également des enjeux médicaux et éthiques du dépistage échographique.

L'information doit être délivrée au mieux dès la première consultation de grossesse, avant la réalisation des échographies.

Les notions suivantes doivent être abordées et expliquées : (2)

- La distinction dépistage-diagnostic
- La définition d'un acte de dépistage échographique
- L'impossible exhaustivité du diagnostic, y compris pour les examens de seconde intention
- Les objectifs de chacune des échographies, leurs limites, les éventuelles difficultés d'analyse rencontrées au cours de l'examen et la nécessité de réalisation d'une échographie supplémentaire.

Dans le but de garantir l'autonomie de la femme enceinte et son consentement libre et éclairé, il est essentiel de vérifier la compréhension des différentes informations délivrées ainsi que les attentes de la femme enceinte vis-à-vis des examens échographiques. Il paraît important que le praticien prenne en considération les souhaits de chaque patiente, et leurs diverses interrogations afin de pouvoir délivrer une information adéquate. (2)

L'arrêté du 14 janvier 2014, relatif au consentement à la pratique de l'échographie obstétricale et fœtale, précise qu'un consentement à la réalisation des échographies doit être obtenu et doit être matérialisé par un document écrit. Un document de consentement est rempli par la patiente, dans lequel celle-ci atteste avoir été informée par le praticien et avoir reçu les informations relatives à cet examen. (2) Il existe deux modèles de consentements selon le type d'échographie : échographie de dépistage ou de diagnostic.

A l'Hôpital Mère Enfant (HME) de Limoges, conformément à l'arrêté du 14 janvier 2014, une attestation d'information et de consentement ou de refus, est remise à chaque patiente au cours de leur première échographie. L'original du document est conservé dans le dossier médical par le médecin ou la sage-femme qui a effectué la première échographie. Une copie



est remise à la patiente, qui doit la présenter aux praticiens qui effectueront des échographies à visée de dépistage et de diagnostic. (Annexes I, II, III et IV)

3. Vécu de l'échographie

L'échographie permet une rencontre entre la mère et le fœtus, très précocement dans la grossesse. Celle-ci peut « favoriser le processus de parentalisation ». (5)

En effet, avec l'échographie le fœtus peut désormais être appréhendé en temps réel. La future maman peut voir à l'écran son fœtus avant même de commencer à le sentir bouger : « la vision précède la perception, la modifie et vient éveiller l'émergence identitaire de l'enfant à naître. » (6) (7)

Lors de l'examen, la femme enceinte observe l'écran en même temps que le praticien. Il s'agit d'un moment à forte densité émotionnelle, où la femme « rencontre » son enfant, qui jusqu'alors n'était perçu qu'à travers ses représentations. (7)

4. Etat actuel des connaissances

Des études se sont intéressées aux attentes des femmes enceintes au décours de l'échographie prénatale, ainsi qu'à leur satisfaction vis-à-vis de l'information qu'elles ont reçue et à leur niveau de connaissances sur l'échographie.

En effet, selon les études des équipes des Dr Larsen T., Gudex C. et Georgsson Ohman S. au Danemark en 2000, 2006 et 2008, on retrouve comme principales attentes : le sexe, la bonne santé, l'absence de malformations, la bonne croissance du fœtus, la date d'accouchement et le désir de voir le bébé. (8) (9) (10)

« La majorité des femmes est satisfaite de l'information reçue sur les modalités, le déroulement de l'examen et ses objectifs. Toutefois, 58% déclarent avoir reçu suffisamment d'informations sur les risques possibles. » C'est ce que conclut l'étude du Dr Georgsson Ohman S. réalisée en 2008 au Danemark. (10)

Au contraire, l'étude en 2007 du Dr Lalor JG., réalisée à l'école de sciences infirmières et obstétricales de Dublin, conclut que les femmes estiment avoir reçu peu d'informations sur les objectifs et les limites de l'examen échographique. (11) (12)



L'étude du Dr Garcia J. à l'Institut des Sciences de la santé d'Oxford en 2002, tire la même conclusion : « *Les femmes manquent souvent d'informations sur les finalités pour lesquelles une échographie est réalisée et les limites techniques de la procédure.* » (13)

Le Dr Larsen. et son équipe ont conclu que : « *Même si l'information pourrait être améliorée, le niveau de connaissances des femmes enceintes sur l'échographie est globalement bon.* » De plus, parmi les femmes, 94% déclarent avoir « *une expérience positive de l'échographie* ». (8)

Une étude sur la compréhension et le ressenti des patientes vis-à-vis des échographies a été réalisée dans le cadre du mémoire d'une étudiante sage-femme, Asma Zbitou en 2012. Elle conclut que : 96% des patientes interrogées sont satisfaites de l'examen et 96% jugent les explications fournies compréhensibles. « *Globalement, la population étudiée a saisi les principaux objectifs à savoir les mesures biométriques du fœtus, l'exploration morphologique et l'installation de mesures préventives afin de mieux détecter certaines malformations en anténatal.* » Il apparaît à travers cette étude que 25% des femmes sont persuadées qu'il n'existe aucune limite à cet examen et qu'une partie surestime les capacités diagnostiques de cet outil. (14)

Notre étude a donc consisté à évaluer les connaissances des femmes sur le suivi échographique pendant la grossesse à l'Hôpital Mère Enfant. Elle a également évalué la satisfaction des patientes concernant l'information délivrée sur le suivi échographique dans ce même centre, leurs principales attentes de l'échographie et les émotions suscitées par l'examen.

Les objectifs de l'étude étaient :

- D'évaluer le niveau de connaissances des femmes enceintes sur l'échographie prénatale grâce à un test de connaissances intégré dans un questionnaire.
- De montrer que l'information dispensée à l'HME à propos de l'échographie prénatale est perçue comme claire par les femmes enceintes.
- De connaître la satisfaction des femmes enceintes concernant l'information reçue sur l'échographie.



- D'évaluer l'anxiété suscitée par l'examen et mettre en évidence les attentes des femmes enceintes concernant l'échographie.



Deuxième partie : Matériels et Méthodes

1. Le type d'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive transversale monocentrique basée sur des questionnaires distribués aux femmes enceintes au troisième trimestre de grossesse, après les trois échographies de dépistage recommandées. Le questionnaire était anonyme et comportait des questions ouvertes, à choix multiples, des échelles d'évaluation et un test de type vrai/faux. (Annexe V)

2. La population étudiée

Il s'agissait de toutes les femmes majeures enceintes au troisième trimestre de grossesse, ayant réalisé au moins une de leurs trois échographies de dépistage à l'HME.

Les patientes sous tutelle, ne sachant ni lire ni écrire le français ou ayant un suivi échographique dans le cadre d'une malformation fœtale avérée ou fortement suspectée ont été exclues de l'étude.

Nous avons pris comme hypothèse de recherche qu'au moins 51 % des femmes enceintes avaient un niveau de connaissances suffisant sur l'échographie prénatale et étaient satisfaites de l'information reçue. Ainsi, le nombre de sujets nécessaires pour atteindre notre hypothèse de recherche a été estimé à 106 patientes.

3. Recueil des données

Afin de cibler les patientes en fin de grossesse et après avoir réalisé les trois échographies recommandées, les questionnaires ont été distribués par les secrétaires au moment de la consultation d'anesthésie au 3^{ème} trimestre de grossesse, ainsi que par le Dr Lacorre au cours de ses échographies du troisième trimestre durant la période de mai 2018 à novembre 2018 inclus.

Au moment de la mise en place de l'étude, 30 femmes enceintes consultant les anesthésistes au 3^{ème} trimestre avaient réalisé au moins une de leurs trois échographies à l'HME, sur une période de 1 mois. Selon ces données, nous avons estimé la durée de



distribution des questionnaires à 4 mois. La période de recueil a dû être prolongée, du fait d'une surestimation des patientes pouvant être incluses dans notre étude.

4. Critères d'évaluation

Profil de la population

La première partie du questionnaire a permis de décrire la population et de savoir si la catégorie socio-professionnelle, l'âge et la parité impactaient le niveau de connaissances des femmes sur l'échographie prénatale.

Suivi de grossesse et caractéristiques de l'information reçue

La seconde partie du questionnaire s'intéressait à l'information reçue : sa forme et le praticien l'ayant délivrée.

La satisfaction et la clarté à propos de l'information reçue ont été évaluées chacune par une échelle selon la graduation : pas du tout / moyennement / en grande partie / totalement claire ou satisfaite.

Vécu de l'échographie

Une partie du questionnaire a été consacrée au vécu et aux attentes des femmes concernant l'échographie. Une échelle d'anxiété de 0 à 10 a permis de la quantifier.

Nous avons qualifié l'anxiété de légère si la valeur était < 3 , de modérée entre 3 et 6, de sévère si > 6 .

Une question ouverte a permis aux femmes de préciser leurs attentes par rapport à l'échographie.

Connaissances des femmes

La dernière partie du questionnaire comportait dix questions de type vrai/faux portant sur les objectifs des trois échographies recommandées. Chaque réponse juste apportait 1 point, une non-réponse ou réponse fautive 0 point. La note finale sur 10 évaluait le niveau de connaissances : insuffisant si ≤ 3 , moyen entre 4 et 6, satisfaisant si ≥ 7 .



5. Exploitation des données

Le recueil des données du questionnaire et de la note attribuée au test s'est fait à l'aide d'une grille de recueil sur Excel®.

Les résultats statistiques ont été obtenus à partir d'Excel® et de Statview®. L'analyse des données a été principalement descriptive. Les variables quantitatives étaient exprimées par des indices de position (moyenne et médiane). Les variables qualitatives étaient exprimées par des pourcentages et des notes. Les comparaisons ont été réalisées à l'aide du test de Student, du Chi 2, de Fisher et d'Anova (avec un risque $\alpha = 5\%$, « p » inférieur à 0,05 était significatif).



Troisième partie : Résultats

1. Caractéristiques de la population

1.1. La population

130 questionnaires ont été distribués au total. 117 questionnaires ont été recueillis. Parmi eux, 108 questionnaires ont pu être exploités. Notre taux de réponse était donc de 90 %.

1.2. L'âge

La moyenne d'âge de notre population était de 30,6 ans [19-44 ans].

L'âge médian était de 31 ans.

