

2025-2026

Diplôme d'état de sage-femme

Mémoire de fin d'études

EXPERIENCE DES SAGES-FEMMES ECHOGRAPHISTES LORS DE L'ANNONCE D'UNE GROSSESSE INHABITUELLE EN ECHOGRAPHIE OBSTETRICALE

*Étude qualitative par entretiens
individuels semi-directifs*

SALOME BOISSEAU

Née le 18 mai 2003

Sous la direction de Karine EGLOFF et de Nadège BEAUDOUIN

Jury

Madame Mylène TATEOSSIAN : Présidente

Madame Isaline SIMMET-PROST : Membre

Madame Charline PLACAIS : Membre

Madame Sylvie BOUDIER : Membre

Soutenu publiquement le mercredi 29 avril 2026

AVERTISSEMENT

L'université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les travaux des étudiant·es : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT

Je, soussignée Salomé BOISSEAU,

Déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiée sur toutes formes de support, numérique ou papier, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce mémoire.

Signé par l'étudiante le 27/03/2026

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier particulièrement Karine Egloff et Nadège Beaudouin pour leur accompagnement tout au long de mon travail de recherche. Merci pour votre disponibilité et vos conseils pertinents.

Je souhaite remercier sincèrement les sages-femmes ayant pris du temps pour participer à mon étude. Sans votre contribution, ce mémoire n'aurait pu voir le jour. Merci pour la sincérité et la justesse de vos témoignages empreints d'humanité.

Je remercie l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'école de sages-femmes pour son accompagnement durant ces années de formation. Un merci particulier à Laurence Sadi, pour son écoute attentive et sa disponibilité.

Je tiens à remercier aussi les nombreuses sages-femmes rencontrées, à l'hôpital, en libéral et en PMI, pour leur transmission, leur accompagnement et pour l'exemple qu'elles représentent.

Une pensée à mes parents qui m'ont toujours soutenue dans mes projets et accompagnée dans les vagues. Merci pour votre amour. Une pensée aussi à mes frères et à ma sœur.

A la promotion 2022-2026, merci pour ces quatre années partagées. Notre force de groupe a su rendre plus léger un parcours parfois exigeant.

Un merci particulier à mes copines, Emma, Lucie, Camille, Marine, Justine, Lola, Marion et Fanny. Merci pour les moments précieux partagés et votre soutien à toute épreuve.

LISTE DES ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

CPDPN : Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal

DU/DIU : Diplôme Universitaire/Diplôme InterUniversitaire

Association SPAMA : Soins Palliatifs et Accompagnement en MAternité

DAN : Diagnostic Anténatal

HAS : Haute Autorité de Santé

SOMMAIRE

Avertissement	2
Engagement de NON-PLAGIAT	3
Remerciements.....	4
Liste des abréviations	5
Sommaire	6
Introduction	7
Matériel et methode	11
I. MATERIEL.....	11
II. METHODE.....	11
Résultats	14
I. LA GROSSESSE INHABITUELLE	15
II. DEROULEMENT TYPE	17
III. REACTIONS	22
IV. ORIENTATION ET ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS	26
V. FORMATION	28
VI. EVOLUTIONS SOCIALES	30
Discussion	33
I. RAPPEL DES PRINCIPAUX RESULTATS.....	33
II. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE	33
III. ANALYSE DES PRINCIPAUX RESULTATS	35
IV. PERSPECTIVES	41
Conclusion	43
Annexes	44
Bibliographie	61
Table des tableaux	63
Table des matières	64
Résumé	66
Abstract	66

INTRODUCTION

La grossesse n'est pas une maladie contrairement à la plupart des annonces faites en médecine (1). La grossesse est l'état d'une femme enceinte, cette grossesse est habituellement singleton, intra-utérine et évolutive avec un développement normal des annexes fœtales (placenta, liquide amniotique, cordon ombilical).

Grâce au développement de l'échographie, on est aujourd'hui capable de distinguer les grossesses « habituelles » des autres que l'on pourrait qualifier « d'inhabituelles ». Par grossesse « inhabituelle » on entend toutes les situations de grossesse qui ne remplissent pas un ou plusieurs des critères cités précédemment.

Les échographies obstétricales et fœtales sont des actes médicaux encadrés par la loi. Ce sont des « examens d'imagerie par ultrasons réalisés à des fins médicales et effectués dans le cadre de la grossesse » dans un but diagnostique, de dépistage ou de suivi (2).

Ces examens ne peuvent être réalisés que par des médecins et des sages-femmes « disposant des compétences reconnues par un diplôme [...] les autorisant à pratiquer ces actes » (2)(3).

Cependant, « les sages-femmes ne réalisent pas d'échographies à visée diagnostique » (4). En effet, selon le code de la santé publique, « la sage-femme est autorisée à pratiquer l'ensemble des actes cliniques et techniques nécessaires au suivi et à la surveillance des situations non pathologiques et au dépistage de pathologie » (5). La sage-femme échographiste réalise donc uniquement les échographies dites « de dépistage ». Trois sont proposées pendant la grossesse, une à chaque trimestre, dont la programmation, le contenu et les modalités sont préétablies (6). Ces examens obstétricaux réguliers permettent « d'évaluer le risque que l'embryon ou le fœtus présente une affection susceptible de modifier le déroulement ou le suivi de la grossesse » (2). Ils représentent à eux seuls la majorité (57%) des 4 000 000 d'échographies obstétricales et fœtales réalisées chaque année en France (6).

D'après les chiffres de 2022 de la Caisse d'Assurance Maladie, 43% des échographies de dépistage seraient réalisées par des sages-femmes échographistes, tout secteur d'activité confondu. En 2022, en secteur libéral, les sages-femmes représentent un quart (26%) des praticiens réalisant des examens échographiques et effectuent 41% des examens de dépistage (6).

En 2024, dans le Maine-Et-Loire, d'après les données de l'ARS, 9576 échographies obstétricales ont été réalisées par les sages-femmes hospitalières et libérales du département, soit presque 47% de l'ensemble des échographies obstétricales, de dépistage et de diagnostic, effectuées sur ce territoire (7).

La pratique des examens échographiques par les sages-femmes est très encadrée par la loi et se doit d'être rigoureuse afin de répondre à un cahier des charges strict. Du fait de leur rôle de dépisteur, elles se doivent d'orienter toute patiente présentant un examen d'aspect inhabituel vers une échographie à visée diagnostique (6). Cet examen de deuxième rang, à visée diagnostique, est réalisé par des médecins « ayant une expérience et une expertise spécifiques et qui sont membres d'un CPDPN ou sont en relation étroite avec un ou plusieurs CPDPN dont ils sont connus » (8).

Pour les parents, c'est beaucoup plus qu'un acte médical qui se joue pendant les échographies du suivi de grossesse. D'un point de vue psychologique, cet examen d'imagerie confronte l'enfant imaginaire à une image de la réalité et facilite ou non son investissement. L'échographie représente aujourd'hui une étape fondatrice de la parentalisation (9).

Les futurs parents viennent à la rencontre de leur enfant et veulent entendre dire que tout va bien. L'échographiste est à l'affût de tout signe d'anormalité, il ne peut conclure son examen échographique par « tout est normal » car l'échographie a ses limites.

Le praticien et les parents ne peuvent pas, et ne veulent pas, voir la même chose (10). Un « certificat de normalité » de l'enfant à venir est attendu par le couple alors que le dépisteur recherche, quant à lui, tout signe possible d'anormalité (11) et sait qu'il ne pourra conclure à la « normalité » d'un

examen mais plutôt à l'absence de particularité décelée sur les clichés réalisés.

Toute échographie est une histoire d'annonce quelles que soient les constatations (12) et une des grandes difficultés de l'annonce dans ce cadre est son caractère immédiat. En effet, contrairement à tout autre examen médical dont les résultats se font attendre, en échographie le résultat est transmis dans l'instant (1). Cela ne laisse pas au professionnel la possibilité d'organiser sa stratégie d'annonce, il travaille sous le regard de la femme, du couple.

L'échographiste et les parents se trouvent alors dans deux mondes différents : ils n'ont ni les mêmes attentes ni le même langage. Il y a un « malentendu fondamental » et pourtant ils doivent communiquer (13). En échographie, les savoirs techniques sont primordiaux mais la relation est obligatoire, on ne peut y échapper (10), la communication est essentielle dans le but d'instaurer une alliance thérapeutique. Cela passe par le fait de relater, rapporter ce qui est vu, ce à quoi on se doit d'ajouter du contact physique, des gestes, des mimiques, des paroles... (12) L'utilisation du langage non verbal et d'une écoute active, empathique permet le maintien de la relation de confiance créée.

Ces divergences sont également accentuées par les évolutions sociétales. Le besoin d'instantanéité, l'essor des réseaux sociaux constituent ces évolutions et sont visibles dans le monde médical, dans la relation de soins. En échographie cela se traduit par une importance plus grande apportée à la découverte du sexe qui prend des allures de besoin vital pour la poursuite de la grossesse. Avant même sa naissance, par les « gender reveal » et « baby shower », l'enfant imaginé, désiré parfait se retrouve objet de fête, il a une existence virtuelle et commerciale.

Dans ce contexte, où les attentes et la démarche divergent, il apparaît intéressant de se demander : **Quelle expérience les sages-femmes échographistes ont-elles des annonces de grossesses inhabituelles ?**

L'objectif de cette étude qualitative était de recueillir l'expérience des sages-femmes échographistes confrontées à l'annonce d'une grossesse inhabituelle. Notre étude s'intéressait également aux stratégies mises en

place par ces professionnels pour mener à bien leur accompagnement des couples confrontés à ce type d'annonce.

MATERIEL ET METHODE

I. MATERIEL

A. Schéma d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative prospective visant à collecter l'expérience des professionnels en prenant en compte leur approche professionnelle et leur ressenti personnel.

Nous avons réalisé notre étude à l'aide d'entretiens semi-dirigés, permettant de laisser libre cours aux récits d'expériences tout en ayant un cadre posé par des thèmes et questions préétablis.

B. Population

Dans le cadre de notre étude qualitative, la population cible était les sages-femmes échographistes.

Les critères d'inclusion étaient les suivants : être titulaire d'un diplôme universitaire d'échographie obstétricale obtenu en France, exercer en cabinet libéral ou au sein d'un centre hospitalier dans les départements du Maine-et-Loire, de la Mayenne et de la Sarthe et accepter de participer à cette étude.

II. METHODE

A. Guide d'entretien

Un guide d'entretien a été établi afin de mener au mieux les entretiens et répondre à la question de recherche (Annexe 1). Des thèmes principaux ont été dégagés et ont permis de faire émerger des questions de relance afin de mener les entretiens en gardant une ligne conductrice similaire.

Ce guide a été préétabli à l'aide des données de la littérature et des hypothèses formulées en amont.

Les premières questions permettaient une présentation rapide du professionnel afin d'avoir une connaissance fine de la population d'étude.

Une courte introduction servait à poser le sujet et à faire définir par le professionnel lui-même le terme de grossesse inhabituelle. La définition retenue dans le cadre de l'étude était redonnée pour partir sur une base de travail commune.

L'entretien débutait par l'invitation à un récit d'expérience d'annonce de grossesse inhabituelle vécue en cours de carrière d'échographe. Ce récit permettait de dérouler la suite des échanges en s'appuyant sur un exemple concret.

Ensuite, plusieurs thèmes étaient abordés : le déroulement « type » d'une annonce de grossesse inhabituelle, les réactions des patients et du professionnel, les moyens d'adaptation mis en œuvre, l'orientation des couples et la formation des professionnels.

Après trois entretiens, un thème supplémentaire s'est dégagé : Les attentes des couples vis-à-vis de l'examen échographique qui divergent de la vision de l'échographe.

Pour conclure, nous questionnions un éventuel besoin, une envie de faire évoluer la pratique personnelle dans le cadre de l'annonce de grossesses inhabituelles.

B. Recrutement

Le recrutement de la population d'étude s'est fait par envoi d'un message (Annexe 2) diffusé par mail aux sages-femmes échographistes exerçant en libéral et en structure hospitalière dans les trois départements cibles (Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe).

Les coordonnées des professionnels libéraux ont été récupérées sur le site du conseil national de l'ordre des sages-femmes. Un mail leur a été envoyé le 25 août 2025, le synopsis de l'étude était en pièce-jointe du mail.

Pour informer les professionnels hospitaliers, un mail a été envoyé le 05 septembre 2025 aux cadres de service des hôpitaux de la région d'étude leur demandant de relayer l'information à leurs équipes. Les sages-femmes

échographistes du Maine-et-Loire ont également reçu l'information via un mail envoyé par le conseil de l'ordre du département début octobre 2025.

Le recrutement a été effectué auprès de treize sages-femmes échographistes libérales ainsi que les professionnels de huit centres hospitaliers des trois départements cibles.

C. Recueil de données

Les entretiens ont été menés sur la base du volontariat au cabinet ou par téléphone lorsqu'il n'était pas possible de les réaliser en présentiel. Au total, six entretiens ont eu lieu en présentiel, les quatre autres ont été réalisés au téléphone. La totalité des entretiens a été, après accord verbal des professionnels, enregistrée dans le but d'une retranscription fidèle des échanges.

Les entretiens se sont déroulés sur la période du 04 septembre 2025 au 19 janvier 2026. Leur durée a varié de dix-neuf à cinquante minutes avec une durée moyenne de trente-et-une minutes. La saturation des données a été atteinte lors de la réalisation du dixième entretien.

Tous les entretiens se sont déroulés en suivant le guide d'entretien décrit précédemment. Les professionnels étaient libres de s'exprimer dans la mesure où les questions posées étaient ouvertes permettant de mener des entretiens semi-directifs laissant le plus possible la parole à l'interlocuteur.

D. Analyse des données

La méthode d'analyse des données a été qualitative, impliquant une exploration approfondie des thèmes émergents.

Les enregistrements ont été retranscrits intégralement sur le logiciel Word afin de s'imprégner du discours des professionnels. Une fois retranscrits, les enregistrements ont été anonymisés.

Cette retranscription a permis de réaliser une première analyse de données. Celle-ci s'est poursuivie et consolidée à l'aide d'un fichier sur le logiciel Word recensant thème par thème les réponses des différents professionnels.

RESULTATS

Tableau 1 : Caractéristiques de la population d'étude

Entretien	Sexe	Année d'obtention du diplôme de sage-femme	Année d'obtention du diplôme d'échographiste	Nombres d'année d'exercice en échographie	Mode d'exercice	Durée de l'entretien (en minutes)
SF1	F	2005	2014	11	Libéral, temps plein	34
SF2	F	2001	2008	17	Maternité type 1, temps plein	34
SF3	F	2004	2009	16	Libéral, activité mixte	50
SF4	F	2010	2015	10	Maternité type 2A, mi-temps	19
SF5	F	2015	2022	3	Maternité type 2B, mi-temps	23
SF6	F	2006	2016	9	Maternité type 3, temps plein	26
SF7	F	2003	2006	19	Libéral, temps plein	40
SF8	F	1991	2010	15	Maternité type 3, temps partiel (80%)	23
SF9	F	2000	2020	5	Maternité type 3, temps plein	34
SF10	F	1998	2014	12	Libéral, temps plein	36

I. LA GROSSESSE INHABITUELLE

A. Définitions selon les professionnelles

La grossesse inhabituelle a été définie comme « *une variante de la norme* » SF1 ou encore comme « *quelque chose qu'on n'a pas l'habitude d'évoquer* » SF6

La grossesse s'est vue opposée à des termes tels que normalité, ordinaire ou classique. « *Tout ce qui peut sortir de l'ordinaire.* » SF3 ; « *Ça sort de l'ordinaire.* » SF5 ; « *Par rapport à une grossesse classique.* » SF9 ; « *C'est pas normal.* » SF4

Pour plusieurs des échographistes interrogées, il apparaissait plus approprié de parler de clichés ou d'images inhabituels. « *Quelque chose qu'on n'a pas l'habitude de voir.* » SF1 ; « *L'aspect n'est pas comme on devrait le voir* » SF4 ; « *Ça sort de l'image normale qu'on est censé avoir [...]* l'interprétation est difficile. » SF7

En effet, c'est le cliché variant de la norme qui engendre des examens complémentaires rendant la grossesse inhabituelle pour les couples. « *Pour les couples, tout ce qu'on dit comme étant pas tout à fait comme d'habitude est considéré comme inhabituel.* » SF3 ; « *Une grossesse qui nécessite des examens supplémentaires.* » SF9

En fonction du terme de l'échographie, les grossesses inhabituelles rencontrées ne sont pas les mêmes.

A l'échographie de datation ou à l'examen du premier trimestre, les grossesses inhabituelles rencontrées et citées sont les grossesses extra-utérines, molaires et œuf clair ainsi que les grossesses multiples. Certains clichés sont retrouvés inhabituels dès le premier trimestre c'est le cas des dysraphismes et des anomalies touchant le cerveau telles que l'exencéphalie ou l'anencéphalie.

Les grossesses arrêtées et morts fœtales ont été évoquées par l'ensemble des professionnelles interrogées. Leur découverte est plus fréquente à des termes précoces jusqu'à l'échographie du premier trimestre mais ces

situations se retrouvent également à des termes plus avancés et constituent des annonces marquantes pour les échographistes.

La mesure de la nuque au premier trimestre peut faire retrouver des hyperclartés nucales, signe éventuel de trisomie ou autre syndrome. L'absence d'os propres du nez est quelque chose d'inhabituel qui peut également être signe d'appel d'un syndrome.

Lors de la deuxième échographie, appelée échographie morphologique, les images inhabituelles retrouvées concernent les différents organes fœtaux. Les exemples cités sont les suivants : malformations cardiaques (ventricule unique, transposition des gros vaisseaux), dilatations rénales et uropathies, atrésie de l'œsophage, intestins hyperéchogènes, omphalocèle, fentes labio-palatines, doigts surnuméraires, pied bots.

A l'échographie de croissance au troisième trimestre, les annonces faites sont de l'ordre du retard de croissance ou a contrario une macrosomie. Il est également possible, lors de cette échographie, d'être confronté à une image morphologique inhabituelle non dépistée au deuxième trimestre.

Des images inhabituelles des annexes fœtales ont également été nommées (artère ombilicale unique, placenta percreta ou accreta, hydramnios).

B. Rôle de dépisteur

Dans la totalité des échanges, la place de la sage-femme échographiste comme dépisteur est revenue. Dans la plupart des cas avant même que la question ne soit posée. « *Je n'annonce pas de pathologie [...] C'est pas mon job, c'est le job de l'échographiste de référence.* » SF1 ; « *Je pose pas de diagnostic parce que je fais que du dépistage.* » SF5 ; « *Ce n'est pas le rôle de dépisteur et c'est là où c'est un peu compliqué aussi de trouver sa place.* » SF7 ; « *Ce qui est toujours délicat, en fait, c'est que nous en tant que dépisteurs, on ne doit pas donner de diagnostic [...] en tant que dépisteurs on ne peut pas dire grand-chose.* » SF8 ; « *Je n'ai pas le droit de poser de diagnostic [...] c'est pas mon rôle.* » SF10

Cette responsabilité de sage-femme échographiste qui réalise des examens de première ligne sans poser de diagnostic est largement connue et

est apparue, à plusieurs reprises, comme une difficulté du métier. « *Le côté que je déteste dans mon métier, c'est de ne pas pouvoir dire aux gens ce que c'est.* » SF1 ; « *C'est une des choses les plus difficiles en fait, savoir s'arrêter dans les informations qu'on va délivrer.* » SF7 ; « *C'est la difficulté du dépistage de réussir à ne pas aller trop loin dans les explications, dans les investigations.* » SF10

Les sages-femmes interrogées se sont accordées à dire qu'elles ne s'avancent sur le pronostic fœtal qu'en présence d'images apparaissant péjoratives, sans appel. « *J'avais vraiment plein d'eau dans le cerveau, j'ai dit au gens, c'est vrai que c'est pas de bon pronostic.* » SF1 ; « *[j'ai dit que] Probablement la grossesse ne pourrait pas évoluer mais là c'était sans appel.* » SF2 ; « *Il y des fois c'est évident que ça va vraiment être catastrophique.* » SF3 ; « *Des fois je me permets mais toujours très prudemment.* » SF10

La seule exception faite au cadre de dépistage est l'absence d'activité cardiaque. Toutes les professionnelles interrogées étaient d'accord sur le fait que certes c'est un diagnostic mais elles se doivent d'en informer les gens. « *Alors parfois le diagnostic est évident. Evidemment si c'est une grossesse arrêtée là on donne le diagnostic.* » SF9

De plus la présence d'une activité cardiaque fœtale est la première chose regardée par l'échographiste et demandée par le couple. « *De toute façon, la question en général elle vient très vite [...] écouter le cœur c'est quand même ce qu'on fait en premier.* » SF7

II. DEROULEMENT TYPE

« *Dans la vraie vie d'échographiste il n'y a quasiment pas une journée où il n'y a pas un truc à annoncer.* » SF7

A. Conduite de l'examen échographique

La majorité des sages-femmes interrogées rapportait parler pour conduire les consultations d'échographie afin d'expliquer aux couples, les inclure dans la consultation, vulgariser un examen qui est très technique. « *Je leur parle,*

je leur dis ce que je regarde. » SF3 ; « J'explique au fur et à mesure aux gens ce que je vois. » SF7 ; « Je suis quelqu'un qui parle pendant l'échographie, c'est-à-dire que j'explique toujours ce que je fais, ce que je vois. » SF10

Face à une image échographique inhabituelle, les professionnels ont donné différentes manières de procéder, des similitudes sont tout de même ressorties : L'annonce est réalisée en « un temps » en fin d'examen ou en « deux temps ».