La majorité des femmes avait entre 25 et 35 ans (34 % entre 25 et 30 ans, 35 % entre 31 et 35 ans). 12 % des femmes étaient âgées entre 18 et 24 ans, 18 % entre 36 et 40 ans et 1 % entre 41 et 45 ans.

1.3. La parité

Dans notre population, il y avait 45 primipares (42 %) et 63 multipares (58 %).

1.4. Le niveau d'études

Le niveau d'études était réparti comme suivant :

- 28 % niveau supérieur long,
- 21 % niveau supérieur court,
- 19 % niveau bac,
- 18 % niveau CAP, BEP,
- 7 % niveau brevet,
- 7 % aucun diplôme.

1.5. La catégorie socio-professionnelle selon l'INSEE

La majorité des patientes était des employées (47 %) ou sans profession (23 %). Les cadres représentaient 19 % de notre population, les ouvriers 6 % et les artisans 5 %.



2. L'information délivrée sur l'échographie

2.1. Le praticien qui a délivré l'information

L'information sur l'échographie était majoritairement fournie par les gynécologues obstétriciens (54 %).

Parmi eux, 35 % étaient hospitaliers et 19 % libéraux.

L'information a également été délivrée par les sages-femmes dans 42 % des cas : 28 % d'entre elles étaient hospitalières, 14 % étaient libérales.

L'information a été également délivrée par le médecin traitant dans 4 % des cas.

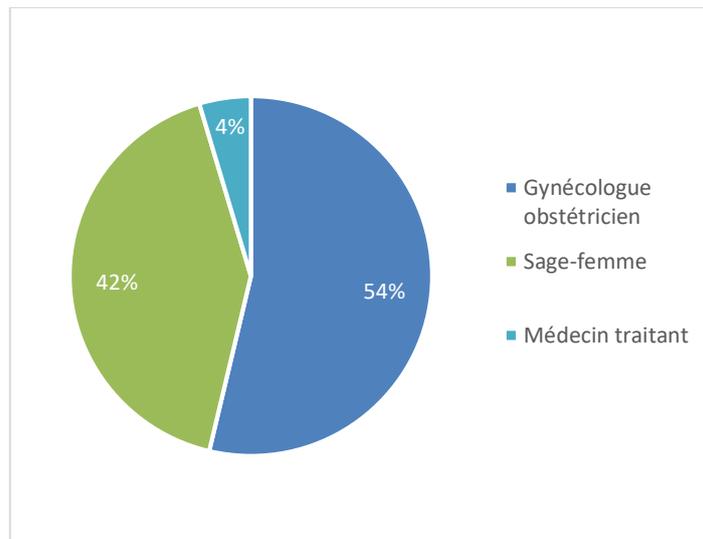


Figure 1 : Praticien qui a informé sur l'échographie



2.2. Le praticien qui a réalisé la majorité des échographies

Les échographies étaient majoritairement réalisées par des gynécologues obstétriciens (79 %). Parmi eux, 62 % étaient hospitaliers et 17 % libéraux.

Les sages-femmes ont réalisé des échographies dans 14 % des cas. Parmi elles, 7 % étaient hospitalières, 7 % étaient libérales.

Les radiologues ont réalisé 7 % des échographies.

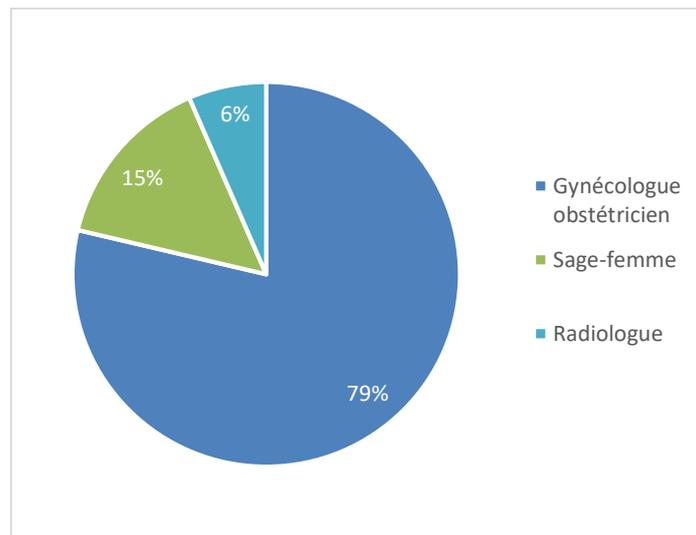


Figure 2 : Praticien qui a réalisé la majorité des échographies

2.3. La forme de l'information

Concernant l'information reçue sur l'échographie, la totalité des patientes interrogées a été informée oralement (108 cas). Parmi elles, 3 ont complété cette information avec des magazines spécialisés et 1 par Internet.



2.4. Le moment de l'information et la signature d'un consentement

Nous avons interrogé les patientes sur le moment où elles ont reçu l'information sur l'échographie : 55 % l'ont reçue au cours de leur première consultation de grossesse et 45 % au moment de la première échographie.

Le taux de signature du consentement à la réalisation des échographies était de 18 %. 63 % des patientes ont déclaré ne pas en avoir signé, et 19 % ne s'en souvenaient pas.

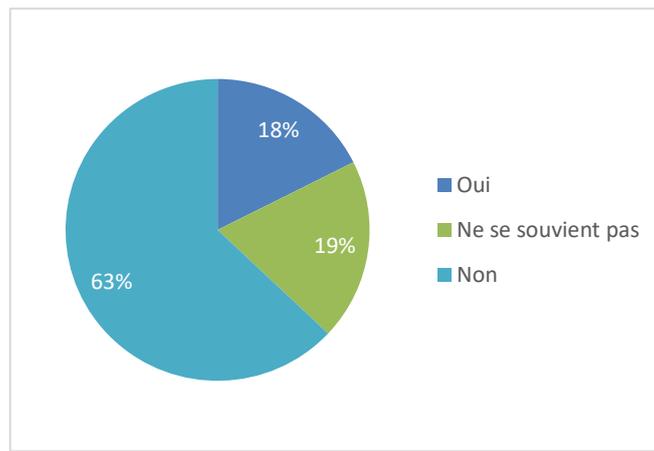


Figure 3 : Signature d'un consentement par les patientes pour la réalisation des échographies

70 % des femmes informées par une sage-femme ont signé un consentement.

84 % des femmes informées par un médecin (gynécologue ou médecin traitant) ont signé un consentement.



2.5. La clarté de l'information selon les femmes

L'information donnée sur l'échographie a été perçue totalement claire pour 44 % des femmes, en grande partie claire pour 43 % et moyennement claire pour 13 % d'entre elles. Aucune n'a estimé que l'information n'était pas du tout claire.

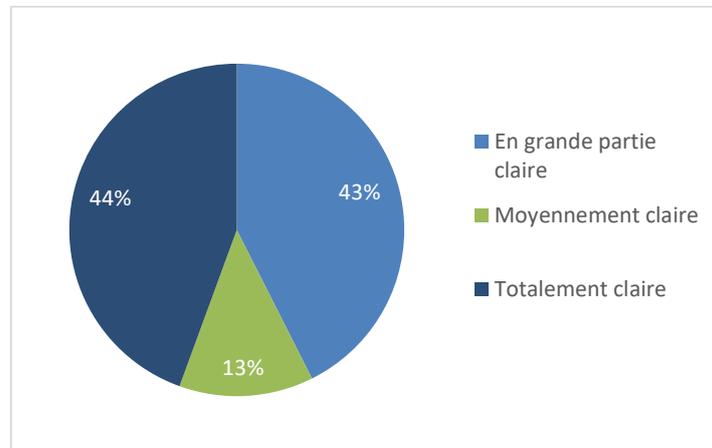


Figure 4 : Degré de clarté selon les patientes de l'information reçue sur l'échographie

Pour évaluer l'information, nous avons interrogé les femmes sur les réponses qu'elles avaient obtenues en cas de questions éventuelles. Pour cela, les critères suivants étaient proposés :

- *J'ai posé des questions et obtenu toutes les réponses*
- *J'ai eu des précisions mais des questions sont restées sans réponse claire*
- *Je n'ai pas eu de réponses à mes questions*
- *Je n'avais pas de questions*
- *Je n'ai pas osé poser de questions*

79 % des femmes avaient des interrogations (85 patientes sur les 108 interrogées). Parmi elles, 69 % ont obtenu toutes les réponses, 9 % ont manqué de précisions, 1 % n'a pas obtenu de réponses. 21 % des femmes n'avaient pas de questions à poser.

Aucune femme n'a répondu ne pas avoir osé poser de questions.



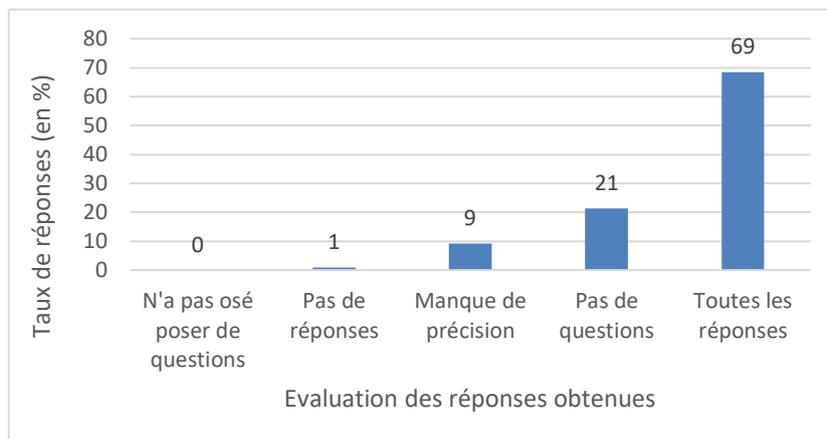


Figure 5 : Obtention de réponses aux questions posées

2.6. La satisfaction des femmes vis-à-vis de l'information

Concernant l'information reçue, 49 % des femmes enceintes étaient totalement satisfaites, 41 % en grande partie et 10 % moyennement. Aucune n'était pas du tout satisfaite.

Il n'y avait pas de différence significative concernant la satisfaction selon le praticien qui a délivré l'information ($p=0,3278$).

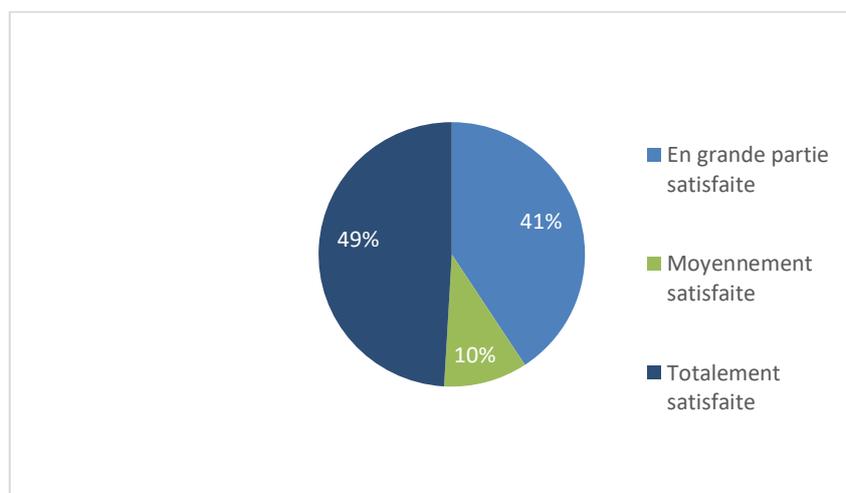


Figure 6 : Degré de satisfaction des patientes concernant l'information reçue



3. Les connaissances des femmes enceintes sur l'échographie

3.1. Les détails des réponses

Dans cette partie sont détaillés la note moyenne obtenue à chaque question vrai/faux, ainsi que le taux d'erreur.

- Q1 : la moyenne obtenue était de 0,10/1 et le taux d'erreur était de 89,8 % :
« *L'échographie est un examen obligatoire de la surveillance prénatale* » (Faux)
- Q2 : la moyenne obtenue était de 1/1 et le taux d'erreur était de 0 % :
« *L'échographie permet de diagnostiquer de nombreuses anomalies* » (Vrai)
- Q3 : la moyenne obtenue était de 0,94/1 et le taux d'erreur était de 5,6 % :
« *L'échographie a pour but de dépister des anomalies chez le fœtus ou des anomalies dans le déroulement de la grossesse* » (Vrai)
- Q4 : la moyenne obtenue était de 0,82/1 et le taux d'erreur était de 17,6 % :
« *L'échographie est un examen fiable à 100% qui permet de repérer de manière certaine des anomalies* » (Faux)
- Q5 : la moyenne obtenue était de 0,94/1 et le taux d'erreur était de 6,5 % :
« *Les échographies doivent être réalisées à des périodes précises* » (Vrai)
- Q6 : la moyenne obtenue était de 0,90/1 et le taux d'erreur était de 10,2 % :
« *L'estimation de poids fœtal permet de connaître le poids exact du bébé à la naissance* » (Faux)
- Q7 : la moyenne obtenue était de 0,94/1 et le taux d'erreur était de 6,5 % :
« *L'échographie du 1^{er} trimestre permet de dater le début de la grossesse* » (Vrai)



- Q8 : la moyenne obtenue était de 0,75/1 et le taux d'erreur était de 15,7 % :
« A l'échographie du 1^{er} trimestre, certaines anomalies morphologiques peuvent être vues » (Vrai)
- Q9 : la moyenne obtenue était de 0,94/1 et le taux d'erreur était de 3,7 % :
« L'échographie du 2^{ème} trimestre est une étude approfondie de la morphologie fœtale » (Vrai)
- Q10 : la moyenne obtenue était de 0,99/1 et le taux d'erreur était de 0,9 % :
« L'échographie du 3^{ème} trimestre s'intéresse notamment à la croissance fœtale » (Vrai)

On constate que les questions n°1, 4 et 8 avaient les plus importants taux d'erreur.

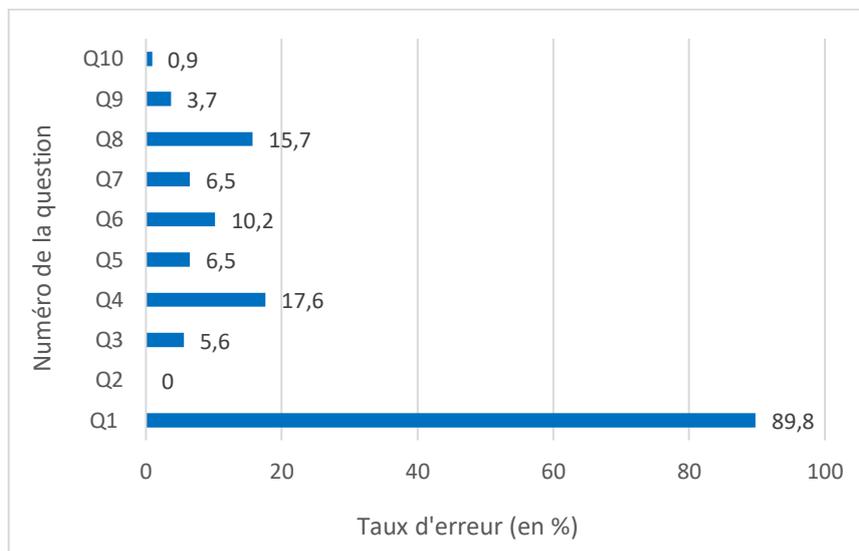


Figure 7 : Taux d'erreur à chaque question



3.2. Les connaissances générales

La moyenne générale du test de connaissances de la population était de 8,342/10.

Les notes obtenues variaient de 5/10 à 10/10 et la médiane était de 9/10.

Aucune note n'était inférieure à 3/10, correspondant à notre définition du niveau de connaissances insuffisant.

Le niveau de connaissances des femmes sur l'échographie était donc majoritairement satisfaisant à 96 %.

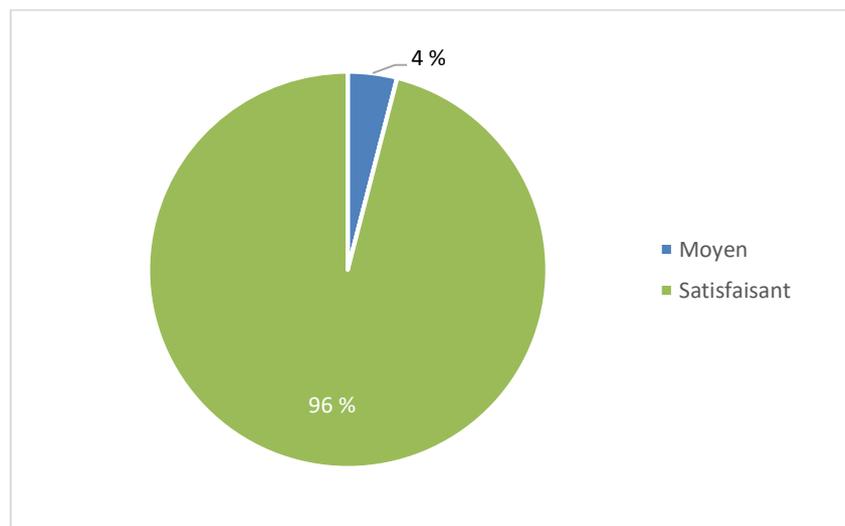


Figure 8 : Evaluation du niveau de connaissances des femmes sur l'échographie

On ne notait pas de différence significative du niveau de connaissance :

- Entre les primipares et les multipares ($p= 0,2545$)
- En fonction de l'âge ($p= 0,6068$)
- Selon le praticien qui avait informé sur l'échographie ($p= 0,7103$)

Une tendance était mise en évidence ($p= 0,0627$) entre le niveau de connaissances des femmes et le praticien qui a réalisé la majorité des échographies.



De plus, le niveau d'études influençait significativement le niveau de connaissances ($p < 0,0001$) : plus le niveau d'études était élevé, plus le niveau de connaissances sur l'échographie des femmes était satisfaisant.

4. Les émotions et les attentes suscitées par l'échographie

4.1. L'anxiété ressentie au cours de l'examen

Les femmes ont été globalement peu anxieuses durant l'examen : 31 % ont manifesté une anxiété légère, 27 % une anxiété modérée, 26 % aucune anxiété et 16 % une anxiété sévère.

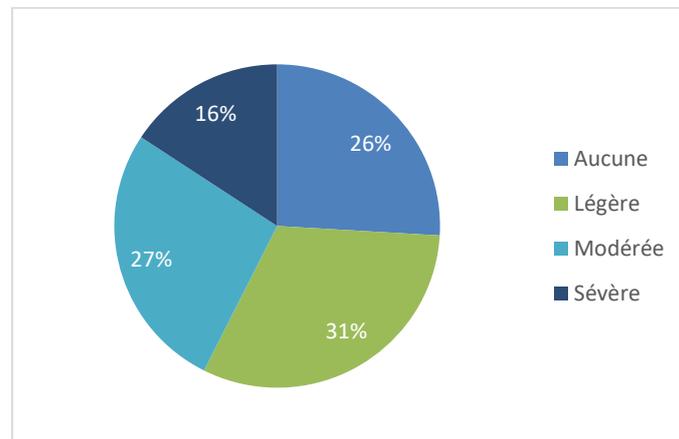


Figure 9 : Degré d'anxiété durant l'examen

Il n'existait pas de différence significative du degré d'anxiété en fonction du niveau d'études ($p= 0,2402$).

Toutefois, une tendance était mise en évidence entre le niveau d'anxiété et la parité ($p= 0,0791$).

Il existait cependant une différence significative d'anxiété entre les femmes étant totalement satisfaites de l'information reçue et celles l'étant moyennement ($p= 0,0169$) : les femmes moyennement satisfaites de l'information avaient un niveau d'anxiété plus élevé.



4.2. Les attentes des femmes concernant l'échographie

Les attentes des femmes concernant l'échographie ont été recensées par une question ouverte.

33 % des femmes se préoccupaient de la santé du fœtus, 23 % de sa croissance, 16 % des femmes attendaient une détection d'anomalies et de malformations et 14 % souhaitaient connaître le sexe.

Pour 8 % des femmes, l'échographie était un moment d'échanges avec leur enfant et pour 4 % l'occasion d'obtenir des réponses à leurs questions.