1) L'annonce en « un temps »

Quelque-chose d'inhabituel visualisé dès le commencement, est souvent observé plus tard dans l'examen afin de réaliser tous les clichés et posséder tous les éléments nécessaires à l'élaboration du compte-rendu. *« J'essaie de m'arranger pour faire d'abord tout l'examen [...] de terminer par ce que j'ai repéré. » SF4 ; « J'essaie de finir l'écho, d'avoir aussi tous les arguments. » SF5 ; « Je fais toutes mes photos et je reviens sur l'anomalie. » SF6 ; « Examiner un maximum de choses et d'en venir à la pathologie plutôt sur la fin de l'examen. » SF7 ; « J'essaie de [...] faire vraiment le maximum de l'examen. » SF9*

Ce mode opératoire permet de rester concentré jusqu'au bout. *« Parce que le problème c'est qu'une fois que tu as découvert une anomalie, c'est vachement difficile de finir ton examen [...] toi-même tu es un peu déstabilisée. » SF10* Et de pouvoir fournir un compte-rendu conforme au cahier des charges. *« Je le dis pas direct parce qu'ils vont s'inquiéter et je vais pas faire mon examen complet. » SF6 ; « C'est l'objectif [...] terminer par l'annonce. » SF4*

2) L'annonce en « deux temps »

D'autres professionnelles ont rapporté préférer informer à l'instant même où elles sont confrontées à un cliché inhabituel. *« Je dis dès que je vois. » SF1 ; « Je leur dis que j'ai vu quelque chose de pas tout à fait comme d'habitude. » SF3 ; « Quand je retrouve une image inhabituelle, je le dis d'emblée aux gens qu'il y a quelque chose qui m'ennuie. » SF7 ; « Je vais leur dire : « C'est pas comme d'habitude ». » SF8*

Dans ce cas, elles rajoutaient préciser aux gens qu'il est nécessaire de terminer l'examen pour répondre au mieux à leurs questions. « *Je leur dis que [...] tant que j'ai pas regardé tout, je leur en dirais pas plus, ça serait mettre la charrue avant les bœufs.* » SF3 ; « *[Je leur explique qu'] il n'y en n'a pas pour longtemps, je prends toutes les images pour avoir les mots justes après avec eux.* » SF5 ; « *Je vais continuer mon examen [...] les questions on y répondra après.* » SF7 ; « *J'ai besoin de faire mon échographie et je vous explique après.* » SF8

L'annonce se fait alors en « deux temps ». « *Parce que déjà il faudra bien le dire à un moment donné.* » SF1 ; « *Je ne veux pas qu'il s'émerveille devant le bébé avant de savoir qu'il y a une anomalie, ça serait pas honnête.* » SF7

Dans les deux cas, les explications sont données en fin de consultation, en fin d'examen. « *Si après j'ai besoin d'expliquer les images, je peux le faire encore quand la dame est sur la table d'examen mais en fin d'examen.* » SF9

Soit la patiente se trouve encore allongée, ce qui permet à l'échographiste de montrer aux couples sur l'écran, pointer avec la flèche, avoir des images dynamiques. « *Je leur montre sur l'écran [...] ils peuvent voir en direct.* » SF1 ; « *J'aime bien montrer à l'écran.* » SF10

Ou bien l'échographiste attend d'être au bureau, la patiente est rhabillée, les discussions se font à même hauteur. « *Je pose ma sonde, la patiente se rhabille et je leur annonce au bureau.* » SF5 ; « *Je commence mes explications là-bas et en fonction de comment ça tourne, [je termine au bureau].* » SF10

B. Une asepsie verbale nécessaire

Si la parole a une place importante pour la conduite de l'examen échographique, lorsqu'il faut annoncer la présence d'image(s) inhabituelle(s) les mots doivent être réfléchis et les idées posées. L'importance des mots dans une situation d'annonce a, à plusieurs reprises, été soulignée. « *J'essaie vraiment d'avoir une asepsie verbale [...] de ne pas trop en dire.* » SF1 ; « *En dire le moins possible.* » SF2 ; « *Je vais mettre très peu de mots.* » SF3 ;

« Quand on annonce quelque chose, on est prudent. » SF4 ; « Asepsie verbale, il ne faut pas trop en dire. » SF10

Il est apparu nécessaire de peser ses mots, pour être juste, sans choquer. « Mesurer mon propos. » SF1 ; « Les premiers mots qu'on dit, c'est ceux qui restent dans la tête des parents. » SF3 ; « C'est toujours de trouver le juste dosage qui n'est pas simple. » SF5 ; « Être dans la réserve. » SF6 ; « Je dis pas anormal, je fais très attention de dire inhabituel. » SF7 ; « Il faut que je choisisse mes mots [...] Il faut faire attention aux termes qu'on utilise. » SF8

Choisir ses mots aussi pour rester dans le rôle de dépisteuse, dans les explications données aux patients ainsi que dans le compte-rendu papier édité. « J'essaie d'être très factuelle [...] c'est le médecin qui vous en dira plus. » SF1 ; « Je m'arrange pour décrire de telle manière qu'au CPDPN ils vont très bien comprendre ce que j'ai voulu dire mais pour les patients l'anomalie n'est pas notée noir sur blanc. [...] Il faut être descriptif en fait, faut décrire ce qu'on a vu ce qui nous semble inhabituel mais pas vouloir à tout prix écrire le diagnostic, même si on le sait parce que c'est pas notre rôle de dépisteuse. » SF7 ; « Je décris ce que je vois moi sur mon compte-rendu. » SF10

C. Le temps, un allié

Le temps nécessaire à l'annonce d'une grossesse inhabituelle n'est pas compté sur un créneau de consultation. « Ça déborde, on prend une heure de retard, [...] c'est pas minuté dans les trente minutes d'examen qu'on a. » SF7 ; « Souvent ça déborde aussi un peu même sur la consultation d'après. » SF9

Il était tout de même évident pour l'ensemble des sages-femmes qu'il est essentiel de prendre ce temps. « C'est important de laisser aux gens un temps pour échanger. » SF7

Deux professionnelles ont expliqué laisser le couple seul un instant et s'éclipser de la salle d'examen. « Je sors, j'attends à peu près cinq minutes, [...] je pense qu'un temps tout seul ça fait du bien. » SF1 ; « Je les

laisse tous les deux, je ferme la porte après ils viennent et on peut discuter. » SF10

Il a été mentionné qu'il est important de se laisser du temps à soi aussi en tant que professionnel. *« Je prends 5-10 minutes pour souffler avant de prendre les gens d'après. » SF1*

D. Le langage non-verbal

L'attitude, la posture, les silences, les gestes posés, l'environnement ont aussi toute leur importance dans le processus d'annonce. *« Maintenant je fais beaucoup plus attention, dans la communication non verbale, il y a plein de choses qui passent. » SF9*

Le regard a été évoqué par quatre professionnelles. C'est un élément essentiel qui participe à rendre l'annonce plus humaine. *« Accrocher le regard, [...] avoir un vrai contact visuel avec la patiente. » SF1 ; « Leur expliquer en les regardant dans les yeux. » SF5 ; « Je les regarde. » SF8 ; « Je la regarde. » SF10*

Les silences permettent d'instaurer un climat de sérieux. *« Instaurer un peu de silence, [...] c'est une première approche, une première amorce. » SF10*

L'ambiance générale de la pièce est modifiée. *« J'ai bien senti qu'ils l'avaient senti parce que l'électricité dans la pièce, elle augmente d'un niveau. » SF3 ; « On sait qu'on va dire quelque chose qui va les faire dégringoler [...] les gens peuvent très bien comprendre des messages à notre attitude bien avant qu'on l'ait dit. » SF9*

E. Adaptation

Il est inévitable de faire preuve d'adaptation lorsqu'une situation d'annonce de grossesse inhabituelle se présente. *« En fonction de ce que tu as comme pathologie, tu ne dis pas les mêmes mots. » SF1 ; « Ce n'est clairement pas pareil en fonction de la patiente, du terme et de ce qu'on voit d'inhabituel. » SF2 ; « Et donc on s'adapte. » SF3 ; « Du cas par cas en fonction du terme de l'annonce et de ce que j'annonce. » SF4*

Cette adaptation n'est jamais aisée. « *Tu tâtonnes, c'est compliqué. [...]* On sait pas ce qu'elles ont besoin d'entendre [...] c'est jamais facile. » SF1 ; « *On ne peut pas être optimal [...]* c'est hyper personne dépendant. » SF2 ; « *Une façon de faire qui nous paraît bien avec quelqu'un, ça va pas forcément être la bonne pour quelqu'un d'autre.* » SF7 ; « *Tu marches sur des œufs.* » SF10

III. REACTIONS

A. Des patientes

De tous les échanges, il est ressorti qu'il existe autant de réactions que de patientes. « *Une grande disparité de réactions.* » SF2 ; « *C'est très très variable [...]* selon ce qu'on annonce aussi. » SF4

Certaines de ces réactions semblent parfois en désaccord avec ce que le corps médical sait, connaît du pronostic, de la prise en charge. « *Il y a des réactions qui peuvent nous sembler disproportionnées.* » SF7 ; « *Pour les gens, c'est la catastrophe.* » SF9

Au fil des entretiens, quatre catégories ont semblé se dégager pour l'ensemble des professionnelles : pleurs, sidération, questionnements, colère.

1) Les pleurs

La première réaction citée par les échographistes était les pleurs. La plupart des professionnels ont remarqué que la majorité des patientes pleurent à l'annonce d'une grossesse inhabituelle.

Des pleurs qui peuvent être plus ou moins démonstratifs, plus ou moins dissimulés. « *Tu as celles qui s'effondrent tout de suite. T'as celles [...] qui s'effondrent au bureau après [...] je vois bien les lèvres elles tremblent, je leur dis vous avez le droit de craquer.* » SF1

2) La sidération

La sidération était la deuxième réaction citée. « *Ça marche dans 99,999% des cas, quel que soit le type d'annonce.* » SF3

On y retrouve des patientes mutiques, sous le choc, prostrées, incrédules ou encore fermées. « *Je ne sais pas ce qu'elles ont dans la tête mais elles ne pleurent pas.* » SF1 ; « *Tu as des dames qui n'acceptent pas.* » SF2 ; « *On a l'impression qu'elles ne sont plus vraiment là en fait.* » SF7 ; « *Complètement choquée [...] elle était complètement incrédule, incapable d'assimiler cette information.* » SF9

3) Les questions

Les questions sont l'expression de plusieurs sentiments : un besoin de planification, d'organisation, de connaissance de la suite de la prise en charge et/ou une inquiétude légitime de parents. « *Les gens sont très inquiets.* » SF9

Ce sont ces questions qui rendent inconfortable le rôle de dépisteuse. « *Je suis désolée, je peux pas vous en dire plus* » SF1 ; « *Il y a plein de questions auxquelles on ne peut pas répondre.* » SF9 ; « *A un moment donné, il faut réussir à leur dire stop, c'est là où c'est dur.* » SF10

4) La colère

La colère est la dernière « catégorie » de réaction citée. Elle se traduit par un comportement plus ou moins agressif, une certaine défensive dans les paroles, la posture.

Cette expression de colère est dans un premier temps tournée vers l'échographiste. « *Il a eu besoin d'un coupable, mais c'est pas moi qui ai mis ça sur son bébé.* » SF1 ; « *T'es la première personne qui a vu le truc.* » SF6 ; « *C'est une violence envers moi comme si c'était ma faute s'il y a l'anomalie.* » SF8 ; « *Elle était en colère même contre moi [...] je suis l'oiseau de mauvais augure.* » SF9 ; « *En général quand tu annonces une mauvaise nouvelle tu prends.* » SF10

B. Des conjoints

La patiente et son conjoint n'avancent pas au même rythme et ont des personnalités différentes. « *Ils n'étaient pas du tout au même stade.* » SF10

Un constat est revenu à plusieurs reprises, les conjoints sont souvent plus mutiques et pleurent rarement. « *Le mari souvent ne dit rien.* » SF1 ; « *Les conjoints des fois sont un peu plus mutiques et en retrait.* » SF5 ; « *Les papas pleurent pas souvent devant moi [...] je vois bien qu'ils bouillonnent à l'intérieur.* » SF10

Il a été observé plus de défense et d'agressivité de leur part. « *Souvent plus de la part du conjoint que de la patiente elle-même [...] avec parfois une remise en question de notre compétence.* » SF7 ; « *Souvent les papas qui ont tendance un petit peu à s'énerver parce que c'est leur façon de se protéger.* » SF10

C. Des professionnels

Le moment de l'annonce n'est jamais un moment agréable pour les échographistes. « *À chaque fois je me sens très mal.* » SF1 ; « *Ça ne me laisse jamais indifférente.* » SF3 ; « *Les premières annonces, c'était hyper compliqué de sortir une écho complète parce que je tremblais sur ma sonde, je me sentais palpitée.* » SF5 ; « *Quand je vois quelque chose d'anormal mon cœur bat, est en tachycardie. Je suis pas bien du tout.* » SF8 ; « *J'ai eu très chaud, je n'étais pas très bien.* » SF10

Plusieurs sages-femmes interrogées ont mentionné réussir à prendre de la distance avec les situations rencontrées. « *J'arrive à mettre une distance [...] c'est mon côté soignant, [...] ça me rend triste pour les gens mais ça ne m'empêche pas de dormir la nuit.* » SF1 ; « *Il y a peut-être la distance, le bébé n'est pas encore là.* » SF6 ; « *Ça va m'affecter mais après une fois la journée terminée, la journée est terminée.* » SF8

1) Posture professionnelle et humaine

Il faut garder sa posture professionnelle tout en étant dans le relationnel afin de rendre l'annonce plus humaine. « *Je me mets dans mes bottes de soignant et je ne craque pas sur le moment.* » SF1 ; « *Garder de la distance par rapport à la souffrance des gens pour pouvoir aussi les aider [mais] en montrant sa sensibilité on ne peut pas faire de mal à la patiente.* » SF2 ; « *Alors oui je suis une sage-femme échographiste, je suis une professionnelle*

mais je suis un être humain avant tout. » SF3 ; « Tu es censée avoir une posture neutre, tu ne dois pas trop t'impliquer. » SF6

Avec les années de pratique échographique ces moments d'annonce sont un peu moins redoutés. *« Les premières années ça a été difficile, hyper difficile. [...] Il y a vraiment tout un temps d'apprentissage à se faire confiance qui a été long pour moi. » SF2 ; « Disons que je pense que c'est plus facile maintenant que quand j'ai démarré. » SF4 ; « C'est quelque chose qui me pose souci [...] ça me touche trop à titre personnel et j'ai un peu de mal à garder de la distance [mais] je le gère beaucoup mieux maintenant qu'avant. » SF7 ; « Il m'a fallu plusieurs années de pratiques échographique pour me sentir à l'aise. » SF10*

Mais il est important de ne jamais en faire une banalité, un quotidien. *« Je pense qu'on ne s'y fait jamais complètement et heureusement, je pense que si on annonce comme des robots, il faut arrêter. » SF3*

2) Recours personnels

L'importance des échanges avec les collègues, les pairs, d'autres sages-femmes, d'autres professionnels de santé, est revenu quasiment dans tous les entretiens. *« On échange avec les collègues du cabinet. » SF3 ; « Avec les collègues, à la pause déjeuner. » SF4 ; « Avec les copines de promo [...] avec ma binôme échographe, on échange beaucoup. » SF5 ; « Quand tu travailles en équipe tu as cette soupape, revoir les collègues, échanger sur certaines situations. » SF10*

Les échographistes hospitalières estiment avoir un certain confort étant donné leur proximité avec un échographe référent, ou du moins un collègue échographe, et le fait qu'elles fassent partie d'un service. *« On peut prendre la dame par la main, l'emmener au bout du couloir. [...] On a une sage-femme qui fait de l'acupuncture, une psychologue dans le service, il y a toujours un gynéco de jour. » SF2 ; « On a une référente dans le même couloir, [...] j'ai cette facilité-là. » SF5 ; « Tu sais que tu as des voisins à côté, dans le même couloir. » SF6 ; « Donc ça c'est très confortable [...] pouvoir demander un avis tout de suite à un médecin. » SF9*

Les sages-femmes échographistes libérales interrogées ne se sentent pas pour autant démunies. Le réseau des CPDPN de la région fonctionne bien et est réactif ce qui est rassurant et confortable. Le manque souligné se situe plutôt d'un point de vue personnel pour celles qui travaillent seules dans leur cabinet. *« Ça c'est ce qui est difficile quand tu es en libéral, toute seule, clairement [mais] j'ai gardé contact avec mes collègues sages-femmes, des amis. » SF10*

IV. ORIENTATION ET ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS

A. L'échographie de référence

L'échographie de référence est le premier recours et l'orientation obligatoire à l'annonce de la découverte d'une image échographique inhabituelle. C'est par cet examen de seconde ligne que le diagnostic sera posé et que les patients rentreront dans un circuit de surveillance. *« Ce sera la médecin que vous allez voir qui va vous prescrire d'autres examens ou qui vous dira telle image c'est telle pathologie. » SF1 ; « On attend l'écho de diagnostic pour confirmer et c'est seulement là après qu'ils auront une information sur le pronostic, la prise en charge. » SF7*

Les couples sont dans l'incertitude pendant les quelques jours séparant les deux examens. *« Ils sont dans l'incertitude pendant plusieurs jours. » SF1 ; « Ils sont de toute façon dans l'attente tant que tu n'as pas un nom, tant que t'as pas un avenir pour le bébé. » SF6*

Le temps séparant les deux rendez-vous est relativement court, ce qui certes génère de l'incertitude mais est aussi un temps pour poser les choses. *« Ils ont une échéance et ils savent que ce jour-là ils auront plus de réponses à leurs questions et en général ça suffit à désamorcer les angoisses. [...] Je leur dis de préparer une liste de questions. » SF7 ; « Je crois qu'il faut un peu de temps pour digérer le truc. » SF10*

B. Autres ressources

Mise à part l'orientation en échographie de référence, les ressources proposées aux couples sont peu nombreuses en échographie de première ligne. La prise en charge et l'orientation des patients se fait à l'échographie de référence une fois le diagnostic posé.