Enfin, 1 % d'entre elles voulaient connaître l'âge de leur grossesse.

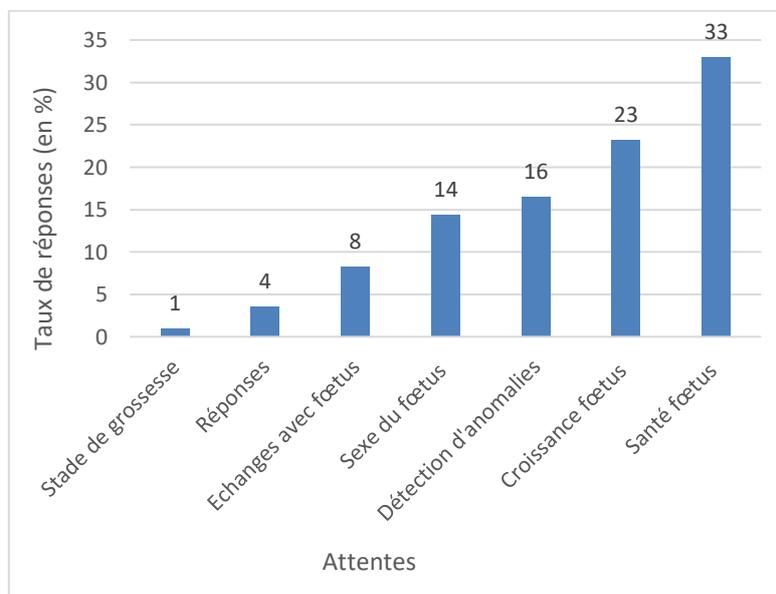


Figure 10 : Principales attentes des patientes par rapport à leurs échographies



Quatrième partie : Analyse et discussion

1. Les points forts et les limites de l'étude

1.1. Les points forts de l'étude

Il s'agit de la première étude à notre connaissance dans la région s'intéressant aux connaissances des femmes enceintes sur l'échographie, l'information délivrée et les émotions suscitées par cet examen. Il s'agit donc de la première étude sur ce sujet au sein de notre centre.

Cette étude a permis de faire le point sur les connaissances des femmes concernant l'échographie prénatale, leur satisfaction à propos de l'information reçue, leurs attentes et le niveau d'anxiété que pouvait générer cet examen. Les femmes semblaient intéressées par le sujet car leurs réponses étaient bien détaillées dans les questions ouvertes et il y n'a eu aucun refus de participation lors de la distribution des questionnaires. Le taux de réponse de 90 % aux questionnaires est très satisfaisant. On peut donc objectiver un intérêt des femmes pour ce sujet.

1.2. Les limites de l'étude

Cette étude était limitée dans le temps. En effet, celle-ci a été réalisée dans le cadre du mémoire d'obtention de diplôme de sage-femme. La durée de distribution des questionnaires a été restreinte à 4 mois afin de pouvoir par la suite réaliser les statistiques et l'analyse des résultats.

Nous nous sommes intéressés dans nos critères d'inclusion aux patientes ayant réalisé au moins une échographie à l'HME de Limoges. Ce critère a déjà constitué un biais de sélection : les patientes ayant eu toutes leurs échographies en libéral ou dans le privé n'ont pas été prises en compte. Il est donc difficile de faire une généralisation des résultats à l'échelle régionale. Une généralisation des résultats aux échographies réalisées en secteur privé ne peut non plus être faite.



D'autre part, cette étude s'adressait aux femmes dont la grossesse était physiologique. Elle n'a pas permis de connaître l'impact psychologique de l'échographie chez les patientes présentant une grossesse pathologique.

Il a fallu également exclure les patientes ne parlant pas français pour pouvoir réaliser notre étude, car ces patientes n'auraient pas pu remplir le questionnaire. Il serait intéressant d'inclure cette partie de la population afin d'également analyser leur niveau de connaissances sur ce sujet.

Au total 130 avaient été distribués : 13 n'ont jamais été remis aux secrétaires. Sur les 117 questionnaires recueillis, 108 ont pu être exploités car ils étaient complets et en accord avec les critères d'inclusion de l'étude. Les questionnaires exclus étaient soit incomplets, soit mal remplis.

Plusieurs patientes ont rencontré des difficultés à identifier dans le questionnaire le praticien qui a fourni l'information et réalisé la majorité des échographies. En effet, certaines d'entre elles ont coché la réponse et ont précisé qu'elles n'étaient pas sûres. Ainsi, l'identification du praticien (sage-femme, obstétricien, échographiste) ne semble pas évidente dans ce contexte.

On note que la classe d'âge [41-45] ans a été peu représentée : 1 seule patiente a été recensée. Cette classe d'âge n'a donc pas pu être prise en compte dans les analyses et comparaisons de par sa faible représentativité. Malgré tout, ce résultat est concordant avec la représentativité de cette classe d'âge dans la population générale : on note un faible nombre de grossesses après 40 ans. En 2015, 5,13 % des nouveau-nés naissaient d'une mère âgée de plus de 40 ans. (15)

Nous pouvons également évoquer un biais de mémorisation vis-à-vis de l'information : les questionnaires ayant été distribués et remplis entre 32 et 36 SA, soit après les trois échographies de dépistage recommandées.

De plus, la question n°2 du test vrai/faux « *L'échographie permet de diagnostiquer de nombreuses anomalies* » a posé des problèmes d'interprétation par les patientes puis d'analyse pour l'étude. Cette question souhaitait objectiver la capacité des femmes à différencier le dépistage du diagnostic. La réponse attendue était donc « faux ».



Au vu des résultats obtenus, nous avons réalisé que la formulation aurait pu être améliorée : « *L'échographie est réalisée dans un but premier de diagnostic* », pour que les patientes ciblent ici la différence entre un examen de dépistage et un examen à visée diagnostique. Après avoir constaté les réponses des patientes, nous l'avons par la suite considérée comme juste.

2. Discussion

2.1. Sur les caractéristiques de la population

Notre population était majoritairement jeune (moyenne d'âge = 30,6 ans) et la classe d'âge la plus représentée était celle des [25-35] ans. Les primipares étaient presque autant représentées que les multipares (42 % contre 58 %). Ce qui nous a permis d'étudier et comparer ces deux populations. Notre population était représentative de la population générale : en France, en 2017, l'âge moyen de la maternité était de 30,7 ans. (16) (Annexe VI) Les catégories socio-professionnelles les plus représentées dans notre étude étaient les employées, les femmes sans profession et les cadres.

En 2009, d'après l'INSEE¹, en France, la majorité des femmes âgées de 20 à 49 ans avait un niveau d'étude supérieur et un niveau d'étude inférieur au baccalauréat. (Annexe VII)

Ces données sont similaires à celles de notre étude dans laquelle les femmes avaient majoritairement soit un parcours d'enseignement supérieur (49 %) soit un niveau d'études inférieur au baccalauréat (32 %).

En revanche, nos données contrastent avec l'étude de l'INSEE de 2004 rapportant 69,4 % de femmes dont le niveau d'études était inférieur au baccalauréat et 16,3 % dont le niveau était supérieur au baccalauréat.

Les femmes de notre étude possédaient un niveau d'études plus élevé que la population féminine recensée en Limousin en 2004. Cependant, les données de l'INSEE s'intéressaient à

¹ Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques



la population féminine âgée de plus de 15 ans, tandis que notre étude ne prenait en compte que les femmes enceintes.

2.2. Sur les connaissances de la population

Les connaissances des femmes étaient considérées comme « satisfaisantes » car la moyenne générale était ≥ 7 (8,342/10).

- Connaissances satisfaisantes ($\geq 7/10$) : 96 %
- Connaissances moyennes (entre 4/10 et 6/10) : 4 %
- Connaissances insuffisantes (≤ 3) : 0 %.

Le niveau d'études avait un impact sur le niveau de connaissances, plus celui-ci augmentait, plus le niveau de connaissances était bon.

La parité et l'âge n'influençaient pas le niveau de connaissances. En revanche, nous mettions en évidence une tendance entre le niveau de connaissances des femmes et le praticien qui avait réalisé la majorité des échographies.

Les notions qui ont semblé avoir été les moins comprises sont le caractère obligatoire des échographies et sa fiabilité. En effet, pour 89,8 % des patientes interrogées, l'échographie est un examen obligatoire du suivi de grossesse : or il est seulement recommandé.

De plus, 17,6 % des patientes estiment que celui-ci est un examen fiable à 100 % qui permet de repérer de manière certaine des anomalies. Or, cet examen a ses limites et certains paramètres tels que la position placentaire, la position fœtale, le poids maternel peuvent rendre l'examen difficile et impacter sur sa qualité. L'information sur ce dernier point semble donc être à améliorer.

Les résultats de notre étude correspondaient à notre hypothèse et aux résultats des autres études réalisées. D'après notre étude, d'une part, le niveau de connaissances des femmes enceintes sur l'échographie est globalement satisfaisant à 96 %. D'autre part, les femmes sont totalement et en grande partie satisfaites de l'information reçue à 90 %. Nos résultats s'accordent à ceux de l'étude réalisée par A. Zbitou, dans laquelle 96 % des femmes également étaient satisfaites des explications. (14)



Toutefois, notre étude démontre que l'information sur les limites et les objectifs premiers de l'examen est à améliorer. Cette conclusion s'accorde également à notre littérature : 58 % déclaraient avoir reçu peu d'informations sur le caractère non exhaustif de l'examen et 25 % affirmaient qu'il n'existait pas de limite à cet outil et une partie surestimait ses capacités diagnostiques. (11), (12), (13)

2.3. Sur l'information donnée

Selon la HAS² : « L'information est un élément essentiel dans la relation de confiance réciproque entre le professionnel de santé et la personne. A ce titre, elle s'inscrit dans le dialogue. » (17)

Le droit à l'information doit être identique pour toutes les patientes et ne peut pas varier selon le contexte, le type de soins et le professionnel de santé qui délivre l'information.

Au cours d'une consultation ou d'un examen, telle qu'une échographie, les patientes sont en droit de confier leurs désirs, leurs attentes et leurs craintes.

Une information adaptée et claire permet une meilleure compréhension et adhésion des patientes à l'examen. D'après les recommandations de la HAS, une bonne information nécessite de : « consacrer du temps, apporter une écoute attentive, utiliser un langage et/ou support adaptés, proposer si nécessaire une consultation supplémentaire, fournir des informations écrites. » (18) Il est donc important que les professionnels aient un discours adapté et compréhensible. Ceci d'autant que nous savons que beaucoup de contentieux ont lieu par méconnaissance des objectifs médicaux et des limites de l'échographie. Cette information est primordiale afin d'éviter des malentendus et conflits à la naissance de l'enfant sur une quelconque anomalie non décelée in utero.

Notre étude a démontré que l'information donnée était globalement claire pour les patientes : totalement claire dans 44 % des cas, en grande partie dans 43 % des cas. Toutes celles qui avaient des interrogations, avaient obtenu des réponses précises.

² Haute Autorité de Santé



Selon notre étude, 100 % des femmes étaient satisfaites de l'information qu'elles avaient pu recevoir, et aucune n'a pas osé poser de questions : cette constatation est plutôt encourageante et s'accorde avec les résultats de la littérature. (10) (14)

2.4. Sur les attentes des femmes enceintes

Dans notre étude, les femmes ont les mêmes attentes de l'échographie prénatale que dans celles réalisées par les équipes des Dr Larsen T., Gudex C., et Georgsson Ohman S.. (8) (9) (10)

Les attentes sont par ordre de fréquence :

- La santé du fœtus
- La croissance du fœtus
- La détection d'anomalies fœtales
- Le sexe fœtal
- Echanger avec leur enfant
- Obtenir les réponses à leurs questions

Les patientes ont donc saisi les principaux objectifs : mesures biométriques fœtales, exploration morphologique et mesures préventives pour détecter des malformations fœtales en anténatal.

2.5. Sur le vécu de l'échographie

Nous avons questionné les femmes sur leur degré d'anxiété au cours de l'examen. Celles-ci semblaient être légèrement anxieuses dans 31 % des cas et n'éprouvaient même aucune anxiété dans 26 % des cas.

Le niveau d'études n'avait pas d'impact sur leur anxiété.

En revanche, une tendance a été mise en évidence entre la parité et le niveau d'anxiété.

Aussi, il existe un lien significatif entre la qualité de l'information reçue et le vécu de l'échographie : les femmes qui avaient jugé l'information moyennement claire étaient



davantage anxieuses que celles qui l'avaient jugée totalement claire. Ceci reflète l'importance de la qualité de l'information délivrée.

3. Proposition d'action

La première proposition d'actions serait de continuer l'étude menée sur une période plus longue afin d'obtenir un échantillon plus grand pour augmenter la puissance de l'étude.

Il serait également intéressant de réaliser une étude intégrant les patientes suivies dans le privé pour comparer aux données de cette étude.

De plus, afin de pallier le biais de mémorisation, une étude pourrait être menée à une autre période, par exemple après l'échographie du 1^{er} trimestre.

Une étude pourrait mesurer objectivement l'anxiété des femmes enceintes pendant la grossesse vis-à-vis d'évènements générateur de stress, en utilisant des échelles psychométriques telles que l'échelle STAI-Y (*State Trait Anxiety Inventory*) mesurant l'anxiété maternelle. (19)

Pour améliorer l'information et permettre une meilleure adhésion des patientes à leur suivi, une plaquette d'information pourrait être mise à disposition et distribuée dès la 1^{ère} consultation de grossesse ou au cours d'une consultation préconceptionnelle. La disponibilité de cette plaquette en plusieurs langues permettrait de sensibiliser également les patientes ne parlant pas français dont le niveau de connaissances n'a pas pu être évalué par cette étude. Cette plaquette pourrait récapituler les objectifs des échographies recommandées, les modalités de l'examen, ses enjeux principaux, et ses limites. L'information papier est importante. Elle est un véritable support de discussion.

Le Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse a réalisé un document d'information expliquant de manière synthétique et claire ce qu'est l'échographie et ses différents objectifs. Nous pourrions nous inspirer de cette trame. (Annexe VIII)



Dans ce même objectif, une vidéo d'information avec images de synthèse pourrait être diffusée en salle d'attente. L'avantage serait de pouvoir la présenter dans plusieurs langues et ainsi toucher un plus grand nombre de patientes. La vidéo permet d'associer deux canaux sensoriels : la vue et l'ouïe, améliorant la compréhension de la patiente. Cette vidéo faciliterait la réflexion des patientes et l'émergence de questions qu'elles pourraient poser ensuite au professionnel. C'est l'idée que développe N. Chapis dans son mémoire en 2016 « Echographie obstétricale et communication : comment s'organisant les professionnels ? » (20)

Cependant, l'information orale est primordiale. Ainsi, elle doit être développée au maximum dans l'intérêt de la patiente et du couple. Il est important de réaliser l'information de manière précoce, avant la réalisation des examens pour permettre aux couples de prendre des décisions face au processus de dépistage, en saisir les enjeux médicaux et éthiques et afin de pouvoir poser d'éventuelles questions.

Depuis 2008, la *visite prénuptiale* a été supprimée. Cette consultation était un moment dédié à la délivrance d'informations dans le domaine de la prévention et du dépistage. Toutefois, les couples peuvent consulter une sage-femme, un gynécologue-obstétricien ou un médecin généraliste dans une démarche de consultation préconceptionnelle.

En 2009, la HAS rappelle les informations, les messages de prévention et les examens à proposer lors la consultation préconceptionnelle. Le professionnel de santé doit « expliquer l'utilité, les bénéfices escomptés et les éventuels inconvénients (...) des examens complémentaires proposés, informer clairement la femme ou le couple de leur choix d'accepter ou de refuser un examen de dépistage ». (21) Aucune information sur le suivi échographique n'est précisé. Cette consultation pourrait pourtant être un moment privilégié d'information sur les objectifs, les modalités et les limites des échographies de dépistage. Comme la consultation pré conceptionnelle, l'entretien prénatal précoce du 4^{ème} mois ou la première consultation du suivi de grossesse pourraient également être l'occasion de délivrer l'information car il s'agit d'un temps d'écoute, d'échange.



De plus, la réalisation des échographies par le même praticien est à encourager. Ce suivi favoriserait une meilleure relation de confiance et contribuerait ainsi à un échange entre la patiente et le professionnel.

La signature d'un consentement attestant que les couples ont été informés des modalités, objectifs et limites de l'examen doit être obtenu. Or, lors de la réalisation de notre étude, il s'est avéré que le taux de signatures était insuffisant : 63% des patientes interrogées déclaraient ne pas avoir signé de consentement. Afin de pallier ce défaut de consentement, celui-ci pourrait être concomitant à la remise de la déclaration de grossesse.

Enfin, il serait également intéressant de se placer du point de vue des professionnels échographistes. Comment évalueraient-ils l'information donnée ? Comment envisageraient-ils une meilleure information ? Quel serait le meilleur moment pour informer les patientes ?



Conclusion

Au terme de notre étude, nous avons pu constater que les connaissances des femmes sur l'échographie prénatale et l'information délivrée sont satisfaisantes. Les femmes semblent bien informées et leurs attentes concordantes à celles des praticiens.

Certains points peuvent cependant être améliorés par une information ciblée : la différence entre examen de dépistage et de diagnostic, les limites de l'examen, le caractère non obligatoire de celui-ci, son importance et ses enjeux.

Le risque médico-légal, auparavant pratiquement absent des préoccupations professionnelles, fait désormais partie intégrante de la pratique médicale, tout particulièrement en obstétrique. Le droit à l'information des patients et le consentement libre et éclairé pour chaque soin et examen font part entière dans la stratégie actuelle de soins et de santé.

La signature d'un consentement à la réalisation de l'acte est obligatoire et atteste de la délivrance de l'information, et de sa compréhension par la patiente.

L'information doit être délivrée le plus en amont possible, afin d'être complétée si besoin et de permettre aux couples de réfléchir et poser d'éventuelles questions.

Ces exigences-là contrastent avec parfois le manque de temps et de disponibilité des praticiens, et également le manque de praticiens habilités à réaliser des échographies obstétricales. Le manque de temps et de disponibilité sont les principales causes de défaut d'information.

Nous avons émis des propositions d'actions afin de faciliter l'accès à l'information et sa compréhension pour les patientes, notamment avec la délivrance d'une plaquette d'informations disponible en plusieurs langues. Nous avons aussi suggéré un moment dédié à l'information au cours par exemple de la première consultation de grossesse ou de l'entretien prénatal précoce.



Références bibliographiques

1. Diagnostic prénatal, diagnostic préimplantatoire et échographie obstétricale et fœtale. Laennec. 1 janv 2012;Tome 59(3):26-7.
2. Rapport-CNEOF-2016.pdf [Internet]. [cité 22 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Rapport-CNEOF-2016.pdf>
3. Moyens non invasifs d'exploration du fœtus. In: Pédiatrie en maternité. Flammarion; p. 7. (Médecine Sciences).
4. Collège Français d'Échographie Fœtale [Internet]. [cité 10 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.cfef.org/>
5. Descamps C, Jurga K. Quel est l'impact de l'échographie prénatale de dépistage sur le vécu de la femme enceinte ainsi que sur l'attachement à l'enfant à naître ? [Internet]. Haute école de santé Genève; 2012 [cité 26 juin 2017]. Disponible sur: <http://doc.rero.ch/record/31655>
6. Duben B. In: L'invention du fœtus. Descartes & Cie; 1996. p. 38.
7. Cailleau F. Percer le secret de la grossesse : de la transparence du corps à la transparence psychique, Summary. Cah Psychol Clin. 6 avr 2009;(32):75-87.
8. Larsen T, Nguyen TH, Munk M, Svendsen L, Teisner L. Ultrasound screening in the 2nd trimester. The pregnant woman's background knowledge, expectations, experiences and acceptances. Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol. mai 2000;15(5):383-6.
9. Gudex C, Nielsen BL, Madsen M. Why women want prenatal ultrasound in normal pregnancy. Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol. févr 2006;27(2):145-50.
10. Georgsson Ohman S, Waldenström U. Second-trimester routine ultrasound screening: expectations and experiences in a nationwide Swedish sample. Ultrasound Obstet Gynecol Off J Int Soc Ultrasound Obstet Gynecol. juill 2008;32(1):15-22.
11. Lalor J, Begley C. Fetal anomaly screening: what do women want to know? J Adv Nurs. juill 2006;55(1):11-9.
12. Lalor JG, Devane D. Information, knowledge and expectations of the routine ultrasound scan. Midwifery. 1 mars 2007;23(1):13-22.
13. Garcia J, Bricker L, Henderson J, Martin M-A, Mugford M, Nielson J, et al. Women's views of pregnancy ultrasound: a systematic review. Birth Berkeley Calif. déc 2002;29(4):225-50.
14. BUMED_MESF_2012_ZBITOU_ASMA.pdf [Internet]. [cité 10 févr 2019]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_MESF_2012_ZBITOU_ASMA.pdf
15. En 2015, un nouveau-né sur vingt a une mère de 40 ans ou plus, comme en 1948 - Insee Focus - 64 [Internet]. [cité 5 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2121626>