Ce qui est tout de même régulièrement proposé, c'est le suivi psychologique. *« N'hésitez pas à aller voir un psychologue, juste une séance pour pouvoir décharger. » SF1 ; « J'en parle assez systématiquement. » SF7*

Dans le cadre du diagnostic de grossesse arrêtée, plus de choses sont évoquées du fait que le diagnostic soit posé. *« La lecture pour certaines patientes, des bouquins comme « trois mois sous silence » pour le début de grossesse ou des associations quand c'est un peu plus avancé « la petite Emilie », la SPAMA. » SF3 ; « Groupe de parole pour les grossesses arrêtées précocement au premier trimestre. » SF7*

Plusieurs sages-femmes se tiennent à disposition de leurs patientes même une fois orientées. *« Je prends le rendez-vous, [...] je rappelle mes patientes, savoir comment s'est passée l'écho, si elles ont tout compris, j'essaie de rester en lien mais sans être la personne ressource. » SF2 ; « Quel que soit le type d'annonce, je reprends des nouvelles. » SF3 ; « J'essaie de rester disponible même une fois la consultation passée [...] pour répondre aux questions, pour revoir la patiente, si elle a besoin, pour laisser la possibilité d'envoyer un message, un mail. » SF7*

Malgré la mise en garde des professionnels, une des ressources pour les patients est internet. *« Je sais que ce qu'ils font même si on leur déconseille, c'est d'aller sur internet. » SF3* Cette ressource n'est pas un mal en soit mais il serait préférable d'attendre la pose du diagnostic afin de ne pas voir tout et n'importe quoi. *« On trouve dans les réseaux [...] du soutien dans les groupes de paroles de patientes [...] mais il faut d'abord avoir la certitude de ce que c'est. » SF3*

V. FORMATION

A. Formation théorique

L'ensemble des professionnelles a souligné une quantité moindre voire une absence de cours sur l'annonce pendant la formation de sage-femme ainsi que pendant le DU/DIU. « *Pendant le DIU c'est très peu abordé en fait [...] c'était vraiment une toute petite partie du programme .* » SF1 ; « *Rien vraiment rien.* » SF3

Quelques heures sur le sujet dans la formation initiale auraient été utiles selon certaines. « *C'est ce qui manque je trouve [...] 1h, 2h, 3h grand max sur l'annonce.* » SF5

Quelques-unes ont suivi des formations complémentaires en cours d'exercice. « *J'ai refait une formation une fois.* » SF1 ; « *J'ai fait des formations supplémentaires sur comment annoncer.* » SF7

Pour toutes, il apparaissait intéressant de refaire une formation. « *Je referai facilement une ou deux formations sur ma carrière.* » SF1 ; « *C'est important de se mettre à jour [...] si on me proposait quelque chose je dirais oui.* » SF4 ; « *Je suis toujours ouverte à des formations supplémentaires.* » SF9

B. Expérience de sage-femme

L'expérience de sage-femme est vue comme essentielle et formatrice pour la pratique de l'échographie notamment d'un point de vue relationnel. « *Mon expérience de travail en salle d'accouchement ça joue aussi dans tout ça. [...] En tant que sage-femme, on a ce côté-là aussi d'accompagnement et pour le coup, ça nous aide aussi à faire ces annonces-là.* » SF4 ; « *Toute mon expérience en salle d'accouchement, de sage-femme. [...] C'est l'expérience globale du métier de sage-femme.* » SF9 ; « *Mon expérience de sage-femme de terrain, tous les jours me sert.* » SF10

C. Transmission par les pairs

Que ce soit en stages ou en travaillant au DAN, voir d'autres professionnels annoncer forge sa propre façon de faire. *« J'étais scotchée parce qu'elle est restée d'un calme olympique, elle n'a pas du tout tergiversé sur son écho, c'est-à-dire qu'elle a vu, elle a conclu, terminé, basta. » SF2 ; « L'humanité qu'ils ont mis dans l'annonce. » SF3 ; « C'est sur le terrain, c'est sur les stages qu'on apprend [...] on prend ce qu'on a envie de prendre et on laisse ce qu'on veut pas. » SF4 ; « Faire un peu ta cuisine et ta personnalité par rapport à ce que tu vois des autres. » SF5 ; « Quand t'es formée tu copies un peu ce que tu as entendu [...] tu reproduis ça s'est sûr. » SF6 ; « J'ai beaucoup fait de diagnostic anténatal à l'hôpital, on assistait aux entretiens, aux échos de référence [...] j'ai beaucoup appris de la façon dont eux s'y prenait pour expliquer les images anormales [...] j'ai appris comme ça sur le terrain en fait. » SF7 ; « J'ai appris sur le terrain. » SF10*

D. Expérience d'échographiste

Les années de pratiques échographiques constituent également une part de formation personnelle. *« Je suis un peu plus détendue. [...] Aujourd'hui j'utilise de meilleurs mots. » SF1 ; « Je finissais à des heures pas possibles dans des états pas possibles. Ça a duré des années. Et puis je sais pas comment s'est passé mais s'est passé. » SF2 ; « Au bout d'un moment on se sent de plus en plus à l'aise dans la technique, dans l'annonce. » SF3 ; « Ce que je n'aurais jamais fait en tant que jeune sage-femme. Je ne me serais pas sentie à l'aise d'être toute seule. » SF7 ; « Je me sers de mon expérience mais bon tous les jours on apprend mais c'est sûr je suis plus à l'aise oui pour annoncer. » SF9 ; « Je me sens « plus à l'aise » entre guillemets [...] je sais maintenant un peu quels mots utiliser. » SF10*

E. Projets

« Il faut toujours essayer d'aller plus loin, se perfectionner. » SF10

Deux projets ont semblé émerger des entretiens réalisés.

Organiser des retours d'expérience via les congrès pour apprendre de la pratique et des habitudes des autres. *« Faire des tables rondes avec d'autres échographistes. » SF5*

Refaire une formation sur le sujet notamment avec de la simulation. *« Je pense que pour l'annonce, de se voir, [...] d'être analysé en débrief, je pense que ça doit être pas mal. Travailler certains mots ou l'attitude. » SF6 ; « J'aimerais bien des jeux de rôle ou une formation là-dessus. » SF8*

VI. EVOLUTIONS SOCIALES

A. Un essor de demandes

Plusieurs professionnelles ont souligné que les couples ont de plus en plus d'attentes concernant les examens échographiques. *« Les gens sont de plus en plus dans l'attente. » SF1 ; « C'est la société actuelle du tout tout de suite. » SF10*

Les couples perçoivent cet examen comme une rencontre avec leur bébé. *« Ils viennent pour voir leur bébé. » SF6 ; « Ils sont là pour voir leur bébé. » SF7 ; « Ils veulent un bébé parfait sans malformation ça c'est sûr c'est leur attente à tous. » SF8*

Le diagnostic du sexe fœtal précoce est une demande grandissante des patients. *« Il y a des fois elles viennent pour les mauvaises raisons, pour avoir le sexe à 16 semaines par exemple. » SF3 ; « Le sexe ça c'est un truc. » SF4 ; « De plus en plus demande le sexe à l'écho T1. » SF5 ; « Le premier truc c'est le sexe d'abord. » SF6 ; « Ce qui a changé c'est la demande de diagnostic de sexe de plus en plus précoce, ça c'est un vrai souci. » SF7 ; « Cette histoire d'annonce du sexe qui prend des proportions... » SF9*

L'obtention de l'image du bébé en 3D est également un critère pour les parents. *« Ils attendent l'image du profil et la 3D toujours. » SF4 ; « Ils sont beaucoup dans une demande d'écho 3D. » SF5 ; « Après c'est la 3D la demande express. » SF6*

Ces envies et attentes prennent une telle place que certains couples en viennent à remettre en question les compétences de l'échographiste. « *Si on n'a pas fait la 3D [...] c'est parfois pas bien vécu.* » SF4 ; « *Quand vous leur dites que vous n'allez pas pouvoir leur dire, ils ont l'impression que vous n'êtes pas compétente.* » SF7

B. Des divergences

Le rendez-vous d'échographie prend des allures de spectacle, du fait de sa singularité et de la présence d'un écran, seul reflet de l'enfant. « *On est plus maintenant dans un truc spectacle avec tout ce qu'on voit sur internet et c'est assez fou quoi, c'est très américain.* » SF1 ; « *Des fois tu as l'impression c'est le spectacle de cirque. [...] [Ils viennent] au cinéma quoi.* » SF6 ; « *C'est une séance télé.* » SF8 ; « *Ça apparaît toujours un peu comme un spectacle parce qu'on est dans le monde des écrans.* » SF9 ; « *Une séance photo.* » SF10

Quant à elle, la sage-femme effectue un examen médical et engage sa responsabilité. « *J'ai un vrai souci avec le côté il faut filmer et prendre en photo [...] pour des questions de responsabilité médico-légale et de droit à l'image.* » SF7 ; « *On est une profession médicale [...] à partir du moment où je pose ma sonde d'échographie sur le ventre d'une femme, j'engage ma responsabilité d'échographiste.* » SF10

L'échographiste a un cahier des charges à respecter et son objectif n'est pas le même que celui des parents. « *On est là aussi pour dépister la malformation.* » SF5 ; « *Il y a une liste de choses à examiner et les parents ils ne sont pas là pour ça en fait.* » SF7

Les professionnelles expliquaient être obligées de recadrer d'avantage les choses. « *Je suis là pour vous dire si votre bébé est en bonne santé.* » SF1 ; « *On est obligé de remettre le doigt sur à quoi sert initialement l'échographie. [...] Il faut recadrer sur le but premier de l'échographie obstétricale.* » SF7 ; « *Je mets les points sur les i, je leur casse un peu le mythe.* » SF8 ; « *Il faut bien remettre le cadre [...] c'est un examen médical.* » SF9 ; « *Une échographie c'est un examen médical.* » SF10

Ces divergences vis-à-vis de l'examen échographique rendent l'annonce d'un cliché inhabituel d'autant plus difficile. « *[C'est] un coup de tonnerre dans un ciel serein.* » SF3 ; « *Je me suis dit ok on n'est pas sur la même longueur d'ondes. [...] Ils étaient un peu en décalage, [...] loin de penser qu'on pouvait trouver des malformations graves et potentiellement létales.* » SF5 ; « *Les gens ils s'orientent, ils se projettent, [...] c'est l'hécatombe.* » SF6 ; « *A partir du moment où on a dit que ça sortait du cadre ordinaire, pour les parents, il y a un truc qui s'enclenche, mon bébé n'est pas normal et c'est parfois difficile de faire marche arrière.* » SF7

Il y a alors un décalage visible entre le professionnel et le couple. « *C'est le décalage entre le praticien et l'imaginaire de la femme enceinte. C'est normal on le sait.* » SF6 ; « *Il y a une très grande différence entre ce que nous en fait on cherche absolument la malformation, on a envie de passer à côté de rien et eux ils veulent qu'on leur annonce que leur enfant est en pleine santé, en bonne forme.* » SF8 ; « *On est toujours un peu en décalage.* » SF10

DISCUSSION

I. RAPPEL DES PRINCIPAUX RESULTATS

Cette étude a permis de mettre en lumière que l'annonce d'une grossesse inhabituelle n'est ni attendue, ni prévue, ni préparée. Il y a alors nécessité pour la sage-femme échographiste de s'adapter à l'image inhabituelle visualisée, au passé du couple et à leur(s) réaction(s).

Les situations d'annonce sont inconfortables pour le professionnel qui vient rompre le processus d'idéalisation du bébé à naître. Il doit remplir sa responsabilité de dépisteur et informer les parents mais rester dans ses compétences et ne pas poser de diagnostic.

Il existe un décalage entre l'échographiste et les patients, leurs attentes et objectifs de consultation différent. La complexité d'une annonce de grossesse inhabituelle est amplifiée par ces divergences.

Avec l'expérience de la pratique échographique, l'annonce est moins redoutée par les professionnels qui se sentent mieux armés, savent mieux comment procéder, quels mots employer. Il est important de prendre le temps, de faire preuve de douceur, et d'être prévenant dans ces situations.

Une formation durant la carrière d'échographiste serait appréciée ainsi que des temps d'échanges avec d'autres sages-femmes échographistes pour partager, faire des retours d'expériences afin de s'enrichir des pratiques des uns et des autres.

II. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE

A. Forces

La réalisation d'entretiens semi-directifs constitue une des forces de l'étude. En effet, disposer d'un temps d'échange libre et non restreint a permis de recueillir au mieux le ressenti des professionnelles. Par des

questions larges, le recours au récit d'expérience était nécessaire contribuant au mieux à la véracité des propos recueillis.

L'envie et la participation active des sages-femmes ayant répondu ont rendu les échanges emprunts d'authenticité et de pertinence.

L'ensemble des entretiens a été réalisé et analysé par la même personne engendrant une vision cohérente et globale des sujets abordés.

La population de dix sages-femmes interrogées constituait un échantillon varié en termes de type et lieu d'exercice ainsi que d'expériences antérieures.

B. Faiblesses

Cette étude a tout de même présenté des biais lors de sa réalisation.

Premièrement, un biais d'échantillonnage peut être évoqué. L'étude étant qualitative nous n'avons pas pu interroger un grand nombre de professionnels. La taille du panel nécessite une prise en compte prudente des résultats et ne rend pas nos résultats généralisables. De plus, la population d'étude était exclusivement féminine alors que des sages-femmes échographistes hommes pratiquent également.

Deuxièmement, la présence d'un biais de formulation peut être soulevée. Cette étude constituait un premier exercice de réalisation d'entretiens semi-directifs. Malgré l'utilisation de questions ouvertes et larges, l'aisance et la formulation orale de l'enquêteur a pu influencer des réponses dans un sens ou un autre.

Enfin, un biais d'interprétation peut être noté, la relecture des entretiens et leur analyse a été effectué par une seule personne effectuant ce travail pour la première fois.

III. ANALYSE DES PRINCIPAUX RESULTATS

A. L'échographiste, « fabricant de mauvaises nouvelles »

La place de sage-femme au sein du monde échographique est bien encadrée par la loi, son rôle s'arrête à la pratique de l'échographie de dépistage.

Cette place est complexe dans la mesure où le dépisteur est le premier à annoncer, l'échographiste est le « fabricant de la mauvaise nouvelle ; il n'en est pas seulement le messenger » (12). Cela fait de lui un « bouc émissaire » de premier choix. Ce sentiment a été très bien illustré dans notre étude derrière des termes comme être « *l'oiseau de mauvais augure* » SF9.

Il existe un paradoxe pour les sages-femmes échographistes : l'impossibilité de se réjouir de ses performances. Une certaine reconnaissance serait attendue pour avoir rempli sa mission mais le professionnel devient plutôt objet de haine, c'est lui qui vient mettre un terme à l'enfant parfait, idéalisé par les futurs parents (12).

La HAS a répertorié les sentiments ressentis par les professionnels de santé à l'annonce d'une mauvaise nouvelle. On retrouve un sentiment de culpabilité, une peur de ne pas être à la hauteur, de mal faire, un sentiment d'impuissance (14).

Ces sentiments sont ceux retrouvés dans notre étude. La place d'échographiste de première ligne est un rôle complexe. En situation d'annonce, un sentiment d'inconfort, de malaise est ressenti, se traduisant parfois par des signes corporels, un rythme cardiaque augmenté, les mains moites, des bouffées de chaleur...

Une étude menée en 2022 en Île-de-France auprès d'échographistes a conclu que l'annonce d'une anomalie fœtale est un exercice difficile qui a un impact sur le vécu et l'attitude des professionnels. Les résultats de cette étude mettaient en évidence un ressenti très inconfortable des échographistes lors de la découverte d'une anomalie (15).

Cette étude de 2022 a aussi mis en avant une ambivalence ressentie par les échographistes dépisteurs lors des annonces de grossesses inhabituelles. Les professionnels sont tiraillés entre satisfaction de ne pas être passés à côté d'une particularité et compassion profonde pour les patients.

Ce sentiment d'ambivalence est également ressorti dans notre étude. « *Tu te sens comme un chercheur d'or qui cherche de l'or et à la fois tu espères ne pas trouver d'or. [...] Quand tu trouves une pathologie, [...] t'as une sorte de satisfaction et à la fois t'es hyper triste pour les gens.* » SF1

B. Il n'y a pas de « bonnes manières » d'annoncer

Il y a d'abord un premier temps, qui précède l'annonce, où l'échographiste n'a encore rien exprimé de ses constatations, il est le seul à savoir (12).

« *Les gens sont dans leur bulle de bonheur et en fait, on a ce moment [...] où on continue l'échographie parce qu'il faut qu'on finisse notre examen avant d'annoncer et où ils se doutent de rien en fait.* » SF9

C'est l'unique instant dont le professionnel dispose pour poser ses idées avant de les verbaliser au couple. Ce temps est compté et relativement court car la patiente, le couple sont à l'affût de la moindre expression non-verbale suspecte.

En effet, on sait que les femmes, au moment de l'échographie « voient ce que l'on ne dit pas et entendent ce que l'on ne prononce pas » (16). Là n'est pas l'intention de l'échographiste mais malgré lui l'atmosphère du cabinet est modifiée. Il est alors nécessaire de ne pas faire durer ce moment de flottement tout en contrôlant quand même ce qui va être dit.

Luc Gourand dans son ouvrage sur l'échographie obstétricale le dit bien, « Les mots, les silences, les gestes doivent tous être mesurés. Le contrôle du jargon ne suffit pas. Même une phrase simple, bien intentionnée, peut tomber de travers et avoir un effet dévastateur » (12).

Malgré tous ces paramètres à prendre en compte et mesurer, il n'y a pas une bonne manière de faire pour annoncer. Cependant « il y en a de moins mauvaises que d'autres » (1).

La HAS, dans ses préconisations concernant l'annonce d'une mauvaise nouvelle en médecine, donne trois clés comme ligne de conduite : prendre le temps, mettre en œuvre une écoute active et choisir les mots employés (14). Ces préconisations aideraient à mettre en œuvre un accompagnement permettant au couple de continuer à vivre et à penser pour faire face au mieux à la suite des événements (1).

Ces points-clés paraissent connus des professionnels qui font en sorte de les appliquer. Les sages-femmes interrogées n'hésitent pas à déborder du créneau de consultation et restent disponibles pour les patients dans la suite de leur prise en charge. L'écoute active va de soi et est un concept mis en application dès que possible. *« J'essaie d'être à l'écoute un maximum. » SF1 ; « Rester disponible [...] et les écouter. » SF3*

Pour les échographistes, ces consultations d'annonce prennent du temps, de l'énergie. Elles ne sont que peu valorisées mais *« font le creuset de leur art médical où la connaissance n'est rien sans la communication et le lien »* (1).

Communiquer est essentiel lors de tout examen échographique, les sages-femmes ont expliqué parler pour conduire les consultations afin de créer une relation et rendre plus concret un examen médical technique. La communication demeure un élément primordial quand la consultation d'échographie de « routine » devient consultation d'annonce.

Cette relation de confiance entre le soignant et la patiente est renforcée en partie par la qualité de l'annonce mais aussi par l'accompagnement, la rigueur et l'humanité du soignant. Telle était la conclusion de l'étude menée en 2022 et précédemment citée (15).

Dans cette relation soignant/patient, l'échographiste a un double engagement, à la fois un engagement scientifique et un engagement moral. Il se doit de mobiliser ses compétences techniques et médicales pour répondre à la demande de soin tout en faisant appel à ses compétences relationnelles pour garder la dimension humaine de la relation de soin (17). *« Redevenir plus dans le côté humain que dans le côté technique, la technique ils en auront bien après tout ce qui suivra. » SF1*

On peut aussi dire qu'il n'y a pas une unique bonne manière de procéder dans la mesure où les réactions des patients sont multiples, ils ont chacun leur histoire de vie. Il apparaît alors essentiel de s'adapter à chaque nouvelle situation d'annonce, à chaque réaction de patient. Cette nécessité constante d'adaptation participe à l'inconfort ressenti par les professionnels annonçant la présence de clichés inhabituels.