16. Age moyen à la maternité [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 2 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/naissance-fecondite/age-moyen-maternite/r167>
17. recommandations_-_delivrance_de_linformation_a_la_personne_sur_son_etat_de_sante.pdf [Internet]. [cité 2 févr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-06/recommandations_-_delivrance_de_linformation_a_la_personne_sur_son_etat_de_sante.pdf
18. Haute Autorité de Santé - Comment mieux informer les femmes enceintes ? [Internet]. [cité 10 févr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_454394/fr/comment-mieux-informer-les-femmes-enceintes
19. Bocquet C, Deruelle P. Quelles échelles psychométriques utiliser pour évaluer l'état psychologique de la femme enceinte ? /data/revues/03682315/v43i8/S0368231514001537/ [Internet]. 22 sept 2014 [cité 10 févr 2019]; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/925023>
20. Chapuis N. Échographie obstétricale et communication: comment s'organisent les professionnels ? Bourg-en-Bresse, France; 2017.
21. projet_de_grossesse_informations_messages_de_prevention_examens_a_proposer_-_fiche_de_synthese.pdf [Internet]. [cité 5 févr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/projet_de_grossesse_informations_messages_de_prevention_examens_a_proposer_-_fiche_de_synthese.pdf



ANNEXE I : Attestation d'information et consentement de réalisation des échographies obstétricales et fœtales de dépistage délivrée à l'HME



Attestation d'information et consentement pour les échographies obstétricales et fœtales

(mentionnées au 1° du III de l'article R. 2131-1 du code de la santé publique)

Décret n° 2014-32 du 14 janvier 2014 relatif aux diagnostics anténataux

Etiquette patiente

Je soussignée.....

atteste avoir reçu, du médecin ou de la sage-femme :

.....au cours d'une consultation médicale en date du ___ / ___ / ___ des informations sur l'examen échographique proposé.

Il m'a été précisé que :

- l'échographie est un examen d'imagerie médicale qui ne présente pas de risque en l'état des connaissances ni pour le fœtus ni pour la femme enceinte lorsqu'il est réalisé dans un cadre médical ;
- l'image du fœtus et de ses annexes (placenta, liquide amniotique...) peut être obtenue à travers la paroi abdominale maternelle ou à travers la paroi vaginale maternelle ;
- cet examen et, de manière plus générale, les échographies de surveillance de la grossesse sont réalisées à des périodes précises de la grossesse ;
- cet examen permet notamment : de déterminer le plus précisément possible la date de début de la grossesse ; d'identifier une grossesse multiple ; d'évaluer et de surveiller le développement du fœtus ; de dépister des éventuelles malformations du fœtus ; de localiser le placenta et d'évaluer la quantité de liquide amniotique ;
- la performance de l'examen peut être limitée par certaines circonstances (épaisseur de la paroi abdominale, position du fœtus...) ;
- les mesures effectuées au cours de l'échographie ainsi que les estimations du poids du fœtus sont soumises à des marges d'erreurs liées notamment aux conditions de l'examen ;



- l'absence d'anomalie décelée à l'échographie ne permet pas d'affirmer que le fœtus est indemne de toute affection ;
- une suspicion d'anomalie peut ne pas être confirmée ultérieurement ;
- un nouvel examen échographique pourra m'être proposé dans certaines situations pour contrôler la croissance du fœtus ou pour vérifier un aspect inhabituel à l'échographie, ce qui ne signifie pas que le fœtus soit atteint d'une affection ; ce nouvel examen pourra être réalisé par le même échographiste ou par un autre auquel je serai, avec mon accord, adressée ;
- dans certains cas, l'affection suspectée ne pourra être confirmée ou précisée que par la réalisation de nouveaux examens qui me seront proposés ; ces nouveaux examens nécessiteront parfois un prélèvement (de liquide amniotique, de villosités choriales ou de sang fœtal) ; les risques, les contraintes et les éventuelles conséquences de chaque technique de prélèvement me seront expliqués.

Je consens à la réalisation de l'examen échographique permettant d'évaluer le risque que l'embryon ou le fœtus présente une affection susceptible de modifier le déroulement ou le suivi de la grossesse.

L'original du présent document est conservé dans mon dossier médical par le médecin ou la sage-femme qui a effectué la première échographie obstétricale et fœtale.

Une copie de ce document m'est remise. Je devrai la présenter aux médecins et aux sages-femmes qui effectueront, le cas échéant, d'autres échographies permettant d'évaluer le risque que l'embryon ou le fœtus présente une affection susceptible de modifier le déroulement ou le suivi de ma grossesse.

Ce document est conservé dans les mêmes conditions que le compte rendu de l'examen.

Date : ___ / ___ / _____

Signature et tampon du praticien

Signature de la patiente



ANNEXE II : Attestation d'information et refus de réalisation des échographies obstétricales et fœtales de dépistage délivrée à l'HME



Attestation d'information et refus de réalisation des échographies obstétricales et fœtales

(mentionnées au 1° du III de l'article R. 2131-1 du code de la santé publique)

Décret n° 2014-32 du 14 janvier 2014 relatif aux diagnostics anténataux



Je soussignée

atteste avoir reçu, du médecin ou de la sage-femme (*) :

.....

au cours d'une consultation médicale en date du ___ / ___ / _____

des informations sur l'examen échographique proposé.

Il m'a été précisé que :

- l'échographie est un examen d'imagerie médicale qui ne présente pas de risque en l'état des connaissances ni pour le fœtus ni pour la femme enceinte lorsqu'il est réalisé dans un cadre médical ;
- l'image du fœtus et de ses annexes (placenta, liquide amniotique...) peut être obtenue à travers la paroi abdominale maternelle ou à travers la paroi vaginale maternelle ;
- cet examen et, de manière plus générale, les échographies de surveillance de la grossesse sont réalisées à des périodes précises de la grossesse ;
- cet examen permet notamment : de déterminer le plus précisément possible la date de début de la grossesse ; d'identifier une grossesse multiple ; d'évaluer et de surveiller le développement du fœtus ; de dépister des éventuelles malformations du fœtus ; de localiser le placenta et d'évaluer la quantité de liquide amniotique ;
- la performance de l'examen peut être limitée par certaines circonstances (épaisseur de la paroi abdominale, position du fœtus...);



- les mesures effectuées au cours de l'échographie ainsi que les estimations du poids du fœtus sont soumises à des marges d'erreurs liées notamment aux conditions de l'examen ;
- l'absence d'anomalie décelée à l'échographie ne permet pas d'affirmer que le fœtus est indemne de toute affection ;
- une suspicion d'anomalie peut ne pas être confirmée ultérieurement ;
- un nouvel examen échographique pourra m'être proposé dans certaines situations pour contrôler la croissance du fœtus ou pour vérifier un aspect inhabituel à l'échographie, ce qui ne signifie pas que le fœtus soit atteint d'une affection ; ce nouvel examen pourra être réalisé par le même échographiste ou par un autre auquel je serai, avec mon accord, adressée ;
- dans certains cas, l'affection suspectée ne pourra être confirmée ou précisée que par la réalisation de nouveaux examens qui me seront proposés ; ces nouveaux examens nécessiteront parfois un prélèvement (de liquide amniotique, de villosités chorales ou de sang fœtal) ; les risques, les contraintes et les éventuelles conséquences de chaque technique de prélèvement me seront expliqués.

Je refuse la réalisation de l'examen échographique permettant d'évaluer le risque que l'embryon ou le fœtus présente une affection susceptible de modifier le déroulement ou le suivi de la grossesse.

Je comprends les conséquences de ma décision et suis informée de la possibilité de revenir dessus. Je comprends que j'ai la possibilité de revenir au CHU de Limoges, et que j'y suis même encouragée, si j'ai des questions ou le moindre problème.

L'original du présent document est conservé dans mon dossier médical.

Date : ___ / ___ / _____

Signature et tampon du praticien

Signature de la patiente



ANNEXE III : Attestation d'information et consentement de réalisation des échographies obstétricales et fœtales à visée diagnostique délivrée à l'HME



Attestation d'information et consentement pour les échographies obstétricales et fœtales

(mentionnées au 2° du III de l'article R. 2131-1 du code de la santé publique)

Décret n° 2014-32 du 14 janvier 2014 relatif aux diagnostics anténataux

Etiquette patiente

Je soussignée

atteste avoir reçu, du médecin

au cours d'une consultation médicale en date du

___ / ___ / ___

1) Des informations relatives :

- au risque pour l'enfant à naître d'être atteint d'une affection d'une particulière gravité ;
- aux caractéristiques de cette affection ;
- aux moyens de la diagnostiquer ;
- aux possibilités de médecine fœtale, de traitement ou de prise en charge de l'enfant né.