En tant qu'échographiste, il est tentant de vouloir projeter, imaginer comment les patients vont réagir pour anticiper d'éventuelles réactions. Il est important de se redire que le degré de sévérité d'une anomalie n'est pas toujours en lien avec l'intensité des réactions parentales (17). « *Toute femme est différente, toute femme a quelque chose à nous apporter, à nous apprendre.* » SF3

Une des hypothèses formulées en début d'étude stipulait l'existence de degrés de complexité d'annonce. Après analyse des différents propos, nous pouvons remarquer que ce n'est pas tant le type de l'annonce qui constitue une complexité mais plutôt la réaction de la patiente, du couple. Quel que soit l'annonce faite, elle vient détruire l'imaginaire parental. C'est dans ces situations où l'échographiste, avec son point de vue médical, pourrait s'attendre à un type de réaction qui finalement va être tout autre, que l'on perçoit le décalage qui existe entre échographiste et patients.

C. L'échographie, « outil à double tranchant »

L'échographie prénatale vient confronter une démarche objectivante et un imaginaire : La démarche des médecins n'est pas identique à celle des futurs parents (12).

Cet examen peut être vu comme un outil « à double tranchant » : La consultation est abordée par un prisme différent que l'on soit l'échographiste ou le couple patient (1). En effet, le praticien est dans un esprit constant de suspicion tandis que le couple est dans la révélation (10).

Notre étude a montré que les professionnels ont conscience de ces divergences et y sont confrontés tous les jours.

Du côté de l'échographiste, le cahier des charges, les images requises à chaque examen se font de plus en plus nombreuses dans un but de perfectionnement et de dépistage toujours plus précoce (6). De l'autre côté, les couples, par l'examen échographique, viennent rencontrer leur bébé. Les consultations semblent prendre des allures de spectacle et l'essor des réseaux sociaux ne fait qu'amplifier les demandes de l'ordre du superflu pour le professionnel mais essentielles pour les futurs parents. Avoir l'image de leur bébé en 3D le rend concret et réel.

Ces discordances rendent l'annonce d'autant plus rude, elle vient faire irruption avec violence dans le domaine du rêve et de l'imaginaire. L'enfant imaginé depuis le début de la grossesse vient entrer en conflit avec le fœtus, réel seulement pour le médecin (12).

L'image échographique donne à l'enfant une réalité physique qui marque les représentations construites pendant la grossesse. Les projections maternelles se trouvent ébranlées par l'idée que ce bébé puisse être différent (18).

D. Formation et expériences, des facilitateurs

Notre étude a souligné que l'expérience et les formations sont des facteurs importants et facilitateurs dans les moments d'annonce.

L'apprentissage auprès d'autres professionnels plus expérimentés permet de forger sa propre manière de faire et participe à une meilleure réalisation de l'annonce. En effet, avoir vu des pairs annoncer, pouvoir observer les réactions à la fois du couple et du professionnel constituent un élément majeur de formation.

L'expérience de sage-femme, notamment en salle de naissance, est également formatrice d'un point de vue relationnel. Instaurer un climat de confiance, créer une relation de soin, prendre en charge avec douceur et bienveillance sont des points clés lors d'annonces de grossesse inhabituelle et sont des compétences forgées par cette expérience de sage-femme.

Enfin, l'expérience d'échographiste permet aux professionnels de se sentir davantage « à l'aise » pour annoncer la présence de clichés inhabituels. Avoir

rencontré différentes situations, avoir été confronté à différentes réactions de patients façonnent une manière de faire qui se doit d'être perpétuellement questionnée afin de continuer à faire preuve d'adaptabilité dans toute circonstance.

L'annonce est un perpétuel apprentissage car aucune situation n'est complètement identique. Les outils mis en place au fur et à mesure de la pratique font que ces moments sont moins appréhendés.

Le concept de « fatigue compassionnelle » décrit depuis peu en sciences infirmières et en psychothérapie comme une « conséquence négative du contact prolongé avec la souffrance d'autrui » (19) est une réponse au stress professionnel considérée comme un « coût des soins » (20) qui pourrait s'appliquer aux échographistes. La demande constante d'adaptation et l'exposition à la tristesse engendrée par l'examen échographique exposent les professionnels à un épuisement.

La deuxième hypothèse d'étude concernant l'existence de disparité dans le ressenti des professionnels peut être validée. En effet, une même situation sera vécue différemment par l'un ou l'autre échographiste. Cela prend en compte sa propre expérience de vie, son expérience professionnelle en tant que sage-femme mais aussi en tant qu'échographiste. La personnalité est difficilement interrogeable d'un point de vue éthique mais rentre en jeu dans la prise en charge des couples. C'est de ce constat que naissent des initiatives d'organismes de formations tels que *OrCadre* qui forme à d'autres approches relationnelles (21).

Les professionnelles interrogées pour notre étude ont toutes évoqué un manque de formation. Cette conclusion était également retrouvée dans l'étude menée en Ile-de-France : La majorité ont déclaré ressentir un manque de formation initiale durant leurs études de médecine ou de maïeutique sur l'annonce d'une mauvaise nouvelle (15).

Une autre étude menée en région Rhône-Alpes en 2022 et portant sur le vécu des échographistes face à la découverte d'anomalies fœtales, concluait que la simulation relationnelle et les stages sont des expériences concrètes, formatrices pour les échographistes (22).

Le désir de formation est présent dans les résultats de notre étude à l'image de ceux retrouvés dans une étude menée en Pays-de-la-Loire en 2024 auprès de professionnels annonçant un diagnostic de trisomie 21. La mise en place de consultations simulées pourrait être envisagée dans un objectif de formation continue et d'amélioration des pratiques (23).

IV. PERSPECTIVES

Parmi les perspectives, on pourrait envisager des propositions de formations continues des échographistes sur cette thématique de l'annonce. En effet, organiser une formation avec des modules de simulation afin de réfléchir aux mots à employer, à la posture à adopter paraîtrait intéressant. Cette formation pourrait être intégrée dans la formation initiale d'échographiste afin d'avoir réfléchi en amont aux questions de l'annonce avant d'y être confronté.

La réalisation de groupes d'échanges avec d'autres professionnels effectuant de l'échographie de dépistage dans un but de partage de pratiques, de retour d'expériences paraît également envisageable. Ces groupes seraient l'occasion de rencontrer les collègues faisant partie du même CPDPN mais pourraient aussi être élargis pour s'enrichir des pratiques d'autres centres. Ces échanges ont déjà lieu de manière informelle lors des réunions hebdomadaires des CPDPN ou lors des journées annuelles qu'ils organisent. Cependant, formaliser ces temps d'échanges pourrait être une manière de toucher un plus grand nombre de professionnels et de prendre vraiment le temps nécessaire et propice à la discussion.

Dans un objectif d'amélioration de notre étude, il pourrait être intéressant d'interroger les patients, les couples ayant été confrontés à l'annonce d'une grossesse inhabituelle. Nous avons pu voir à travers notre étude qu'il existe des points d'attention pour améliorer l'annonce, confronter ces conclusions-là au vécu des patients permettraient de les étayer.

Toujours dans cet objectif, il pourrait être judicieux de questionner les médecins échographistes réalisant des échographies de dépistage, mais aussi de diagnostic, sur leur vécu de l'annonce de grossesse inhabituelle. Cela

permettrait de relever les similitudes et différences de procédés et d'envisager une comparaison des cursus initiaux qui ont un impact potentiel sur la façon de procéder.

Enfin, sur un autre point, il pourrait également être envisagé d'interroger les patients et professionnels sur le consentement en échographie. Ce que les couples en comprennent et en gardent est probablement différent du point de vue de l'échographiste, ce qui constitue un autre point probable de divergences dans la relation de soin en échographie.

CONCLUSION

Notre étude s'intéressait à l'expérience des sages-femmes échographistes confrontées à l'annonce de grossesse inhabituelle.

L'objectif était de recueillir le vécu des professionnels vis-à-vis de ces situations ainsi que de questionner les stratégies mises en place pour mener à bien l'accompagnement des couples.

Cette étude a permis de mettre en évidence un inconfort ressenti dans les moments d'annonce par les professionnels réalisant des échographies de dépistage.

Bien que certaines réactions de patients soient similaires, il existe autant de façons de réagir à une annonce qu'il existe de couples de futurs parents. Les sages-femmes échographistes doivent faire preuve d'adaptabilité pour accompagner avec douceur et bienveillance chaque individu.

Les sages-femmes réalisant des échographies sont des professionnels de première ligne jouant un rôle de dépisteur. Le dépisteur ne doit pas poser de diagnostic et doit orienter. Cette position complexifie l'annonce, les patients ne faisant que peu de différence entre l'examen de dépistage et l'échographie de référence.

De plus, l'examen échographique n'est pas vu de la même façon par le professionnel médical et par les patients, ce qui vient également compliquer l'annonce.

Enfin, l'importance de l'apprentissage par les pairs et par l'expérience de sage-femme et d'échographiste a pu être soulevée. Cet apprentissage permet la formation des professionnels et forge leurs pratiques actuelles.

ANNEXES

1) Annexe 1 – Guide d’entretien

Introduction – présentation – définitions

Présentation rapide du mémoire, le contexte, les objectifs... : Remercier pour le temps d’entretien accordé. Rappeler la question de recherche. Rappeler les conditions de l’entretien (anonymat, pas de mauvaises réponses...). Accord pour l’enregistrement.

Présentation rapide du professionnel : Année diplôme d’état – année diplôme écho – mode d’exercice (hospitalier, libéral, mixte...) – lieu d’exercice et territoire (campagne/ville) – nombre d’années d’exercice en écho (avec fourchette d’années) (exercice à la suite du diplôme ou non) – exercice avec d’autres SF ? (SFlib, SF ou médecin écho...)

Poser le sujet : Faire définir la grossesse « inhabituelle » : *Que mettez-vous derrière ce terme ?*

Compléter la définition choisie dans le cadre du mémoire : *Pour ce mémoire, il a été décidé de définir la grossesse « inhabituelle » comme toute grossesse qui n’est pas une grossesse intra-utérine, évolutive, singleton, de développement normal.* Faire lister les grossesses inhabituelles rencontrées

1er thème : déroulement « type » des situations d’annonces vécues en échographie – Récit d’une annonce marquante

D’après cette définition : Faire raconter une situation vécue. *A la suite de ces définitions, pouvez-vous me raconter une situation d’annonce de grossesse inhabituelle ? (Celle qui vous vient spontanément à la suite de cette définition)*

Nature de cette annonce – femme accompagnée ou non et par qui, annonce au co-parent le cas échéant – processus d’annonce (sur le moment ou fin de consultation) – mots employés – annonce « facile » ? – ressenti (émotions, mise à distance...) – solutions proposées à la femme/couple

Remercier pour ce récit confié. *Vous êtes-vous senti suffisamment « armés » pour annoncer puis pour répondre à la réaction du couple ? Avez-vous un processus d’annonce qui est sensiblement le même dans chaque situation d’annonce ? (Organisation/déroulement de l’examen/cs, annonce à l’image écho ou en fin de consultation, phrases types, mots/gestes posés...) Diriez-vous que vous avez une certaine « routine » dans ces situations d’annonce ? Avez-vous des « outils » type en fonction de la nature de l’annonce ?*

2ème thème : Différentes réactions, moyens d’adaptation

DIFFERENTES REACTIONS

- Des couples

Avez-vous remarqué différentes catégories de réactions ? Y-a-t-il des réactions « types » ? Pourriez-vous « classer » les différentes réactions, attitudes des couples/femme/co-parent confrontés à une annonce d’une grossesse « inhabituelle » ?

- Du professionnel

Comment vous adaptez-vous à ces différentes réactions ? Qu’avez-vous mis en place ? Continuez-vous l’examen jusqu’au bout ou annoncez-vous d’emblée à la patiente ce qu’il y a à annoncer ?

Avez-vous des gestes, éléments de langages corporels qui vous caractérisent dans ces moments d’annonces ?

Par quel(s) sentiment(s) êtes-vous traversé(e) ? Est-ce aisé d'adapter son discours au couple en face de soi ? Est-ce que c'est parfois plus difficile que d'autres ? pourquoi ? À quoi pensez-vous que c'est lié ?

3ème thème : clôture de la consultation, orientation, informations, accompagnement ...

Comment prend fin votre consultation ? Par quelles phrases/mots clôturez-vous l'entretien ?

Informez-vous le couple du pronostic attendu ? De la suite de la prise en charge ?

Quels sont vos recours pour les couples ? pour vous ? comment faites-vous le lien avec les professionnels qui suivent déjà la patiente ? mettez-vous d'autres intervenants dans la boucle de prise en charge ? Quels outils proposer vous pour un accueil optimal ?

4ème thème : évolution, formation, attentes des couples

Avez-vous eu pendant vos études, votre DU des cours, mises en situation, simulation d'annonce ?

Aviez-vous déjà vu des pairs annoncer avant d'être vous-même confrontés à l'annonce ? (Pendant les études, dans votre vie professionnelle...)

Quelle est la place dans la formation (de sage-femme puis d'échographiste) de l'apprentissage de la gestion de ces situations ?

Est-ce que certaines situations vous ont amené à changer votre manière de faire ? Avez-vous remarqué une évolution dans votre pratique depuis le début de votre exercice ?

Avez-vous déjà bénéficié de formations complémentaires sur le sujet de l'annonce ?

Avez-vous remarqué une évolution de l'attente des couples depuis que vous exercez ? leur rapport à l'examen échographique a-t-il évolué ? (Changements sociétaux, essor de multiples moyens d'informations)

Avec la précision des nouveaux échographes, la fréquence de l'annonce de quelque chose d'inhabituel a-t-elle augmentée ?

Ouverture : Dans la continuité de ce que vous venez de m'exposer et pour conclure, y-a-t-il des choses que vous aimeriez mettre en place pour faire évoluer votre pratique ?

Remercier pour le temps accordé.

2) Annexe 2 – Mail d’information

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de mon mémoire de fin d’études de sage-femme, je suis à la recherche de professionnel(le)s sages-femmes exerçant en tant qu’échographistes.

En effet, l’objectif de mon travail est de recueillir votre expérience d’échographiste vis-à-vis de l’annonce d’une grossesse inhabituelle au décours d’un examen échographique.

Ce projet vise à réaliser des entretiens d’une vingtaine de minutes, votre participation à ce projet est volontaire. Si vous êtes intéressé(e)s par mon travail et que vous avez un peu de temps à me consacrer, il vous suffit de me contacter par mail ou par téléphone, je serai heureuse de convenir d’un moment d’échange.

Soyez assuré(e) que votre participation est précieuse. Je vous remercie par avance.

Salomé, étudiante sage-femme à l’école d’Angers
boisseausalome@gmail.com – [06.07.53.52.61](tel:06.07.53.52.61)

3) Annexe 3 – Exemples d’entretiens

Anonymat : SF3, 3^{ème} sage-femme interrogée

Interviewer : Salomé BOISSEAU, étudiante sage-femme

Lieu : Cabinet libéral de la sage-femme

Date de l’entretien : 09 octobre 2026, 13h00

Durée : 50 minutes

On est ici pour discuter de votre pratique et le titre de mon mémoire c’est "Expérience de sage-femme échographiste lors de l'annonce d'une grossesse inhabituelle en échographie obstétricale anténatale" et donc ma question de recherche c'est questionner l'expérience de vous professionnels et l'expérience que vous avez de ces annonces de grossesse inhabituelles.

Quand on vous dit "grossesse inhabituelle" nous c'est un terme qu'on a pas, enfin qui n'a pas de définition donc on a donné une définition pour ce mémoire mais avant que je vous donne ma définition, qu'est-ce que vous ça vous évoque?

Alors c'est rigolo parce que tout de suite quand tu en as parlé, j'ai à la fois la notion de grossesse molaire, grossesse extra-utérine, grossesse arrêtée parce que fausse couche je trouve ça absolument affreux et ça nie la souffrance des femmes, donc grossesse arrêtée, quel que soit le terme. Bien sûr après on est sur les morts fœtales et puis dans les termes plus avancés, deuxième, troisième trimestre, tout ce qui peut sortir de l'ordinaire parce que pour les couples, tout ce qu'on dit comme étant pas tout à fait comme d'habitude est considéré comme inhabituel. Ça peut être une résistance utérine augmentée, en disant même si on a dit qu'on n'était qu'à 22 et que ça arrivait, qu'il fallait contrôler, on est déjà dans un niveau de stress absolu. Donc à mon sens ça passe déjà dans l'inhabituel, même si pour nous la définition est plus large.

Moins « grave » peut-être ?

Exactement.

Du coup nous on a défini la grossesse inhabituelle comme toute grossesse qui n'est pas une grossesse intra-utérine, évolutive, singleton et de développement normal du fœtus et des annexes. Est-ce que là ça vous fait lister d'autres choses?

Pas trop, par contre ça m'a fait marrer parce que j'ai pas du tout pensé aux grossesses gémellaires comme inhabituel, c'est amusant ! [rires] Ok, pardon.

Non mais c'est intéressant parce que c'est une annonce alors que nous on pourrait classer moins grave que d'autres mais en fait pour un couple de dire qu'il y en a deux alors qu'on ne sait pas.

Tu as tout à fait raison, peut-être que moi je banalise, après peut-être que c'est aussi la seule grossesse vraiment mal perçue finalement, c'était une tripléte et c'était un couple qui se lançait pour un troisième bébé, en fait ils attendaient le troisième, quatrième, cinquième, mais sur les annonces de gémellaires, alors bien sûr t'as raison, en termes de pourcentage c'est inhabituel, mais j'ai toujours eu des couples qui après un moment de : « Comment ça il y en a deux pour de vrai ? », le vivaient plutôt super bien, donc je pense que c'est peut-être pour ça aussi que mon cerveau a mis ça de côté, mais oui.

Est-ce que vous auriez envie de raconter une situation d'annonce qui vous a marqué, quel que soit le type de l'annonce, mais qui vous a marqué de par la réaction des gens ou votre réaction à vous ?

Une seule, c'est hyper dur. Non, choisir une ça serait trop compliqué, enfin moi je trouve ça trop compliqué.

Et donc si on parle de la globalité de ce que vous avez listé et d'autres, est-ce que vous vous avez des outils que vous mettez en place pour annoncer ? Est-ce qu'il y a des mots, des gestes que vous posez qui sont caractéristiques de ben il faut annoncer quelque chose, voilà qu'est-ce que vous mettez en place pour faire cette annonce?

Alors je vais parler un tout petit peu d'un moment de ma vie, pas perso, mais de sage-femme pour que tu comprennes, enfin j'ai complètement un rapport avec ta question. Pendant un certain temps, j'ai été sage-femme de diagnostic anténatal, donc évidemment vers moi arrivaient toutes les patientes pour lesquelles on avait mis une étiquette de grossesse qui sortait de l'ordinaire, inhabituelle, sauf quand c'était vraiment pas évolutif, mais en tout cas avec des annonces plus ou moins douloureuses et difficiles, etc. Et cette expérience, plus le fait que j'ai décidé, quand j'ai passé mon mémoire de diagnostic anténatal, de faire comme sujet le vécu des couples, du parcours de diagnostic anténatal, l'attente entre l'annonce et le rendez-vous de diagnostic anténatal, etc. Il y a plusieurs choses qui m'ont marquée, qui m'ont fait cheminer ou je ne sais pas comment l'exprimer mieux que ça, c'est que le temps pour les parents n'est pas le même temps que pour nous. Donc je leur dis que j'ai bien conscience que le fait d'attendre un retour de l'hôpital ça va être certainement quelque chose de très douloureux pour eux, que ça va leur sembler une éternité même si finalement ils vont appeler le lendemain ou le jour même, mais pour un rendez-vous dans trois jours, quatre jours, une semaine, et qu'en même temps ce temps il faut qu'ils arrivent, enfin il faudrait dans l'absolu qu'ils arrivent à le mettre à profit pour profiter des choses simples. Ça c'est la première chose. La deuxième chose, je leur dis que je vais mettre très peu de mots sur ce que j'ai vu, parce que souvent les premiers mots qu'on dit c'est ceux qui restent dans la tête des parents, et que sur le long terme c'est peut-être pas une bonne chose, même si là tout de suite ils ressentent le besoin d'en savoir plus, de poser un milliard de questions etc, que j'irais peut-être à l'encontre de leur de l'évolution et de la compréhension des choses, si je leur en dis trop sur le coup, et qu'il vaut mieux justement que je limite mes propos. Et de temps en temps c'est extrêmement mal vécu, mais la plupart du temps je trouve qu'ils en sont plutôt reconnaissants à posteriori. Peut-être que sur le coup, ils ne me disent rien et qu'ils me détestent. Par contre, quand je les revois à distance, quelle que soit l'issue de la grossesse, ce sont des choses sur lesquelles ils reviennent tous. Voilà. Une troisième chose, mais ça je pense que c'est pas spécifique à moi, mais c'est là aussi dans leur vécu, Ils me disent que bien que ce que je leur annonce soit parfois absolument horrible, et comme on dit, un coup de tonnerre dans le ciel serein, je l'ai fait avec suffisamment de douceur pour que ça ne soit pas la double peine. Et ça aussi, j'étais en stage d'échographie quand j'étais à l'école de sages-femmes, on avait une semaine d'observation d'écho. Je suis allée dans un endroit avec un homme qui était absolument abject avec ses patientes, avec moi aussi évidemment, mais moi j'étais la dernière personne, enfin voilà, c'était pas important qu'il le soit avec moi, c'était... je m'en foutais quoi. Mais par contre je l'ai vu faire des annonces de grossesse arrêtées absolument horribles, en traitant les patientes comme un bout de viande qui de toute façon n'était bonne qu'à reproduire l'espèce et que donc c'est pas grave, elle en ferait un autre. Et ce jour-là je me suis dit "je ne ferai jamais d'échographie de toute ma vie". Bon ben c'est un peu raté en fait, je fais ça presque tout le reste, mais je me suis dit que je serai jamais comme ça. Donc mon vécu est dur, aussi dur que les patientes, mais c'est elles qui souffrent, enfin les patientes et le couple, mais c'est elles qui souffrent le plus. On voit souvent quand même une différence entre la maman puisqu'elle porte et le papa, même si je ne dis pas qu'il le vit bien, loin de là. Mais il y a souvent, pas un fossé, mais une petite marche entre les deux qu'ils ont du mal parfois à passer. Et on m'a toujours dit qu'il ne fallait pas s'impliquer trop, qu'il fallait rester à une distance de professionnel etc. Alors je garde le côté professionnel, mais si je suis aussi triste qu'eux, prive pas de le dire, si je pleure, je pleure avec eux, et s'il y a des bonnes nouvelles derrière et que je pleure de joie avec eux, je pleure de joie avec eux, et je ne m'interdis pas de le vivre, pas comme eux, parce que je ne peux pas le vivre comme eux, on est d'accord, mais de le vivre avec une intensité. Alors oui je suis une sage-femme échographiste, je suis une professionnelle etc, mais je suis un être humain avant tout, et ça, potentiellement ça fait partie de moi, parce qu'elles me font la remarque de temps en temps, dans le bon sens du terme, mais c'est un des trucs qui ressort. Pardon, j'espère que j'ai pas trop.

Non c'est bien, c'est le but aussi de me faire dire. Est-ce que vous avez remarqué différentes façons de réagir de la part des couples et des patientes. Est-ce qu'il y a vraiment des choses typiques?

Alors on dit souvent qu'il y a la sidération, ça, ça marche effectivement à peu près 99,999% des cas, quel que soit le type d'annonce. Je parle aussi bien d'une grossesse arrêtée à 6 semaines que d'une mort fœtale à 39 semaines d'aménorrhée. Donc la sidération, ça se voit chez tout le monde, alors après une sidération plus ou moins visibles sur leur visage, dans leur propos ou leur absence de propos justement, où tout d'un coup il n'y a plus rien. Ça se sent déjà dans l'échographie parce que moi je parle quand je fais de l'écho, je leur parle, je leur dis ce que je regarde, beaucoup, je leur explique que je vais scanner leur bébé des pieds à la tête et que, ne nous leurrions pas, je cherche des choses pas très sympathiques. Il y en a beaucoup qui en ont conscience d'ailleurs, je trouve de plus en plus. Avant, j'ai l'impression, c'était il y a deux siècles, alors que c'était que le siècle dernier. Ils venaient juste pour avoir des photos, voilà, pour les bonnes nouvelles. J'ai l'impression que de plus en plus, il y a quand même dans un coin de leur tête, enfin dans un coin de leur tête, ils expriment plus en tout cas, le fait qu'ils savent qu'il y a des enjeux dans l'échographie. Donc une fois que c'est mis à plat, il suffit que. Je sais que les silences sont très douloureux pour les patients qui pensent qu'on a vu un truc bizarre, ou quand on a vu un truc bizarre, c'est vrai qu'en général on focus un peu dessus. Et donc je leur dis qu'il y a des fois je me tairai parce que je suis plus

concentrée, parce que c'est plus difficile, J'essaie de leur dire "Bah là c'est la misère, bébé il se cache, je vois rien, donc je vais tellement me concentrer que je vais oublier que vous êtes là". Et puis sinon, je leur dis que, effectivement, j'ai vu quelque chose de pas tout à fait comme d'habitude, donc j'ai bien senti qu'ils l'avaient senti, parce que l'électricité dans la pièce, elle augmente d'un niveau, donc il ne faut pas les prendre pour des débiles. Mais que tant que j'ai pas regardé tout, je leur en dirai pas plus, parce que ça serait mettre la charrue avant les bœufs, et la seule fois où je l'ai pas fait, c'est parce que le couple, la patiente était, est, sage-femme, et que je me suis dit que non seulement elle avait senti, mais qu'elle avait dû voir, quand j'ai posé ma sonde, que c'était déjà la cata, et donc je lui ai dit qu'effectivement, il y avait des choses qui n'allaient pas, que j'allais lui en dire un peu plus après, mais que je pouvais déjà lui dire qu'il n'y avait pas beaucoup de liquide et pas beaucoup de souci, parce que je savais que je n'irais pas dans le bon sens dans les découvertes. et qu'elle avait certainement déjà tiqué sur deux ou trois choses, même si elle était maman avant tout et que je fais tout comme. Mais voilà, il y a des fois, il faut savoir ne pas. Enfin, tous les couples sont différents, donc il faut savoir s'adapter aussi à qui on a en face de soi. Donc la sidération, c'est sûr. J'ai pas trop eu la colère, le déni, Sauf chez un couple, il y a longtemps, qui a continué à être dans le déni après la naissance de l'enfant, où on est arrivé à des procédures judiciaires parce qu'il voulait qu'on fasse de l'acharnement thérapeutique, etc. Mais sinon la colère, en tout cas pas directement, mais c'est vrai que normalement c'est un peu plus tard. Des gens qui étaient tellement en panique, je me souviens d'un couple avec une anomalie de fermeture du tube neural, je leur ai dit que j'envoyais rapidement, genre le jeudi, et ils avaient rendez-vous le lundi, et ils sont quand même allés aux urgences 4 heures après même. Parce que ça leur semblait trop loin, trop long, je leur avais dit qu'ils ne pouvaient rien faire de plus, mais pour eux c'était c'était impensable qu'après que je leur ai annoncé, parce que j'avais quand même parlé d'anomalie de la colonne, parce que là, on ne peut pas faire genre, voilà, il y a une anomalie de fermeture de la colonne. Et donc pour eux, peut-être qu'en allant aux urgences, on allait pouvoir faire plus vite. C'est les seuls. Je me souviens que c'était pas du déni, c'était une impatience, une peur, mais c'est pas le plus courant. Et bien sûr, tous ça leur paraît très long, même si ce n'est pas très long, et c'est les seuls qui ont été dans une démarche complètement d'immédiateté, ce n'est même pas pour interrompre la grossesse, c'était "on veut en savoir plus maintenant quoi, on ne tiendra pas 4 jours, c'est trop violent pour nous".

Et pour ces couples-là, quels sont vos recours ? Est-ce que, il y a sans doute l'échographie de référence, mais est-ce que d'un point de vue psychologique vous avez des choses à leur proposer ? Est-ce que vous avez d'autres recours ?

Quand juste, enfin juste, c'est horrible ce que je vais dire, mais non mais c'est affreux, j'en ai bien conscience, mais en fait ça dépend de. Donc pas juste, tu l'oublies, c'est important parce que ça me fait réfléchir aussi, mais en fait ça va vraiment dépendre de ce que j'annonce sur les grossesses arrêtées, ça va dépendre de si c'est la première, la septième, quand c'est une patiente. de ce que je vois, est-ce que c'est hyper précoce ? Est-ce que c'est à 10 semaines et que j'ai l'impression qu'il y avait un truc un peu bizarroïde ? L'écho de référence peut être, tu as tout à fait raison, une des clés. Après, il y a la lecture pour certaines patientes, des bouquins comme "Trois mois sous silence" pour le début de la grossesse, ou des associations quand c'est un peu plus avancé, la Petite Emilie, la SPAMA. Je pense qu'il y a de plus en plus de ressources, ce que je sais qu'ils font, même si on leur déconseille, c'est d'aller sur internet, et en même temps qu'est-ce qu'on peut leur dire ? N'allez pas voir ce que je vous ai dit, vous allez voir tout et n'importe quoi, mais peut-être que dans le tout et n'importe quoi, il y a effectivement ce que leur bébé a, donc je leur dis que s'ils y arrivent, de ne pas y aller ou de ne pas aller sur les groupes de parole, tant qu'ils ne savent pas exactement ce que c'est parce que sinon c'est plus anxiogène qu'autre chose, mais qu'après, effectivement, on trouve dans les réseaux, je ne suis pas complètement non plus anti-réseau, c'est pas ce que je suis en train de dire, qu'on trouve du soutien dans des groupes de parole de patientes qui sont passées par le même chemin qu'eux, qui ont vécu les mêmes souffrances qu'eux et que parfois ça fait du bien parce qu'on a l'impression que ça nous tombe à nous sur le coin de la tête, qu'on n'est pas tout seul face à ça et qu'on peut échanger et que et que ça fait du bien, mais qu'il faut d'abord avoir la certitude de ce que c'est, parce que sinon on part dans tous les sens et ça rajoute du stress au stress, enfin plutôt qu'autre chose. Et j'ai l'impression que pour la plupart, ou alors ils me disent, je suis quand même allée regarder sur internet, j'ai vu ça, ça, ça, ça n'a pas l'air très bien parti. Bah ouais mais bon. Donc là, bien évidemment psychologue, Et puis, quel que soit le type d'annonce, je reprends des nouvelles, moi, je leur dis ce qui va se passer, plus ou moins, en fonction du terme, toujours, et je leur dis, si vous voulez, je vous recontacte dans quelques jours pour qu'on puisse rediscuter un peu moins dans le, pas dans le feu de l'action, mais là on vient de poser les mots, et plus ou moins le diagnostic, si c'est une grossesse arrêtée à 8 semaines, bon bah c'est une grossesse arrêtée à 8 semaines. Ça ne veut pas dire qu'elle ne va pas souffrir, la patiente, ou pas d'ailleurs, il y a des patientes qui disent "bon, ça arrive, ok". Donc rester disponible, et puis leur faire confiance et les écouter. Voilà.

Donc vous voulez les informer du pronostic attendu ? ou pas toujours ?

Bah ouais. Il y a des fois, c'est évident que ça va vraiment être catastrophique. Donc je leur dis que je n'ai pas tous les éléments, qu'il va falloir aller chercher des choses qu'on est en échographie de dépistage, ce que je leur explique déjà la première fois qu'on voit, que les échographies de diagnostic, c'est plus spécialisé, qu'on va aller voir des choses que moi je n'ai pas été voir. Donc on va peut-être retirer des choses de la liste de ce que j'ai vu, mais on va peut-être en ajouter, qui vont aller plus ou moins dans le bon sens. Et puis quand c'est vraiment mal parti, je leur dis que je ne leur cache pas que comme ça, spontanément, ça ne semble pas très encourageant comme situation, mais quand j'ai vu une patiente, franchement, l'écho n'était vraiment pas bonne, et en même temps, j'étais incapable de mettre des mots sur ce que je. enfin si, des mots si : artère utérine machin, doppler ombilical bidule, ça c'est pas ce que je veux dire, mais d'avoir spontanément, enfin si j'ai pensé à une infection, mais la personne m'a dit : "Vous, vous pensez à quoi ?" "Bah moi je pense à ça, mais ça veut pas dire que c'est ça, je suis peut-être complètement à côté de la plaque, et je vous l'aurais pas dit si vous m'aviez pas demandé." Maintenant, si on me demande mon point de vue, là aussi j'estime que les gens, et ils ont le droit de le savoir, Je vais pas leur mentir, je vais pas leur dire non, mais s'ils ne demandent rien, je reste parfaitement factuel. Et d'ailleurs, on ne sait toujours pas ce qu'il a ce bébé. Malgré tout, les examens, il a probablement quelque chose de génétique mais qu'on n'a pas dans nos références. Voilà. Je ne sais plus pourquoi on disait ça. C'était quoi? Ah oui le pronostic. Bah après, enfin si c'est une grossesse arrêtée, parce qu'on a dit grossesse inhabituelle, si c'est une grossesse arrêtée assez tôt, je leur explique qu'elles peuvent se rendre aux urgences, ou pas d'ailleurs, qu'il n'y a pas d'urgence, enfin voilà, chacune est différente. Si elles ont besoin de prendre un temps pour atterrir, elles sont pas obligées de foncer dans les 5 minutes. Qu'elles peuvent en parler avec leur conjoint si elles en ont besoin, si qu'elles peuvent je sais pas quoi. Il y en a, elles me demandent si je peux les revoir 48 heures après pour être vraiment sûre, même si je leur ai dit que j'étais sûre, je leur ai dit : "Bah ok, si vous avez besoin de ça, il n'y a pas de problème." Et puis il y a des fois dans l'intermédiaire, il dit : "On a compris, on y va." Donc le pronostic, enfin, je leur dis ce qui va se passer en fonction de la situation. Là, si vous allez aux urgences, il va se passer ça après sur un truc, je sais pas trop. Et puis c'est pas à moi de leur dire en fait ce qui va se passer pour certaines choses, à part vu qu'on a tel élément, tel élément, tel élément, on va certainement vous proposer de faire des examens supplémentaires, après ça sera à vous de voir si vous avez envie de les faire ou pas. C'est ça, c'est pour ça que je dis c'est pas moi qui vais leur dire "on va faire une amnio, on va faire ça", non. Voilà ce à quoi on peut éventuellement penser et vous proposer. Je leur dis qu'il y a un staff aussi, qu'on est plusieurs à discuter de l'intérêt de ces examens pour le couple, mais qu'après c'est bien évidemment en fonction d'eux. Il y en a qui vont me dire "bon j'en ai rien à ***** des examens", pardon mais c'est un peu ce qu'ils me disent. Il y en a d'autres qui me disent "faites tous les examens de la Terre, est-ce que je peux déjà commencer à faire des prises de sang pour chercher quelque chose ?" Et donc on s'adapte.

Là le fait de s'adapter à toute situation, est-ce que c'est quelque chose qui est aisé pour vous après plusieurs années d'expérience ou est-ce qu'il y a encore des situations où c'est difficile ?

Je pense que ça. Je ne sais pas comment formuler ça pour être le plus honnête possible et le plus. Enfin si, je sais en fait. Non, la formulation non, mais je sais ce que je ressens. Je pense qu'on ne s'y fait jamais complètement et heureusement, je pense que si on annonce ça comme des robots, il faut arrêter, pas autre chose. Après, il y a des choses, ça devient un peu plus facile de dire les mots. Après, pour autant, comme on ne sait jamais ce qui va se passer en face, je me souviens d'une patiente, c'était une grossesse surprise qui s'est arrêtée, qu'elle a découvert parce que véridique, je l'avais suivi pendant une première grossesse, elle avait encore des tests de grossesse à la maison, Elle regarde la date de péremption, elle dit "Bon bah il en reste un, il va être presque périmé, je vais pas le jeter comme ça, je vais lui faire pipi dessus, j'aurai l'impression de l'avoir » et véridique c'est pas du genre à raconter des. c'est pas genre j'avais un peu des symptômes et bon je me suis dit. Et donc avant de le jeter, elle le regarde quand même, positif. Ah ! Donc grossesse sur contraceptif, elle arrive complètement paumée, grossesse évolutive, on était à 7 semaines. Elle me dit "ben je sais pas, j'étais pas prête, je sais pas quoi". Je dis "ben écoute, réfléchis". Donc je vouvoie la plupart de mes patientes, et là je me dis "tu" parce que cette patiente, pendant sa première grossesse, on avait vraiment bien accroché. Et donc, sentant qu'elle était en train de se noyer, je trouvais que c'était plus facile. Donc je lui dis "est-ce que je peux vous tutoyer ?" et voilà, pour dire, elle m'a dit "oui, oui, vas-y ", donc voilà. Donc je lui disais "prends un peu ton temps, réfléchis, là tu es sous le coup de la surprise, de l'émotion, quoi que tu fasses, quelle que soit la décision que tu vas prendre, ce sera la bonne pour toi, mais il n'y a pas d'urgence, tu vois, tu n'es pas obligé là ce soir de me dire "je vais faire ça, je vais faire ça", juste voilà. digère l'info quoi. Et je lui dis « si tu veux, on se revoit dans 2 jours, 5 jours, 1 semaine, 15 jours, ce que tu veux, et on rediscute, mets ton conjoint aussi au courant » parce que voilà, elle s'était dit « non, c'est pas possible, je n'allais pas lui dire, ça doit être un faux positif ». Et puis tu me dis, et puis par contre, si tu as des questions qui te viennent, voilà, quelle que soit la direction de tes questions, je te suis. Et elle est revenue la semaine d'après, la grossesse s'était arrêtée. Et elle s'est effondrée en larmes en disant « bah ouais, ce n'était pas prévu, mais maintenant que cette grossesse avait commencé à. enfin voilà, je m'étais faite à l'idée, je ne sais plus comment elle m'a dit, mais maintenant je me rends compte que je suis triste, que je ne peux pas dire que j'ai perdu un bébé, mais presque quoi ! Et

donc je l'ai revue après pour une grossesse évolutive. Mais ce n'est pas que je ne m'attendais pas à sa réaction, mais je ne pensais pas que sa souffrance allait être aussi grande. Après, c'est une patiente adoptée, donc j'aurais peut-être pu avoir un signal un peu. Mais je ne m'attendais pas à ça. Mais c'est bien parce que ça nous rappelle que toute femme est différente, que toute femme a quelque chose à nous apporter, à nous apprendre, et qu'il ne faut pas rester sur des standards, voilà, de me dire "ah bon, pourquoi elle est aussi triste ?" Non, je ne me suis pas dit ça, mais je ne m'étais pas préparée à. Je me préparais à "éventuellement, ça n'a pas marché, ça évolue et je vais arrêter la grossesse, ça évolue et je vais continuer". mais pas à "ça s'est arrêté" et finalement, parce que je l'ai revu une semaine après, en une semaine, j'ai complètement pas changé mon fusil d'épaule, parce que je trouve ça très guerrier, mais mon vécu de cette grossesse surprise est tellement différent que je souffre de cette perte. Même si je sais que les grossesses arrêtées peuvent faire énormément de dégâts de la psyché. Je n'étais pas du tout Enfin je ne dis pas du tout...

Oui donc quand on parle d'adaptation...

Oui exactement. Donc je pense que je m'adapte plus facilement dans mes mots, il y a des questions presque que j'attends, mais je continue à être. pas surprise, pas déstabilisée, parce que ce serait catastrophique pour des couples, parce que voilà, ça serait pas. Mais à le vivre, pour eux, c'est la première fois, ou pas, mais ils sont en train de se le prendre en plein dans la figure quoi. Donc si tu fais la blasée qui a déjà vécu 200 grossesses arrêtées et que bon, c'est "fuit fuit fuit", tu ne leur apportes pas que du bon. C'est leur grossesse, c'était leur projet de bébé potentiel, tu peux pas. Bon bah ouais, c'est comme l'autre là : « Vous en referez un autre hein ! » Donc c'est plus facile, il y a des **mots qui viennent plus facilement, mais c'est humainement, ça reste.**

Et vous avez besoin d'avoir des recours personnels pour pour continuer à être autant dans cet accueil de ces situations? Ou est-ce que voilà, après plusieurs expériences vous faites toute seule votre. Est-ce que vous avez besoin d'en discuter avec d'autres? Est-ce que oui vous avez besoin de retours d'expériences de d'autres?