2) Des informations sur l'examen échographique à visée diagnostique qui m'a été proposé :

- l'échographie est un examen d'imagerie médicale qui ne présente pas de risque en l'état des connaissances ni pour le fœtus ni pour la femme enceinte lorsqu'il est réalisé dans un cadre médical ;
- l'image du fœtus et de ses annexes (placenta, liquide amniotique...) peut être obtenue à travers la paroi abdominale maternelle ou à travers la paroi vaginale maternelle ;



- la performance de cet examen peut être limitée par certaines circonstances (épaisseur de la paroi abdominale, position du fœtus...);
- les mesures effectuées au cours de l'échographie ainsi que les estimations du poids du fœtus sont soumises à des marges d'erreurs liées notamment aux conditions de l'examen.
- cet examen approfondi m'a été proposé en raison d'un risque accru d'affection pour la grossesse en cours ; il peut être volontairement limité à une partie du fœtus et de ses annexes (visualisation d'une structure précise, surveillance d'un aspect particulier, mesures...);
- cet examen permettra, dans la grande majorité des cas, soit d'écarter le risque accru, soit de le confirmer;
- cet examen peut également permettre de préciser ce risque accru et de le surveiller ;
- l'absence d'anomalie décelée lors de l'échographie à visée diagnostique ne permet pas d'affirmer que le fœtus est indemne de toute affection ;
- dans certains cas, l'affection suspectée ne pourra être confirmée ou précisée que par la réalisation de nouveaux examens qui me seront proposés ; ces nouveaux examens nécessiteront parfois un prélèvement (de liquide amniotique, de villosités chorales ou de sang fœtal) ; les risques, les contraintes et les éventuelles conséquences de chaque technique de prélèvement me seront expliqués ;
- d'éventuelles autres affections que celle(s) recherchée(s) initialement pourraient être révélées par l'examen ;
- à l'issue de l'examen, je recevrai, par le médecin qui a réalisé l'échographie ou par un autre praticien expérimenté en diagnostic prénatal, des informations sur ses résultats et les conséquences en termes de prise en charge avant et, le cas échéant, pendant et après l'accouchement.

Je consens à la réalisation de cet examen échographique à visée diagnostique.

L'original du présent document est conservé dans mon dossier médical par le médecin qui a effectué la première échographie obstétricale et fœtale à visée diagnostique.

Une copie de ce document m'est remise. Je devrai la présenter aux médecins qui effectueront, le cas échéant, d'autres échographies à visée diagnostique.

Ce document est conservé dans les mêmes conditions que le compte rendu de l'examen.

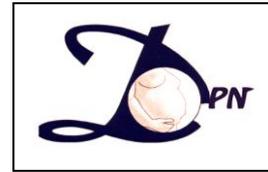
Date : ___ / ___ / _____

Signature et tampon du praticien

Signature de la patiente



ANNEXE IV : Attestation d'information et refus de réalisation des échographies obstétricales et fœtales à visée diagnostique délivrée à l'HME



Attestation d'information et refus de réalisation des échographies obstétricales et fœtales

(mentionnées au 2° du III de l'article R. 2131-1 du code de la santé publique)

Décret n° 2014-32 du 14 janvier 2014 relatif aux diagnostics anténataux



Je soussignée

atteste avoir reçu, du médecin (nom, prénom)

.....

au cours d'une consultation médicale en date du

. ___ / ___ / _____

1) Des informations relatives :

- au risque pour l'enfant à naître d'être atteint d'une affection d'une particulière gravité ;
- aux caractéristiques de cette affection ;
- aux moyens de la diagnostiquer ;
- aux possibilités de médecine fœtale, de traitement ou de prise en charge de l'enfant né.

2) Des informations sur l'examen échographique à visée diagnostique qui m'a été proposé :

- l'échographie est un examen d'imagerie médicale qui ne présente pas de risque en l'état des connaissances ni pour le fœtus ni pour la femme enceinte lorsqu'il est réalisé dans un cadre médical ;



- l'image du fœtus et de ses annexes (placenta, liquide amniotique...) peut être obtenue à travers la paroi abdominale maternelle ou à travers la paroi vaginale maternelle ;
- la performance de cet examen peut être limitée par certaines circonstances (épaisseur de la paroi abdominale, position du fœtus...) ;
- les mesures effectuées au cours de l'échographie ainsi que les estimations du poids du fœtus sont soumises à des marges d'erreurs liées notamment aux conditions de l'examen.
- cet examen approfondi m'a été proposé en raison d'un risque accru d'affection pour la grossesse en cours ; il peut être volontairement limité à une partie du fœtus et de ses annexes (visualisation d'une structure précise, surveillance d'un aspect particulier, mesures...) ;
- cet examen permettra, dans la grande majorité des cas, soit d'écarter le risque accru, soit de le confirmer;
- cet examen peut également permettre de préciser ce risque accru et de le surveiller ;
- l'absence d'anomalie décelée lors de l'échographie à visée diagnostique ne permet pas d'affirmer que le fœtus est indemne de toute affection ;
- dans certains cas, l'affection suspectée ne pourra être confirmée ou précisée que par la réalisation de nouveaux examens qui me seront proposés ; ces nouveaux examens nécessiteront parfois un prélèvement (de liquide amniotique, de villosités chorales ou de sang fœtal) ; les risques, les contraintes et les éventuelles conséquences de chaque technique de prélèvement me seront expliqués ;
- d'éventuelles autres affections que celle(s) recherchée(s) initialement pourraient être révélées par l'examen ;
- à l'issue de l'examen, je pourrai recevoir, par le médecin qui aura réalisé l'échographie ou par un autre praticien expérimenté en diagnostic prénatal, des informations sur ses résultats et les conséquences en termes de prise en charge avant et, le cas échéant, pendant et après l'accouchement.

Je refuse la réalisation de cet examen échographique à visée diagnostique. Je comprends les conséquences de ma décision et suis informée de la possibilité de revenir dessus. Je comprends que j'ai la possibilité de revenir au CHU de Limoges, et que j'y suis même encouragée, si j'ai des questions ou le moindre problème.

L'original du présent document est conservé dans mon dossier médical.

Date : ___ / ___ / _____

Signature et tampon du praticien

Signature de la patiente



Questionnaire

Bonjour, je suis Chloé Caçador, étudiante à l'école de sages-femmes de Limoges. Je réalise mon mémoire de fin d'études sur le suivi échographique au cours de la grossesse. Ce questionnaire est anonyme. Je vous remercie d'avance pour le temps et l'attention accordés à ce questionnaire.

1. Dans le cadre de votre grossesse, avez-vous eu une échographie supplémentaire, en plus des trois échographies recommandées ?
 - Oui
 - Non
 - Si oui, précisez pour quel motif :

2. Etes-vous d'accord pour que les résultats de ce questionnaire soient utilisés à des fins scientifiques ?
 - Oui j'accepte
 - Non je refuse

3. Quel âge avez-vous ?

4. Quel est notre niveau d'études ?
 - Aucun diplôme
 - Brevet des collèges
 - CAP, BEP ou équivalent
 - Baccalauréat, brevet professionnel ou équivalent
 - Supérieur court (niveau bac+2)
 - Supérieur long (supérieur à bac+2)

5. Combien de grossesses avez-vous eu (en dehors des Interruptions Volontaires de Grossesse et fausses couches) ?



6. Quelle profession exercez-vous ?

- Agricultrice exploitante
- Artisane, commerçante et chef d'entreprise
- Cadre et profession intellectuelle supérieure
- Employée
- Ouvrière
- Aucune

7. Quel praticien vous a délivré les informations sur l'échographie prénatale ?

- Gynécologue obstétricien libéral
- Gynécologue obstétricien hospitalier
- Sage-femme libérale
- Sage-femme hospitalière
- Médecin traitant
- Autre, précisez :

8. Quel praticien a réalisé vos échographies ? (Si plusieurs réponses, cochez le praticien qui a réalisé la majorité des échographies)

- Gynécologue obstétricien libéral
- Gynécologue obstétricien hospitalier
- Sage-femme libérale
- Sage-femme hospitalière
- Médecin traitant
- Autre, précisez :

9. Sous quelle forme avez-vous reçu l'information sur l'échographie ?

- Information orale
- Dépliants, prospectus dans la salle d'attente
- Fiche d'informations remise par le praticien
- Recherches Internet



- Magazines spécialisés
- Autre, précisez :

10. A quel moment avez-vous reçu l'information ?

- Lors de la première consultation de grossesse
- Lors de la première échographie
- Autre, précisez :

11. Avez-vous signé un document de consentement pour la réalisation des échographies ?

- Oui
- Non
- Je ne me souviens pas

12. Comment évaluez-vous l'information reçue sur l'échographie ? Cochez la case correspondant à votre réponse :

Pas du tout claire	Moyennement claire	En grande partie claire	Totalement claire

13. Avez-vous posé des questions ? (Une seule réponse)

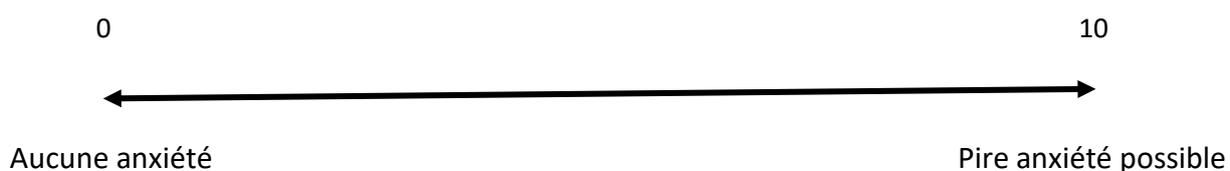
- Oui, et j'ai obtenu toutes les réponses à mes interrogations
- Oui, j'ai eu des précisions mais des questions sont restées sans réponse claire
- Oui, mais je n'ai pas eu de réponses à mes questions
- Non, je n'ai pas posé de questions car je n'en avais pas
- Non, je n'ai pas posé de questions car je n'ai pas osé



14. Concernant l'information que vous avez reçu à propos de l'échographie, vous vous considérez : (cochez la case correspondante)

Pas du tout satisfaite	Moyennement satisfaite	En grande partie satisfaite	Totalement satisfaite

15. Comment évaluez-vous votre anxiété durant l'examen ?



16. Quelles étaient vos principales attentes par rapport à vos échographies ?

.....

.....

.....

.....