Ouais je pense qu'on a, enfin, pour moi, c'est à moi que tu poses la question. Il y a les deux voies. Il y a la voie perso, parce qu'il y a des fois ça me touche plus que d'autres, alors pourquoi est-ce que ça me touche plus pour cette femme que pour cette femme ? Ça ne me laisse jamais indifférente, mais il y en a, on a vraiment l'estomac qui part en vrille. Alors ça peut être leur histoire perso, ça peut être un écho d'une autre histoire, ça peut être. Donc moi j'ai besoin de me recentrer sur moi-même, je fais du yoga, ça me permet de lâcher prise aussi. Donc il y a besoin de travailler sur soi. Quand j'étais sage-femme de diagnostic anténatal, on avait milité pour qu'il y ait la psychologue qui ait des temps d'échanges avec les équipes sur les morts fœtales, sur les interruptions médicales de grossesse, par exemple une interruption médicale de grossesse sur un bébé qui allait parfaitement bien à 37 semaines parce que la maman avait des soucis psychiatriques et qu'elle avait décidé qu'elle allait s'ouvrir le ventre toute seule, ça a été une souffrance extrême pour l'équipe, qui a donc accueilli un enfant en parfaite santé, mais qu'on avait tué quelques heures avant, puisqu'il faut dire les mots, c'est ce qu'on avait fait, alors qu'il y a des femmes qui ont des parcours de vie qui font qu'elles vont perdre sept grossesses d'affilée et que elles auraient rêvé d'avoir ce petit bouchon dans les bras. Bref, et qu'on nous a expliqué que ce n'était pas possible, même qu'il soit vivant et à adopter, enfin bon bref, pour la psyché de la patiente. Alors j'entends et je suis désolée pour la souffrance de cette femme, mais il y a des moments où vraiment on a l'impression de vivre sur une autre planète. Bon, ça nous avait été refusé, donc à l'hôpital, c'est vachement plus facile d'en discuter entre nous, de prendre un temps après une garde où il y a eu une mort subite du nourrisson à H2. Après, on a facilement ce recours-là. En libéral moins. Moi j'aime pas trop être toute seule, donc j'ai une collègue et un obstétricien qui était mon chef d'ailleurs quand j'étais sage-femme de diagnostic anténatal, qui m'a rejoint à ***ville* quand il a voulu quitter l'hôpital et que et il a voulu s'installer et que comme on travaillait très bien ensemble, il est venu ici. Il y a des fois j'en ai besoin, il y a des fois j'en ai pas besoin, il y a des fois surtout j'ai besoin de l'évacuer avant de rentrer à la maison, parce que j'ai quatre enfants et il n'y a pas de raison qu'ils en payent le prix Par contre, ils savent qu'il y a des fois les grossesses se passent bien, il y a des fois les grossesses ça se passe pas bien. Je ne leur mens pas sur "Coucou, je ne fais que peser des petits bébés qui vont bien". Mais effectivement, je trouve le moyen de d'en discuter avec mes collègues, soit par un groupe du cabinet, j'organise très régulièrement des dîners entre nous, pour parler de choses sympas, de choses moins sympas, de dossiers qu'on a en commun, d'histoires qui nous ont un peu marquées. Mardi, j'ai mangé avec ma collègue, elle a eu un truc un peu, elle avait besoin d'en parler. Ma patiente dont je parlais tout à l'heure, qui a perdu après un parcours PMA de 10 ans, un bébé à terme. Elle est revenue, elle a fait des dons d'embryons en Espagne qui n'ont pas marché pendant des années. Elle est revenue pour une nouvelle grossesse, elle m'a dit "je veux absolument que tu me suives". Bah les échos, je n'ai pas pu les faire. J'étais tellement. J'ai rien loupé, le dossier des. Mais je lui ai dit "je crois que je suis tellement en panique que je vais faire des *****". On t'a dressé pour rien, donc c'est, mon collègue, qui les a faites, j'étais là, parce qu'elle avait besoin que je sois là, pour tourner la page, pour

qu'on n'oublie pas non plus, pour tourner la page, non d'ailleurs, pas pour tourner la page. Elle m'a dit "après moi, c'est toi qui connais le mieux ma fille, et pour les autres, il n'y aura aucun souvenir avec elle, donc à la fois que tu représentes ma fille et qu'en même temps tu fasses le lien avec ce nouveau bébé". Donc j'étais là mais j'étais incapable de faire les échos, incapable. Mais j'avais prévenu mes collègues, je vais avoir besoin d'un soutien moral, psychique pendant la grossesse parce que j'avais paniqué pour un oui, pour un non, ce qui est complètement débile hein. Mais je savais, vu l'histoire de cette femme, et puis c'était devenu quelqu'un de très proche, je ne serais absolument pas objective. Mais voilà, une fois que c'est dit. On fait autrement, mais on le fait bien. Voilà, mais ça lui allait très bien. D'ailleurs maintenant, ça se passe très bien avec mon collègue qui est invité au baptême du petit bébé qui est né.

Est-ce que pendant les études et vos différents DU, il y a eu des simulations, des mises en situation de "on annonce quelque chose"?

Non, rien, vraiment rien. Quand je fais le cours de prépa, on parle du bébé secoué et de la mort subite, qu'on dit plus subite, du nourrisson. Et je leur mime le cours qu'on a eu, qui a duré à peu près 3 minutes et 30 secondes. Et en gros c'était, bon il y a plus de raies chez les garçons que chez les filles, bon les cassos évidemment, enfin c'était pas dit comme ça, c'était très élégamment, mais les cassos quand même ça leur arrive plus souvent parce que le niveau socio-économique joue, le fait de fumer à la maison, bla bla bla bla. Et donc je leur dis en gros en trois minutes et trente secondes on nous a expliqué la vie alors que c'est pas comme ça que ça marche. Et les mises en situation, jamais, puisqu'en général, et je comprends pourquoi, et en même temps je trouve ça Moi je me souviens pendant mes études, il ne fallait pas s'approcher des patientes qui avaient une mort fœtale, parce que pour elle c'était horrible d'avoir en plus une étudiante qui arrivait, et je l'entends, enfin c'était pas une critique. Et en même temps, je me souviens, une garde dans un hôpital qui a fermé depuis parce qu'il faisait des trucs. Bon bah au milieu de tout ça, il y avait une sage-femme géniale, il y a une mort fœtale, une patiente dont l'enfant présentait, enfin était décédée, et donc on l'a placée dans les morts fœtales. une mort foetale, elle m'a dit "écoute, toi, tu oublies tout le reste, ta garde, ça va être de chouchouter cette patiente. Cette patiente, elle a plus besoin de toi que n'importe lesquelles que tu vas aller examiner, tu vas me dire "toucher vaginal, elle est à trois, je m'en fous, enfin je veux dire, ça je suis capable de le faire, par contre, comme j'ai du boulot, je ne vais pas être capable de lui porter toute l'attention dont elle a besoin". Donc tu gères comme tu veux, mais c'est ta patiente sur le reste de la garde. Je ne suis pas sûre d'être capable de faire ça. Elle m'a dit "tu me poses toutes les questions que tu veux, mais en général tu as juste besoin d'écouter, d'être là, de leur tenir la main, elle ne va pas te demander le pronostic sur sa prochaine grossesse alors qu'elle est en train d'accoucher de cet enfant-là. et je lui suis éternellement, je lui serai éternellement reconnaissante à cette sage-femme, parce que pour moi ça a été vraiment quelque chose de singulier dans ma formation et de très. ça a été un déclic. Après il y a eu un autre déclic en salle de naissance, une patiente qui a voulu garder son bébé mort dans les bras, lui faire des câlins, lui chanter des chansons, etc. Et donc comme tu as pu le constater, je ne suis pas toute jeune, donc c'était dans les années 2000 et on regardait ça d'un œil, c'était une psychopathe limite la pauvre dame, alors c'était juste une maman qui pleurait son bébé, et je me souviens que je m'étais dit "mais quelle. quelle souffrance et quel jugement, mais quelle horreur ! Ça aussi, pourtant je n'étais pas une ado rebelle, mais me dire ça, jamais. Et donc bah jamais, c'était simple. Donc voilà, il y a des espèces de petits éléments sur mon chemin de sage-femme, on ne m'a pas mis dans des situations sauf cette sage-femme, mais je te dis, je crois que c'est la seule de mon parcours qui m'a dit "ben écoute, quand ça t'arrivera, quand tu seras diplômée, ça sera tout pour toi, donc il faut quand même avoir un peu de. Mais par contre on est d'accord que je vais pas aller vérifier tes TV, de toute façon on s'en fout, pas de monito, mais sois là pour elle. Sois là pour elle. Parce qu'elle était toute seule en plus. Et un autre truc, un dernier truc qui m'a beaucoup marqué dans ce chemin, c'était *dans une maternité de type 2B*, une patiente qui a accouché d'un prématuré, « prématurissime » même, et c'était l'époque heureusement révolue, on les mettait sur un petit plateau. comme ça, et puis on les amenait dans une espèce de petite buanderie, on leur mettait un drap dessus, puis régulièrement on allait voir s'il avait arrêté de gasper. Voilà, donc ça pouvait durer des heures et des heures et des heures et des heures, c'était horrible s'il avait arrêté de respirer, si ça y est-il était enfin mort. Pas dans le sens où c'est pas moi qui le vivais comme ça, mais tu peux aller le voir là, l'heure du décès, bref. Et ça pareil, je me suis dit "jamais, ça non plus jamais, ça je n'en veux pas". Et donc tout ça, ça a été des trucs indirects qui ont fait partie de ma formation sans que ça soit dans l'objectif de me former. C'était "ok, ça je. non". Mais en cours ou en garde, non?

Et est-ce que vous avez vu d'autres professionnels faire des annonces en échographie autres que le professionnel que vous avez cité au début et où vous vous êtes dit "ça je prendrais bien pour moi" ? Parce que là on a parlé plutôt de ce que vous vouliez pas.

Je pense que ouais bah oui enfin en DAN j'étais dans une équipe où il y avait vraiment des gens chouettes des gens bien, des gens bienveillants, alors après on est tous plus ou moins maladroits, mais eux, il n'y a pas des mots ou des. c'est plus l'humanité C'est horrible de répondre ça, mais l'humanité qu'ils

ont mis dans l'annonce. Je me souviens d'une patiente arrivée aux urgences, véridique, avec un compte-rendu où c'était marqué, elle était à, c'était son écho du deuxième trimestre, donc 23 semaines d'aménorrhée, c'était marqué "mort fœtale in vivo, aspect du cerveau déconstruit" ou je sais pas quoi, adressé aux urgences. Et donc la dame elle s'est pointée avec son compte rendu en ayant à la fois compris que c'était. que ça n'allait pas, et à la fois pas du tout compris ce qu'on venait de lui annoncer parce qu'on lui avait dit en gros "on va aller aux urgences, c'est la cata quoi". Avec ses. enfin "mort fœtale in vivo" non mais. et puis "structure cérébrale", ouais voilà, génial quoi. je n'étais pas là pour cette annonce-là, mais j'ai bien perçu, en la voyant arriver avec son compte-rendu, genre on m'a dit qu'il fallait que je vienne, et là c'était pas du déni, c'était : on t'a éjecté parce que ça fait gagner une demi-heure de ne pas te parler en fait, et juste côté l'écho. Et donc ça c'était négatif, et au contraire, l'équipe qui dans laquelle j'ai travaillé, sauf le chef de service qui était abject, c'était tout dans le "est-ce que vous avez bien compris", alors en plus c'était de l'échographie de référent, alors évidemment il y avait exactement les diagnostics, mais toujours avec, ouais, humanité et pas de. une mise à distance professionnelle mais pas une mise à distance humaine. Et ça, ça faisait partie des trucs que j'adorais dans cette équipe.

Et qui vous ont forgée ?

Ouais ouais, je me suis dit "bah ouais je reste là parce que ça correspond bien", sauf quand après le Chef de service a expliqué un peu ces projets merveilleux, où là j'ai dit "ah non en fait non ça ça va pas être possible", mais sinon ouais c'était super.

Je trouve que c'est un joli mot de fin. Est-ce que, pour conclure, il y a d'autres choses que vous voudriez ajouter, ou des choses que vous aimeriez mettre en place pour faire évoluer votre pratique ? Mais en même temps, quand je vous entends, je me dis qu'il y a déjà eu tellement un travail et une relecture de ce que vous faites déjà que bon, plutôt continuer, mais peut-être...

Une relecture très régulière de ce que je fais, de ce que je dis, puis les patientes elles me font des retours, que ce soit sur une interruption médicale de grossesse, là j'ai vu, je revois une patiente, c'est pas moi qui vais pouvoir continuer à la suivre, mais chez qui j'avais trouvé un truc un peu atypique à l'écho du troisième trimestre au niveau du rein, on avait l'impression comme s'il s'effaçait un peu à l'écho, j'avais jamais vu ça. Alors là typiquement je lui avais dit "je sais pas mais comme mon oeil tique là-dessus et que j'ai jamais vu, je préfère vous en envoyer". Elles savent que je suis un peu maniaque et que je préfère faire un peu plus que pas assez. Donc elle c'était la première fois que je la suivais, et elle a été reçue au CHU par un échographiste de référent qui a été un tout petit peu dédaigneux par rapport à l'indication de cette écho, ce que je peux comprendre, ils voient tout, il y a des fois j'adresse puis ils disent que tout va bien, donc je peux entendre. Mais en fait, il y avait des caillots au niveau de l'artère rénale qui faisaient que le rein était foutu et trois jours après, c'était le cerveau. Et cette patiente elle est revenue me voir deux ans après pour une grossesse, et elle m'a dit qu'elle espérait que je ne lui annonçais rien, mais que s'il devait y avoir quelque chose, il n'y avait que moi qui pourrait lui dire. Parce que sans l'accompagnement, et avec cette espèce de claque de "limite je vais pas vous faire l'écho", c'est presque qu'on lui a dit, ça sert à rien que vous soyez là, vous pouvez rentrer chez vous. j'aurais eu un enfant qui serait soit mort-né, soit complètement. j'aurais choisi de devoir le débrancher. Donc c'est vrai que les femmes, en fait c'est ça mon. qu'est-ce que je. continuer à être à l'écoute du retour des femmes, de leur conjoint. En écho, C'est chouette parce qu'au bout d'un moment on se sent de plus en plus à l'aise dans la technique, dans l'annonce, et en même temps c'est un piège redoutable, parce qu'il ne faut pas se laisser avoir par une impression qu'on maîtrise, parce qu'on ne maîtrise rien du tout, enfin on maîtrise ça, c'est de la biologie, et donc nous on est juste là à un moment M, peut-être que deux heures après ça ira beaucoup moins bien. Donc il faut rester humble, il faut savoir ce qu'on est capable de faire et ce qu'on n'est pas capable de faire, et faire confiance aux femmes aussi, parce que je trouve que ça on ne le fait pas assez, on leur dit souvent ce qu'elles doivent faire, etc. Quand une femme dit "ah ça, la patiente dont on parlait tout à l'heure, le bébé a une pathologie mais on ne sait pas ce que c'est", elle m'a dit "ah, bouge pas comme les autres, j'ai l'impression, mais bon en même temps je fais pas gaffe, j'en ai déjà trois à la maison, je bosse." Mais je me suis quand même fait la remarque, j'avais l'impression qu'il bougeait pas beaucoup. Et puis pof, elle a passé ça sous silence parce qu'elle savait que j'allais lui dire "oui mais non". Donc il y a des fois, elles viennent pour de fausses raisons, pour avoir le sexe par exemple, à 16 semaines, et Mais, il y a des fois, quand elles viennent en disant "je sais pas, mais", ben oui on va avoir des soucis avec la sécu qui vont nous dire "gnagnagna" mais je pense qu'il vaut mieux les écouter et faire une écho de croissance, vitalité, faire le tour de la question avant de leur dire "il n'y a rien". Voilà, je ne sais pas si je réponds correctement, enfin correctement, il n'y a pas de "correctement" mais si je n'ai pas trop digresser par rapport à ton point initial.

Non, je pense pas. Je pense que je pense qu'on peut s'arrêter là, merci.

Anonymat : SF7, 7^{ème} sage-femme interrogée

Interviewer : Salomé BOISSEAU, étudiante sage-femme

Lieu : Appel téléphonique

Date de l'entretien : 28 novembre 2025, 14h00

Durée : 40 minutes

Mon mémoire s'intéresse à l'expérience des sages-femmes échographistes lors de l'annonce d'une grossesse inhabituelle en échographie obstétricale anténatale. Et donc le but, les objectifs, c'est recueillir l'expérience des professionnels et identifier les stratégies qui sont mises en place dans ces situations d'annonce. Est-ce que là à l'évocation de ce titre de mémoire et au terme "grossesse inhabituelle", vous pouvez dire, vous, ce à quoi ça vous fait penser et ce que vous mettez derrière "grossesse inhabituelle" ?

Oui, alors, c'est vrai qu'au départ, j'étais un peu interpellée par l'intitulé du titre. Moi, j'y vois plutôt le fait de découvrir une image soit qu'on connaît anormale, soit qu'on a du mal à caractériser dans le sens où ça sort de l'image normale qu'on est censé avoir. Mais ça peut ne pas forcément être une anomalie ou une simple variante, mais disons une image pour laquelle l'interprétation est difficile. Ou alors une anomalie, pour moi, c'était ça.

En fait, c'est un terme qui n'existe pas, et pour le mémoire, on a défini la grossesse inhabituelle comme toute grossesse qui n'est pas une grossesse intra-utérine, évolutive, singleton, de développement normal, du fœtus et des annexes. Et est-ce que là, suite à cette définition, vous auriez des exemples de grossesse inhabituelle que vous avez rencontrée et que vous pourriez citer ?

Alors du coup, je mettrai dedans les diagnostics du premier trimestre de grossesse extra-utérine, ou de grossesse multiple, ou de grossesse arrêtée. Ce qui est quand même très fréquent dans le quotidien. Après, toutes les mises en évidence d'anomalies morphologiques ou de croissance. Donc tout ce qui est fœtus petit pour le gestationnel, les cellules, et puis les anomalies morphologiques qu'on peut dépister au premier, deuxième, au troisième trimestre. Après, oui, j'ai des exemples, j'en ai plein.

Est-ce qu'il y a un exemple en particulier d'une situation, une situation d'annonce que qui vous vient là et que vous auriez envie de raconter, la manière dont ça s'est déroulé et la manière dont vous avez fait l'annonce ?

Alors si j'en prends une en particulier, c'est pas forcément facile de choisir. Il y a un cas. Vous préférez que je prenne une situation en particulier ?

Si ça ne vous vient pas, on fait autrement. Enfin, ce n'est pas une obligation.

C'est juste qu'il y a plein de contextes différents, et celles qui m'ont le plus marquée, ce n'est pas forcément celles qui se sont le mieux passées. Qu'est-ce que je pourrais ?

Si ça ne vous vient pas, j'ai d'autres questions et puis vous donnerez les exemples au décours des autres questions, il ne faut pas, c'est pas le but de se mettre en difficulté.

Est-ce que vous diriez que vous avez un processus que vous utilisez sensiblement le même dans chaque situation ? Avec des mots, des gestes qui reviennent, enfin une certaine routine dans l'annonce.