Selon vous,

1. L'échographie est un examen obligatoire de la surveillance prénatale :
 - Vrai
 - Faux
2. L'échographie permet de diagnostiquer de nombreuses anomalies :
 - Vrai
 - Faux
3. L'échographie a pour but de dépister des anomalies chez le fœtus ou des anomalies dans le déroulement de la grossesse :
 - Vrai
 - Faux



4. L'échographie est un examen fiable à 100% qui permet de repérer de manière certaine des anomalies :
- Vrai
 - Faux
5. Les échographies doivent être réalisées à des périodes précises :
- Vrai
 - Faux
6. L'estimation de poids fœtal permet de connaître le poids exact du bébé à la naissance :
- Vrai
 - Faux
7. L'échographie du 1^{er} trimestre permet de dater le début de la grossesse :
- Vrai
 - Faux
8. A l'échographie du 1^{er} trimestre, certaines anomalies morphologiques peuvent être vues :
- Vrai
 - Faux
9. L'échographie du 2^{ème} trimestre est une étude approfondie de la morphologie fœtale :
- Vrai
 - Faux
10. L'échographie du 3^{ème} trimestre s'intéresse notamment à la croissance fœtale :
- Vrai
 - Faux
11. Avez-vous des remarques ou des suggestions ?

.....

.....

.....

.....

Merci pour le temps accordé à mon questionnaire.

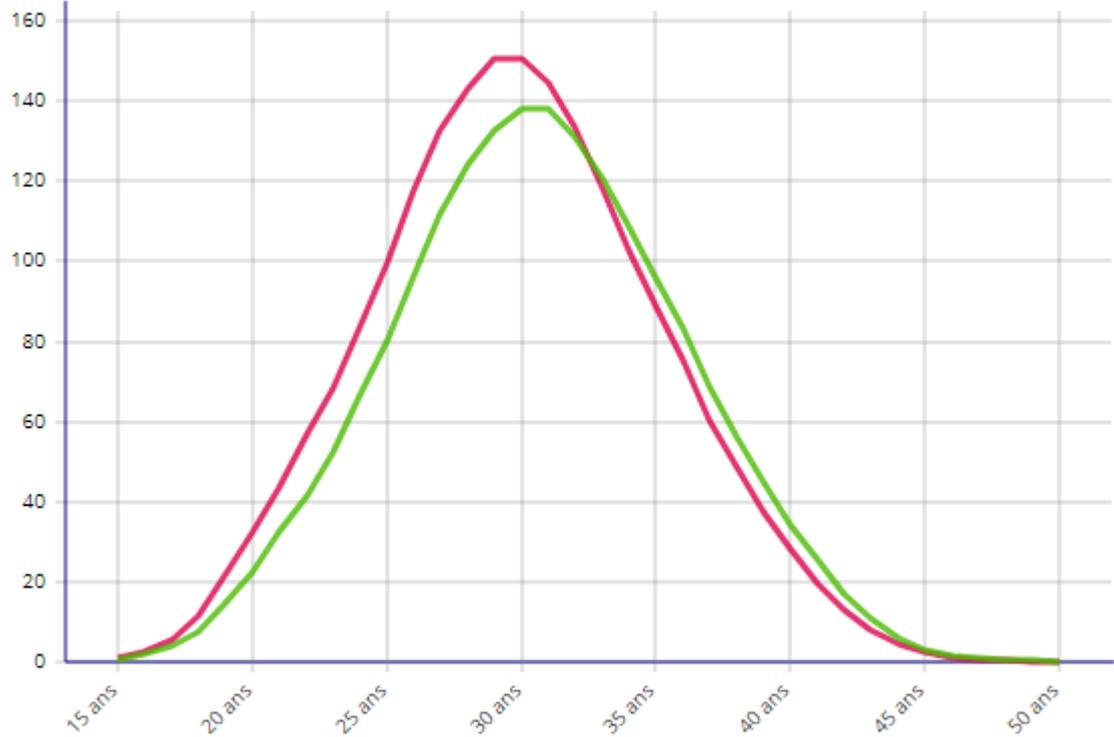


ANNEXE VI : Fécondité selon l'âge détaillé de la mère en 2018

Fécondité selon l'âge détaillé de la mère en 2018

— 2008
— 2018 (p)

pour 1 000 femmes de chaque âge



p : données provisoires arrêtées à fin 2018.

Lecture : en 2018, 1 000 femmes de 25 ans ont mis au monde 80,4 enfants. Dix ans plus tôt, 1 000 femmes du même âge avaient mis au monde 99,9 enfants.

Note : nombre de naissances pour 1 000 femmes de chaque âge ; âge atteint dans l'année.

Champ : France hors Mayotte en 2008 et y compris Mayotte en 2018.

Source : Insee, statistiques de l'état civil et estimations de population.



ANNEXE VII : Répartition des femmes selon le diplôme, 2005 - 2009

Enquête annuelle de recensement	Sans diplôme	Inférieur au baccalauréat	Baccalauréat	Supérieur au baccalauréat
2005	14,4	34,1	20,5	31,1
2006	13,9	33,3	21,0	31,8
2007	13,6	32,3	21,4	32,8
2008	13,3	31,6	21,9	33,3
2009	12,9	30,5	22,2	34,4

Note : Âge atteint dans l'année. On se restreint pour ce tableau aux femmes âgées de 20 à 49 ans, étant donné que la plupart des jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans sont encore scolarisées et que le niveau d'études final n'est pas encore atteint.

Champ : France métropolitaine, femmes âgées de 20 à 49 ans vivant en ménage ordinaire au moment de l'enquête.

Sources : Insee, Enquêtes annuelles de recensement 2005 à 2009.



ANNEXE VIII : Répartition des femmes selon le niveau d'études en Limousin et France métropolitaine en 1999 et 2004 (%)

	Limousin		France métropolitaine	
	2004 (%)	1999 (%)	2004 (%)	1999 (%)
Aucun diplôme ou CEP	36,3	41,7	32,8	36,9
BEPC, Brevet	7,2	8,3	6,7	8,1
CAP ou BEP	25,9	25,8	24,3	25,3
Bac général, technologique ou professionnel	14,3	11,5	14,7	12,2
Diplôme d'enseignement supérieur	16,3	12,7	21,5	17,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Niveau de diplôme (champ : population des ménages, personnes de 15 ans ou plus ayant terminé leurs études)

Source : Insee, enquêtes annuelles de recensement 2004 et 2005



ANNEXE IX : Document d'information sur l'échographie distribué au CH de Bourg-en-Bresse

L'ECHOGRAPHIE ET VOUS

Pourquoi ?

- ✓ Apprécier la **vitalité** et le **bien-être** du fœtus
- ✓ Dépister d'éventuelles **malformations** en analysant l'aspect du fœtus et la structure de ses organes internes
- ✓ Déterminer son **âge** et la date théorique de **l'accouchement**
- ✓ Dépister l'existence de jumeaux ou de triplés
- ✓ **Environnement** du fœtus : abondance de liquide amniotique et position du placenta

Qu'est-ce qu'une échographie ?
L'échographie est une technique médicale qui permet l'exploration du corps par l'utilisation d'ultra-sons.

L'échographie est-elle dangereuse ?
Elle ne l'est en aucune façon pour la mère. Aucun effet néfaste n'a pu être démontré sur l'enfant à ce jour.

L'échographie est-elle infaillible ?
Non. Tout bilan, même réalisé avec compétence, comporte des limites.

L'échographie est-elle obligatoire ?
Non, mais elle demeure vivement recommandée pour la surveillance de votre grossesse. Discutez-en avec votre médecin ou sage-femme.

Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse
900 route de Paris -CS 90401
01012 BOURG-EN-BRESSE
04.74.45.46.47
www.ch-bourg-en-bresse.fr

VOTRE CHOIX

- Est-ce que je veux savoir si mon enfant se développe bien ?
- Est-ce que je souhaite savoir si mon enfant est porteur d'une anomalie ?
- Est-ce que je tiens absolument à voir mon bébé avant sa naissance ?
- Ai-je un doute sur la date théorique de mon accouchement ?

Si votre réponse est oui à l'une ou l'autre de ces questions : passer cette échographie est probablement le bon choix.

Si votre réponse est non à toutes ces questions, alors vous pouvez renoncer à l'échographie.

Si vous hésitez et si vous avez besoin de plus d'informations, discutez-en avec votre médecin ou votre sage-femme.

L'échographie est un examen médical

Elle ne doit pas se transformer en spectacle. La présence d'accompagnants trop nombreux tend à perturber l'examen.

COMMENT ?

- ✓ Un capteur émetteur-récepteur est glissé sur la peau du ventre après étalement d'un gel destiné à favoriser le passage des ultra-sons.
- ✓ Parfois introduction d'un capteur dans le vagin afin d'être plus proche des structures fœtales que l'on souhaite étudier.
- ✓ La durée d'un examen est variable et dépend de nombreux facteurs dont la position du fœtus.

Bon déroulement de l'examen

- Consentement à l'examen
- Discussion avec votre praticien sur les enjeux de l'échographie
- Réalisation de l'examen dans un climat propice à la concentration
- Proposition d'exams complémentaires si une anomalie est suspectée
- Compte-rendu de l'examen par votre praticien

Quand réaliser les 3 échographies recommandées ?

1 ^{er} trimestre	2 ^{ème} trimestre	3 ^{ème} trimestre
11 SA* - 13 SA + 6 J Datation de la grossesse Nombre d'embryon(s) Mesure de la clarté nucale	20 SA – 25 SA Morphologie fœtale Dépistage malformations	30 SA – 35 SA Croissance fœtale Dépistage malformations Présentation fœtale Localisation du placenta

* Semaines d'Aménorrhée



L'ECHOGRAPHIE PRENATALE : EVALUATION DE LA SATISFACTION DE L'INFORMATION REÇUE ET DES CONNAISSANCES DES FEMMES ENCEINTES

CAÇADOR Chloé

56 pages

Mémoire de fin d'études

Ecole de sages-femmes de LIMOGES – Année universitaire 2018/2019

Résumé :

L'échographie est une composante majeure du diagnostic prénatal.

L'étude a été réalisée à l'HME de Limoges. Elle avait pour objectif d'évaluer la satisfaction de l'information délivrée sur l'échographie prénatale, ainsi que les connaissances des femmes enceintes sur ce sujet.

Il apparaît à travers cette étude que les femmes sont globalement satisfaites de l'information reçue et que celle-ci est claire de leur point de vue.

Leur niveau de connaissances est bon : celui-ci est satisfaisant dans 96 % des cas. Le niveau d'études influence significativement le niveau de connaissances.

L'information reçue est donc satisfaisante mais certains points sont à améliorer, notamment la signature du taux de consentement à la réalisation de l'examen.

Mots-clés : Echographie, satisfaction, connaissances, information