Ça oui, au fil du temps, effectivement, je m'y prends toujours un peu de la même façon, en tout cas pour le début de l'annonce. Je parle beaucoup quand je fais mon examen, parce que j'explique au fur et à mesure aux gens ce que je vois. Si c'est normal, si c'est pas normal, je le dis au fur et à mesure. J'aime pas trop attendre d'avoir fait tout mon examen. Donc, en général, quand je retrouve une image inhabituelle, je le dis d'emblée aux gens qu'il y a quelque chose qui m'ennuie. En général, c'est ce terme-là que j'utilise. C'est que je suis ennuyée parce que je vois une image qui n'est pas habituelle et je leur montre avec la flèche sur l'écran répétiteur ce qui ce qui me gêne en leur expliquant comment ça devrait être et comment c'est là sur l'image pour qu'ils se représentent, même si c'est pas toujours facile, ce qu'il y a qui ne va pas. Alors évidemment, si c'est un arrêt de développement de la grossesse au premier trimestre, c'est assez facile pour eux de voir que le cœur ne bat pas et que quand on met le flux couleur, il n'y a pas de flux. Quand c'est pour expliquer les malformations, c'est plus difficile, mais je pose toujours ça comme ça,

d'abord en leur disant, j'ai quelque chose qui n'est pas habituel. Je vais continuer mon examen pour voir s'il y a d'autres choses qui ne vont pas, mais comme ça je continue, parce que c'est un peu le souci, c'est qu'une fois qu'on a dit qu'il y a quelque chose qui n'allait pas, ça change complètement le déroulement de l'examen et il y a des questions qui surviennent. Donc souvent je leur dis que les questions, on y répondra après, quand la patiente sera réinstallée, que je prendrai le temps de leur faire un dessin pour expliquer ce que j'ai vu et que là ils pourront poser les questions. Mais voilà. En général, comment je procède.

Et est-ce que donc ça vous arrive de passer enfin passer sur une image, de voir que qu'il y a quelque chose de qui est inhabituel et donc de faire la suite de l'examen et de revenir sur cette image-là à la fin, ultérieurement?

Oui, par exemple au premier trimestre, une hyper clarté nucale qui saute aux yeux, on le voit tout de suite dès qu'on pose la sonde, mais je fais quand même un vent. Enfin je fais quand même mes mesures, mon balayage, je leur explique, là c'est la tête et quand je vais vraiment retourner sur la nuque pour la mesurer. Et là je vais leur expliquer que y a un souci et que l'image n'est pas n'est pas celle attendue.

Ce qui fait que ce que vous avez à annoncer vient sur la fin de l'examen et donc on peut plus rapidement être au bureau à poser ses questions ?

C'est ça, aussi, oui.

Après, c'est déjà arrivé d'être obligé d'arrêter l'échographie aussi parce que c'est trop compliqué sur. Par exemple, la découverte d'une mort in utero inopinée à je ne sais pas, à 18 semaines, ça m'est déjà arrivé sur une écho morpho précoce pour des marqueurs atypiques de trouver une mort in utero où là on aurait envie de faire quand même un examen morphologique pour voir s'il n'y a pas des malformations associées mais où l'état de la patiente est tel que c'est pas possible de continuer l'examen. Ça, ça m'est déjà arrivé. Parce qu'écouter le cœur, c'est quand même ce qu'on fait en premier. En tout cas, moi c'est comme ça que je procède, je pose la sonde, je leur dis voilà le bébé il est positionné comme ça, la tête en bas, le dos à gauche, et voilà le cœur. Donc si d'emblée il n'y a pas de cœur, de toute façon, la question en général elle vient très vite. Donc là, c'est compliqué de continuer l'examen. Mais sinon, si c'est une anomalie morphologique, en général, j'essaie de me débrouiller pour examiner un maximum de choses et d'en venir à la pathologie plutôt sur la fin de l'examen effectivement.

Est-ce que vous avez remarqué différents types de réactions de la part des patients et des patientes ? Est-ce que vous pourriez faire des groupes de réactions ?

Oui, alors il y a la réaction qui est la plus fréquente, c'est les pleurs quand même. En premier lieu, et ça c'est la majorité, de façon plus ou moins bruyante d'ailleurs. Mais en général, il y a des pleurs qui surviennent quand même assez vite. Après, il y a aussi des patients qui d'emblée sont dans l'agressivité. Parce que je pense que ce qu'ils entendent est trop difficile d'emblée à intégrer et que tout de suite, ils sont sur la défensive avec une réaction du type "vous êtes sûr ?" et avec souvent plus de la part du conjoint que de la patiente elle-même, mais une espèce de défiance ou d'agressivité, avec parfois une remise en question de notre compétence à juger du caractère inhabituel ou pas de l'image. Et puis il y a aussi des patients qui se retrouvent complètement sidérés et qui ne manifestent pas grand-chose finalement, ni émotions, qui ne sont pas en capacité de parler. Ça, c'est quand même aussi assez fréquent sur l'annonce d'avoir des patientes, on a l'impression qu'elles ne sont plus vraiment là en fait.

Et ce qui est peut-être d'autant plus difficile qu'une femme qui s'effondre parce que du coup dans la sidération, il n'y a pas de questions.

Il y a pas de question, c'est ça. Et en fait, c'est tellement soudain comme annonce qu'elles ne sont pas en capacité ni d'entendre ce qu'on va dire, ni de réfléchir à des questions éventuelles. Et ça, c'est compliqué ces patientes-là. Parce que une patiente qui pleure et qui s'effondre, c'est une réaction. Moi, dans ces cas-là, je les garde quand il faut. Je parle pas forcément, j'attends que ça passe, qu'elles se calment, qu'elles reprennent un peu leurs esprits et qu'elles puissent parler, dire ce qui les interroge et souvent c'est qu'est-ce qu'on va proposer derrière, qu'est-ce qui va se passer ensuite. Mais donc quand elles sont sidérées comme ça, c'est plus difficile de mener la fin de la consultation. Moi je ferai ces trois grands groupes-là quoi. Les patientes effondrées, les patientes sidérées et les patientes plus dans l'agressivité et un peu la remise en question de ce qu'on a pu dire.

Et est-ce que vous diriez que c'est aisé de s'adapter du coup à ces réactions-là ? Est-ce qu'avec vos presque 20 ans d'expérience d'échographie vous arrivez mieux à gérer ces réactions ?

Oui, maintenant oui. C'est vrai qu'au début c'est extrêmement compliqué.

Est-ce que ça, ça vous arrive encore maintenant d'être affecté personnellement ?

Oui, oui, ça, ça c'est compliqué. C'est quelque chose qui me pose souci d'ailleurs, parce que annoncer une mauvaise nouvelle globalement, ça me touche un peu trop à titre personnel en fait. Et j'ai un peu du mal quand même à garder la distance. Et ça. C'est compliqué, mais je le gère beaucoup mieux maintenant qu'avant. Mais parce que j'ai eu vraiment des cas d'annonces qui ont été très compliquées au début, à mes débuts d'échographiste et ça m'est resté gravé. Et ça, maintenant, je le gère mieux. Mais dans le sens où je reste beaucoup plus disponible pour répondre aux questions, pour revoir la patiente, si elle a besoin, pour laisser la possibilité d'envoyer un message, un mail. C'est plus dans ce sens-là, en fait. J'ai moins de mal et aussi parce que je suis plus en capacité d'expliquer comment les choses vont se dérouler après parce que j'ai fait beaucoup de diagnostic anténatal et que je me sens mieux armée pour leur expliquer la suite et répondre. Alors ce n'est pas forcément le rôle du dépisteur, c'est là où c'est un peu compliqué aussi de trouver sa place. Une fois qu'on a dit qu'il y avait quelque chose d'inhabituel et qu'on va envoyer vers un CPDPN pour une écho de référence, c'est pas vraiment notre rôle d'aller au-delà, mais parfois c'est nécessaire pour que les gens repartent un minimum « apaisé » c'est pas le bon mot, mais qu'ils soient en capacité d'attendre ce prochain rendez-vous sans aller sur un forum où ils vont trouver des horreurs qui ne sont pas forcément en rapport avec tout ce qui concerne leur bébé. Plus ça. J'essaie de donner donc du temps et de rester disponible même une fois que la consultation est passée. Parfois voilà, les patientes, elles me renvoient un mail le soir en disant on a réfléchi, on se demande ça, ça, ça, je réponds. Voilà. C'est juste comme ça.

Et est-ce que vous avez des recours pour les couples ? Déjà votre recours c'est d'orienter vers l'échographie de référence ?

Ouais. Alors essentiellement quand c'est pour des anomalies morphologiques ou de croissance. Après c'est différent pour les grossesses arrêtées au premier trimestre ou les grossesses extra-utérines où là on oriente plus vers les urgences en fait, parce qu'il y a une situation à prendre en charge assez rapidement.

Est-ce que vous avez d'autres recours pour les couples que le recours, j'allais dire, médical et du coup hospitalier ?

Alors après oui alors sur ***ville* je suis pas là depuis très longtemps donc je sais pas encore trop ce qui se fait mais avant j'étais en région ***** et par exemple il y avait des groupes de parole euh qui étaient organisés par le réseau de périnatalité pour les grossesses arrêtées précocement au premier trimestre. Donc ça je leur je les orientai facilement vers ces groupes de parole pour que sur le plan psychologique elles puissent trouver un espace de parole. Ça je sais pas trop s'il y a ce genre de choses ici. Je les oriente aussi vers la psychologue de manière assez, j'en parle assez systématiquement, en fait, à un moment donné dans l'entretien. Pour qu'elles sachent qu'elles peuvent faire cette demande-là s'il y a besoin. C'est surtout ça, ces deux versants-là.

Et est-ce que pour vous, vous avez des recours aussi ? Vous dites que quelque part, vous vous investissez dans la consultation et que ça dépasse un peu de votre consultation, est-ce que vous avez besoin d'un recours ? Est-ce que vous avez des gens à qui vous parlez de ces situations-là ? Est-ce que dans la mesure où vous êtes affectée par ça, est-ce que vous avez besoin d'autre chose en dehors de votre cabinet ?

Non, pas réellement. Ça, quand j'étais à l'hôpital, oui, parfois ça arrivait qu'on fasse des sortes de débriefings avec la psychologue du service sur les situations un peu compliquées, mais c'est vrai que depuis que je suis en ville, j'ai plus ce recours-là. J'en ressens pas le besoin.

Et d'avoir travaillé à l'hôpital et maintenant en libéral, est-ce que il y a des différences, des avantages, des inconvénients par rapport justement à ces recours que vous avez pour les patients, l'adressage à l'échographie de référence qui est peut-être plus difficile que quand on est en hospitalier, ou pas d'ailleurs ?

Non, ça se fait assez bien ça en fait. Parce que travailler avec les CPDPN, c'est toujours les mêmes correspondants et ils sont réactifs. Il voit les patientes en général toujours dans un délai assez court, ce qui évite qu'elles restent trop longtemps dans l'incertitude. Ça, c'est pas très compliqué, ça se fait plutôt bien, je trouve. J'ai pas vu réellement de différence dans le fait d'être en ville par rapport à l'hôpital pour ça. Je trouve pas que les patientes soient vues moins vite parce qu'elles viennent de la ville par rapport à quand j'étais sage-femme hospitalière. Le plus grand confort qu'on avait à l'hôpital, c'est que quand on fait

une écho et qu'on a un doute sur une image, surtout au début quand on n'est pas à l'aise, on peut toujours aller frapper à la porte d'à côté, il y a un médecin, un des référents en général qui est là et pouvait immédiatement venir et jeter un coup d'œil et commencer à donner des explications à la patiente. Ça, c'était un confort supplémentaire qu'il n'y a pas en ville mais maintenant, j'ai suffisamment d'expérience pour pouvoir m'en passer. Ce que je n'aurais pas fait quand j'étais jeune sage-femme échographiste. Je ne me serais pas sentie à l'aise d'être toute seule, sans pouvoir avoir un avis à côté.

Est-ce que pendant vos études et pendant le DU, vous avez eu des cours ou des mises en situation sur ce sujet de l'annonce ?

Non, pas à l'époque, pas du tout. Après j'ai fait des formations supplémentaires sur comment annoncer, aussi bien sur la posture que les termes à employer ou à ne pas employer. Mais dans le DU, alors ça a peut-être changé maintenant, mais il y a vingt ans, c'était pas du tout abordé.

Et est-ce que donc vous avez appris par d'autres que vous avez vu annoncer par exemple en stage ?

Oui, comme j'ai beaucoup fait de diagnostic anténatal à l'hôpital, on assistait aux entretiens, enfin aux échos de référence et aux entretiens avec les médecins. Donc moi, j'ai beaucoup appris de la façon dont eux s'y prenaient pour expliquer les images anormales et après voir comment ils s'y prenaient avec les patients. Donc moi j'ai plus appris comme ça sur le terrain en fait.

Et est-ce qu'il y a des annonces auxquelles vous avez assisté, vous vous êtes dit "jamais je ferai comme ça" ou au contraire des annonces où vous vous êtes dit "ah oui ça c'est bien », c'est encore des mots que vous employez maintenant" ?

Oui, oui, oui, alors c'est sûr que ça, selon les médecins ou les sages-femmes, n'ont pas toujours le même tact dans la façon de s'y prendre. Mais c'est vrai que il y a notamment le fait de demander à la patiente après de se rhabiller, de rallumer la lumière et de venir au bureau pour être en face à face à la même hauteur et pas la patiente allongée à moitié déshabillée avec la sonde endocavitaire en place parce qu'on est au premier trimestre, c'est pas des conditions où déjà la patiente elle est à l'aise. Donc ça je fais attention à ça. C'est vrai que parfois au début, hop, on annonce le truc, on se rend pas compte que c'est pas idéal. Ça c'est quelque chose que j'ai vu faire en fait, de se dire non, je vais répondre à vos questions après, je termine mon examen là, Et ensuite, on s'installe tranquillement, on remet la lumière, on fait des dessins pour que les gens ne se sentent pas forcément en position d'infériorité pour pouvoir s'exprimer. C'est ça, c'est un des trucs que j'ai retenu. Sinon, dans les choses à ne pas faire, après ça dépend aussi, on s'adapte à chaque fois au couple qu'on a en face de nous. Une façon de faire qui nous semble bien avec quelqu'un, ça ne va pas forcément être la bonne pour quelqu'un d'autre.

Oui, c'est pas parce que vous avez vingt ans d'échographie derrière vous que vous pouvez toujours utiliser le même processus ?

Non, parce que les gens n'arrivent pas tous, enfin certains sont très conscients que l'on peut être amené à découvrir quelque chose d'inhabituel à l'écho, et puis il y a d'autres gens qui sont tellement à des kilomètres de ça que si on doit annoncer quelque chose, on sait que ça va être beaucoup plus difficile et que la façon de s'y prendre elle est pas forcément pareille en fait.

Et parfois aussi on pourrait avoir l'idée que cette annonce-là ça va être plus « facile » parce que nous on sait que c'est « moins grave » qu'autre chose et en fait les parents c'est leur réalité à eux, et ils connaissent que ça.

Oui, parce que parfois il y a des réactions qui peuvent nous sembler un peu disproportionnées. Par contre, ce qu'on annonce, qui n'est pas forcément effectivement quelque chose de très grave, mais à partir du moment où on a dit que ça sortait du cadre ordinaire, pour les parents, ça, il y a un truc qui s'enclenche, mon bébé n'est pas normal et c'est parfois difficile de faire marche arrière aussi. C'est pour ça qu'il faut vraiment être prudent dans les mots. Enfin, c'est surtout ça à quoi aussi je fais peut-être plus attention avec le temps. Au début... Alors j'ai parfois peut-être trop tendance tout de suite à dire il y a quelque chose d'anormal, non, je dis pas anormal, je fais très attention de dire inhabituel. Et je n'écris pas forcément non plus dans la conclusion de l'échographie, l'anomalie, même si je sais absolument ce que c'est, je m'arrange pour décrire de telle manière qu'au CPDPN, ils vont très bien comprendre ce que j'ai voulu dire mais pour les patients, l'anomalie n'est pas réellement notée noir sur blanc dans la conclusion, parce qu'on attend l'écho de diagnostic pour confirmer et que c'est seulement là après où ils auront une information sur le

pronostic, la prise en charge. Et ça permet aussi, si on s'est trompé parce que ça arrive, d'avoir peut-être moins fait de dégâts parce qu'on n'a pas mis une étiquette d'anomalie alors qu'il n'y en avait pas.

Est-ce que ça vous trouvez que c'est une difficulté en tant que sage-femme échographiste ? Le fait d'avoir un rôle de dépisteur et non de diagnostic, de rester, j'allais dire à sa place, je ne sais pas si c'est le mot, mais d'être entre deux, entre j'ai vu et même si vous pouvez être sûre du diagnostic qui va être posé la semaine d'après, de rester à cette place de dépisteur mais en même temps les couples qui en demandent forcément plus parce que eux n'ont pas forcément conscience de ces différences : dépistage/diagnostic.

Ça c'est compliqué, c'est une des choses les plus difficiles en fait, de savoir s'arrêter dans les informations qu'on va délivrer et de dire "non mais là, en fait, ça n'est plus mon rôle, je ne suis pas la personne la plus adaptée pour vous donner ces informations-là. On va d'abord attendre." Ça, c'est compliqué parce que attendre, oui, c'est quelque chose qu'ils ont du mal à concevoir dans ces cas-là les gens parce qu'ils disent mais moi j'ai des questions, je veux savoir ça, ça, ça. Et il faut savoir leur dire que non, c'est pas nous qui allons répondre à des questions, que même si on a une forte suspicion, il faut qu'il y ait un deuxième œil, moi j'utilise toujours ce mot-là, c'est que il faut qu'il y ait un deuxième œil qui regarde, que pour s'assurer aussi parfois qu'il n'y a pas autre chose, parce qu'une anomalie isolée ou une anomalie associée à autre chose, ça ne rentre souvent pas dans le même cadre d'un point de vue des pathologies associées, notamment chromosomiques, et que ça ne va pas forcément engendrer le même bilan derrière. Donc moi je leur dis, et ça c'est plus facile pour moi aussi maintenant, de leur dire non mais là stop, ça sort de mon domaine de compétences et c'est pas à moi de vous donner ces informations-là et vous les aurez quand vous irez à votre rendez-vous au CHU. Je leur dis de préparer une liste de questions justement parce que sinon parfois le jour même, il y a tellement de choses à demander qu'ils en oublient la moitié et après ils ressortent en disant "mince, on a envie de demander ça". Donc je leur dis, mettez, écrivez-les vos questions, mais quand vous verrez le médecin, vous leur demanderez après avoir eu l'écho de contrôle. Mais oui, il faut savoir rester euh il faut être descriptif en fait, faut décrire ce qu'on a vu, qui nous semble pas habituel mais pas vouloir à tout prix écrire le diagnostic, même si on le sait parce que c'est pas notre rôle de dépisteur.

Et vous avez déjà fait face à l'incompréhension de certains couples face à ce discours de "je ne peux pas vous en dire plus" ?

Souvent ils essayent en fait, ils reposent des questions, mais en général ils finissent par comprendre que en expliquant comme ça, alors ça prend du temps hein. C'est des concepts. Du coup, ça déborde, on prend une heure de retard. Mais ils finissent par comprendre que on va avoir besoin d'une deuxième expertise pour pouvoir leur donner les bonnes informations, quoi. Donc en fait, au final, il y a pas le temps de. Surtout, ce qu'ils attendent, c'est quelque chose derrière, en fait. Ce qu'ils veulent pas, c'est rester sans savoir ce qui va se passer. Donc moi je leur dis, j'envoie le mail au diagnostic anténatal. En général, ils sont rappelés dans les 24 heures, et ils ont un rendez-vous dans la semaine, quoi. Souvent, c'est pas plus long que ça. Donc ils ont une échéance, et ils savent que ce jour-là, ils auront plus de réponses à leurs questions. Et en général, ça suffit à désamorcer les angoisses qu'il peut y avoir sur ça, sur les questions. Ils comprennent en fait. Je pense qu'ils sont capables d'entendre soit qu'on ne sait pas ou soit que ce n'est pas à nous de nous avancer trop loin sur certaines questions parce que ce n'est pas notre rôle.

Est-ce que vous avez déjà eu des retours de patients quelques temps après votre annonce, qui sont revenus vers vous ? Pour vous faire un retour, en fait, sur comment vous aviez amené les choses ?

Franchement, pas trop. Les gens, on ne les revoit pas forcément. Je n'ai jamais vraiment eu le cas de patients qui reviennent. Après, il y a des patientes que j'ai revues pour les grossesses suivantes. Malgré tout qu'elles reviennent et je me dis que si elles reviennent, c'est que elles ont pas dû garder un trop beau souvenir de la façon dont les choses se sont passées. Mais c'est pas facile d'aborder ce sujet-là dans ces cas-là. Enfin, j'ai jamais vraiment trop osé revenir dessus en leur disant comment vous aviez vécu l'annonce. Je trouve ça compliqué quand elles reviennent pour une autre grossesse, c'est déjà, elles sont déjà suffisamment angoissées, ce n'est pas le bon moment, quoi, pour repasser la question. Et sinon, en général, je ne les revoyais pas forcément toutes ces patientes. Enfin, en général, à l'hôpital, je les voyais soit pour l'interruption de grossesse ou. Mais pas a posteriori. Après, par contre, si, j'ai déjà eu des retours plutôt positifs de patientes que j'avais vues en début de grossesse sur des grossesses arrêtées. Il y a des patientes qui m'ont dit, qui reviennent me voir quand elles sont à nouveau enceintes quelques mois plus tard, et qui me disent "Merci de la façon dont vous nous avez annoncé les choses, parce que vous avez pris le temps." ou des patientes qui avaient déjà eu avant une grossesse arrêtée, pour laquelle l'annonce n'était pas bien passée ou parce que c'était aux urgences en catastrophe et que elles avaient eu l'impression

d'avoir été un peu maltraitées. Ça oui, sur les grossesses précoces du premier trimestre, en général, les patientes elles sont plutôt contentes. Parce que je prends mon temps et que.

Oui, simplement prendre le temps, ça change tout. Alors, il faut le prendre, et c'est pas toujours. C'est vrai que dans les plannings aujourd'hui, c'est pas forcément...

Oui, parce que c'est pas planifié. Les plannings, ils sont faits pour qu'on fasse l'examen et qu'on n'ait pas grand-chose à dire de particulier, en fait. Il faut que tout aille bien dans. Mais dans la vraie vie des échographistes, il n'y a quasiment pas une journée où il n'y a pas un truc à annoncer. Soit une grossesse arrêtée ou une grossesse multiple. Donc ça génère plein de questions sur comment va se passer la grossesse. Un bébé qui ne grandit pas bien, pareil, on se pose la question et pourquoi ? Quel bilan on va faire ? Comment on va le surveiller ? Et puis toutes les anomalies morphologiques et ça. Effectivement, c'est pas minuté dans les 30 minutes d'examen qu'on a. Mais il faut. C'est important de laisser aux gens un temps pour échanger, quoi. Ça, c'est important. Donc ça, en général, les retours sont plutôt positifs. Mais sur les annonces d'anomalies morphologiques, c'est plus compliqué de savoir comment a posteriori, les gens l'ont vécu.

Est-ce que vous avez remarqué une évolution dans l'attente des couples, quand ils viennent pour les échographies de grossesse, depuis que vous exercez ?

Ben oui, quand même, ce qui a changé, c'est la demande de diagnostic de sexe de plus en plus précoce. Ça, c'est un vrai souci. Parce qu'ils viennent maintenant, limite à l'écho de datation, on est à 8 semaines, l'embryon fait 2 cm et ils vous demandent « et le sexe, on le verra quand ? ». Bon alors moi, plus ça va, plus j'ai du mal à tolérer ça. À chaque fois, il faut recadrer sur le but premier de l'échographie obstétricale. Donc ça, c'est quand même le diagnostic de sexe au premier trimestre. Quand vous leur dites que vous n'allez pas pouvoir leur dire, ils ont l'impression que vous n'êtes pas compétents. Et j'ai un vrai souci avec le côté il faut filmer et prendre en photo l'examen. Parce que ça aussi, moi quand j'ai commencé il y a 20 ans, il n'y avait pas du tout ce problème-là. Là maintenant, j'ai un patient sur deux qui dégage son téléphone sans même m'avoir demandé si ça me dérangeait et qui commence à filmer l'écran ou à prendre des photos quoi. Alors que enfin moi je les autorise pas à faire ça, je leur demande d'éteindre leur téléphone et de le ranger, à la fois pour des questions de responsabilité médico-légale, de droit à l'image. Mais ils comprennent pas. Et aussi venir, alors ça, ça a toujours été un souci, mais emmener des enfants en bas âge assister à l'échographie du petit frère ou de la petite sœur. Ça, il y en a toujours eu, mais il y a de plus en plus de demandes et de. Les gens comprennent pas non plus quand on leur dit que moi c'est pareil, j'accepte pas les enfants pour les échos parce que déjà ça permet pas de se concentrer dans de bonnes conditions et que 30 minutes de toute façon d'examen c'est trop long et qu'ils tiennent pas en place, touche à tout. Et ça, les parents aussi ont du mal à le comprendre. Souvent ils me disent "mais pourquoi vous acceptez pas les enfants ?" Quand on leur explique que justement si on a quelque chose à annoncer en présence d'un enfant, c'est déjà pas facile pour le couple et s'il y a un enfant en plus à gérer dans l'histoire, ça va être encore moins simple. Là ils comprennent. Et on est obligé du coup de remettre le doigt sur à quoi sert initialement l'échographie. Après, sinon les évolutions, c'est plus sur les exigences, mais ça évolue dans le bon sens. Les recommandations de bonnes pratiques en fait, avec la liste des choses à examiner qui s'allonge et les comptes-rendus qui doivent comporter un nombre d'éléments de plus en plus importants. Le nombre de clichés obligatoires aussi qui a augmenté depuis le rapport de la CNEOF de 2022. Ça, ça va plutôt dans le bon sens parce que ça tend à harmoniser les pratiques et à faire que ceux qui réalisaient des examens de moins bonne qualité, on va dire, ça limite le risque de passer à côté de quelque chose, c'est une évolution favorable, ça c'est. Je trouve ça bien.

Ça fait que d'un côté on vous demande d'en voir de plus en plus et de l'autre, les patients qui sont pas toujours conscients de ça et de la difficulté et de l'enjeu d'un examen échographique. Et ça crée quelque part un fossé entre les exigences qu'on vous demande à vous et puis les exigences des couples.

Qui eux oui qui sont pas tout. Enfin c'est ça, nous on est là pour faire une sorte de check-list en fait. Il y a une liste de choses à examiner et les parents ils ne sont pas là pour ça en fait. Ils sont là pour voir leur bébé. Et parfois à la fin ils vous disent "Ah non, on l'a pas bien vu aujourd'hui" juste parce qu'on n'a pas fait le cliché qu'ils attendaient de la face en 3D. Alors que ça, nous en dépistage, on ne vous demande pas de faire ça. Ça, on le fait si on peut, c'est les conditions s'y prêtent pour leur faire plaisir, mais c'est complètement décalé, effectivement. Ce qu'on doit faire pour réaliser un examen de bonne qualité et ce que les couples attendent de l'écho. Ça, c'est quelque chose qui se creuse effectivement, parce qu'on a des appareils qui permettent de faire de plus en plus de choses. Oui, pour avoir des rendus 3D qui sont magnifiques, mais. Du coup, les gens attendent ça. Et certains arrivent en vous demandant "Est-ce que vous allez faire l'écho en 3D ?" Alors oui, il faut toujours prendre le temps de réexpliquer que ça fait pas partie à proprement parler de l'examen et que ce sera fait à la fin si on est dans les conditions qui s'y

prêtent. Il faut toujours expliquer en fait. Il faut beaucoup d'explications, de remise en perspective de à quoi sert l'examen.

Et en parlant de précision des nouveaux échographes, des images qu'on demande de plus en plus, est-ce que du coup, ça amène une fréquence d'annonces d'images inhabituelles qui est augmentée par le fait qu'on cherche plus ?

Non je ne trouve pas, non. Limite enfin moi en fait je trouvais plus d'images inhabituelles quand j'étais plus jeune échographiste. Disons que je pense que j'adressais plus par crainte de passer à côté de quelque chose en fait. Et aussi probablement parfois par défaut de réglage de l'appareil, notamment je pense à tout ce qui est hyper-échogénicité digestive où j'envoyais en fait beaucoup plus quand j'étais jeune échographiste que maintenant, parce que je pense que maintenant je règle beaucoup mieux la machine. Parce qu'en fait, c'était très rarement confirmé. C'était pas qu'il y en avait plus, c'est que c'était juste moi qui en voyais trop. Mais non, je trouve pas que je trouve plus d'anomalies.

Est-ce que pour finir il y a des choses encore aujourd'hui que vous aimeriez mettre en place pour faire évoluer votre pratique, dans la prise en charge de l'annonce ? Ou est-ce que vos 20 ans d'expérience vous permettent de dire qu'aujourd'hui vous êtes plus armée pour faire face ?

Je sais pas trop. Je sais pas trop quoi mettre en place. Mais alors je me sens plutôt assez à l'aise avec tout ça en fait maintenant. Je n'ai pas l'impression de manquer de ressources particulières. On a un bon réseau avec la maternité, avec le diagnostic prénatal et qu'on a des relais pour recevoir les patientes. Non, je. Après, le top, ce serait d'avoir toujours une psychologue sous la main. C'est ce qu'on fait facilement à l'hôpital. En ville, c'est plus compliqué, mais pour qu'elles aient plus un espace de parole.

Oui, sans avoir à le chercher.

Oui, ce serait plus ça, quelque chose de. Un espèce de travail plus sur le versant psychologique qu'on n'est pas forcément à même de gérer quoi. C'est plus cet aspect-là moi qui me manque en libéral.

Peut-être un système de collaboration ?

C'est ça, oui, avec des psychologues qui seraient formés à la périnatalité et qui peuvent être facilement disponibles aussi pour recevoir un couple à qui on vient de faire une annonce difficile et qui ont besoin d'un espace d'écoute. C'est plus ça qui manque. Mais je me dis parfois dans certains centres de santé, ça doit pouvoir se faire s'il y a une psychologue qui exerce dans les locaux. Mais c'est plus difficile qu'à l'hôpital, où il y a toujours une psychologue de maternité qui, en général, est très dispo.

Dispo et formée à la périnatalité.

Oui et formée. C'est ça, parce que c'est pas non plus n'importe quel psychologue qui va forcément pouvoir être à même d'accueillir ces patients-là.

Très bien, merci. Je sais pas si vous avez d'autres choses à rajouter, mais je pense qu'on a fait le tour de plusieurs questions déjà. Pour moi ça va, j'ai posé les questions que j'avais à poser.

Les questions que vous aviez. OK.

BIBLIOGRAPHIE

1. Mirlesse V. Les annonces anténatales. Devenir. Médecine & Hygiène; 1 sept 2007;19(3):223-41.
2. Sous-section 1 : Définition et mise en œuvre du diagnostic prénatal (Articles R2131-1 à R2131-2-3) - Légifrance [En ligne]. Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000034578740/2017-05-05>
3. Haute Autorité de Santé [En ligne]. Echographies fœtales : différences entre pratiques médicales et commerciales; [cité le 3 févr 2025]. Disponible: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1260057/fr/echographies-foetales-differences-entre-pratiques-medicales-et-commerciales
4. Arrêté du 20 avril 2018 fixant les recommandations de bonnes pratiques relatives aux modalités de réalisation des examens d'imagerie concourant au diagnostic prénatal et aux modalités de prise en charge des femmes enceintes et des couples lors de ces examens - Légifrance [En ligne]. Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000036833452>
5. Sous-section 1 : Devoirs généraux des sages-femmes. (Articles R4127-301 à R4127-324) - Légifrance [En ligne]. Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000026202949/2012-07-20>
6. CNEOF2023.pdf [En ligne]. [cité le 13 janv 2026]. Disponible: <https://www.cfef.org/CNEOF2023.pdf>
7. [En ligne]. CartoSanté - Indicateurs : cartes, données et graphiques; [cité le 29 mars 2026]. Disponible: https://cartosante.atlasante.fr/#bbox=201083,6092525,277555,172773&c=indicateur&f=echo_obs&i=sf_ccam.rep_act_ccam&s=2024&selcogeo=49&t=A01&view=map5
8. Arrêté du 10 mars 2025 modifiant l'arrêté du 1er juin 2015 déterminant les recommandations de bonnes pratiques relatives aux modalités d'accès, de prise en charge des femmes enceintes et des couples, d'organisation et de fonctionnement des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal en matière de diagnostic prénatal et de diagnostic préimplantatoire - Légifrance [En ligne]. Disponible: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000051507862>
9. Soulé M, Soubieux MJ. 18. Échographie obstétricale. Dans: Traité européen de psychiatrie et de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent [En ligne]. Lavoisier; 2012 [cité le 3 févr 2025]. p. 144-7. Disponible: https://shs.cairn.info/article/LAV_FERRA_2012_01_0144
10. Dautzenberg E., Missonnier S. Regards échographiques. Neuropsychiatrie Enfance Adolesc. nov 2001;49:428-35.
11. Gourand L. 10. L'arrêt du mirage ? L'échographie prénatale avant et après l'arrêt Perruche. Dans: La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité [En ligne]. Presses Universitaires de France; 2004 [cité le 5 févr 2025]. p. 215-22.

- Disponible: <https://shs.cairn.info/la-grossesse-l-enfant-virtuel-et-la-parentalite--9782130545316-page-215>
12. Gourand L. Les aspects psychologiques des échographies de la grossesse vus par un obstétricien qui pratique l'échographie en maternité. Dans: L'échographie de la grossesse [En ligne]. érès; 2011 [cité le 13 janv 2026]. p. 47-83. Disponible: <https://shs.cairn.info/l-echographie-de-la-grossesse--9782749213514-page-47>
 13. Gourand L. Éthique dans le diagnostic prénatal: La double fonction de l'échographiste. *Contraste*. érès; 5 déc 2019;50(2):83-104.
 14. [mauvaisenouvelle_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-10/mauvaisenouvelle_vf.pdf) [En ligne]. [cité le 24 mars 2026]. Disponible: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2008-10/mauvaisenouvelle_vf.pdf
 15. Blanchet E, Chantry AA, Sauvegrain P, Anselem O. Attitudes et vécu des échographistes lors de l'annonce d'une anomalie fœtale. *Gynécologie Obstétrique Fertilité Sénologie*. déc 2022;50(12):753-61.
 16. Legros JP. Quand la vie avant la vie est compromise : diagnostic anténatal et découverte d'une anomalie anténatale: *Spirale*. 28 févr 2006;n o 36(4):79-86.
 17. Brunswick A. L'enfant différent en médecine fœtale. *Rev Sage-Femme*. avr 2011;10(2):67-71.
 18. Savelon SV. RECHERCHE CLINIQUE EN PERINATALITE: Impact du prénatal sur la psychopathologie du bébé et de la dyade mère-enfant, en ligne]. Paris : Pierre et Marie Curie - Faculté de santé; Disponible: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00719467>
 19. Zawieja P. Fatigue compassionnelle. Dans: Dictionnaire de la fatigue [En ligne]. Librairie Droz; 2016 [cité le 3 janv 2025]. p. 289-92. Disponible: https://shs.cairn.info/article/DROZ_ZAWIE_2016_01_0289
 20. Sinclair S, Raffin-Bouchal S, Venturato L, Mijovic-Kondejewski J, Smith-MacDonald L. Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature. *Int J Nurs Stud*. avr 2017;69:9-24.
 21. Formation | Orcadre | Nantes [En ligne]. Orcadre. [cité le 28 mars 2026]. Disponible: <https://www.orcadre.fr/formation/>
 22. Magnouloux L. Le vécu des échographistes face à la découverte et l'annonce d'une anomalie foetale [Mémoire diplôme d'état sage-femme, en ligne]. Lyon 1 : Claude Bernard; 2022. Disponible: <https://share.google/zaTugDV8VznZeS1fa>
 23. Hastings L. Vécu et expérience des professionnels de santé lors du parcours d'annonce du diagnostic de trisomie 21 aux parents [Mémoire diplôme d'état sage-femme, en ligne]. Université Angers; 2024 [cité le 5 janv 2026]. Disponible: <http://dune.univ-angers.fr/documents/dune17670>

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques de la population d'étude.....	14
--	----

TABLE DES MATIERES

Avertissement	2
Engagement de NON-PLAGIAT	3
Remerciements.....	4
Liste des abréviations	5
Sommaire	6
Introduction	7
Matériel et methode	11
I.MATERIEL	11
A.Schéma d'étude.....	11
B.Population	11
II.METHODE	11
A.Guide d'entretien	11
B.Recrutement	12
C.Recueil de données	13
D.Analyse des données.....	13
Résultats	14
I.LA GROSSESSE INHABITUELLE.....	15
A.Définitions selon les professionnelles.....	15
B.Rôle de dépisteuse.....	16
II.DEROULEMENT TYPE.....	17
A.Conduite de l'examen échographique	17
1) L'annonce en « un temps ».....	18
2) L'annonce en « deux temps »	18
B.Une aseptie verbale nécessaire	19
C.Le temps, un allié	20
D.Le langage non-verbal	21
E.Adaptation	21
III.REACTIONS.....	22
A.Des patientes	22
1) Les pleurs.....	22
2) La sidération	22
3) Les questions	23
4) La colère	23
B.Des conjoints	23
C.Des professionnels	24

1) Posture professionnelle et humaine	24
2) Recours personnels	25
IV. ORIENTATION ET ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS.....	26
A. L'échographie de référence.....	26
B. Autres ressources	27
V. FORMATION.....	28
A. Formation théorique	28
B. Expérience de sage-femme.....	28
C. Transmission par les pairs	29
D. Expérience d'échographe	29
E. Projets	29
VI. EVOLUTIONS SOCIALES	30
A. Un essor de demandes.....	30
B. Des divergences	31
Discussion	33
I. RAPPEL DES PRINCIPAUX RESULTATS	33
II. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE.....	33
A. Forces.....	33
B. Faiblesses.....	34
III. ANALYSE DES PRINCIPAUX RESULTATS.....	35
A. L'échographe, « fabricant de mauvaises nouvelles »	35
B. Il n'y a pas de « bonnes manières » d'annoncer.....	36
C. L'échographie, « outil à double tranchant »	38
D. Formation et expériences, des facilitateurs	39
IV. PERSPECTIVES.....	41
Conclusion	43
Annexes	44
1) Annexe 1 – Guide d'entretien.....	44
2) Annexe 2 – Mail d'information.....	46
3) Annexe 3 – Exemples d'entretiens	47
Bibliographie	61
Table des tableaux	63
Table des matières	64
Résumé	66
Abstract	66

RÉSUMÉ

Expérience des sages-femmes échographistes lors de l'annonce d'une grossesse inhabituelle en échographie obstétricale

Introduction : Les échographies obstétricales de dépistage sont en grande majorité réalisées par des sages-femmes qui sont les premières à voir les signes d'appels et doivent annoncer sans poser de diagnostic. Les professionnels et les futurs parents ne cherchent pas la même chose durant l'examen, l'annonce d'une éventuelle grossesse inhabituelle vient perturber les projections parentales. L'objectif de l'étude était de recueillir l'expérience des sages-femmes échographistes confrontées à l'annonce d'une grossesse inhabituelle.

Matériel et Méthode : Etude qualitative avec réalisation de dix entretiens semi-directifs, entre septembre 2025 et janvier 2026, auprès de sages-femmes échographistes dépendant des CPDPN d'Angers et du Mans.

Résultats : Les résultats de cette étude ont mis en évidence que l'annonce d'une grossesse inhabituelle est un exercice complexe nécessitant une adaptation constante aux couples rencontrés. Les attentes des sages-femmes échographistes et des couples vis-à-vis de l'examen échographique de dépistage, divergent. L'échographiste est dans une démarche médicale tandis que les futurs parents viennent rencontrer leur bébé.

Discussion : Il n'y a pas de « bonne manière » de procéder pour annoncer. Des points d'attention pour estomper le décalage existant entre soignant et patients sont tout de même soulevés et applicables. La formation, les retours d'expérience, l'expérience personnelle façonnent les manières de faire et permettent une relecture des pratiques dans l'optique d'optimiser les prises en charge.

Mots-clefs : sages-femmes échographistes, annonce, échographies anténatales, parentalité, grossesse, relation de soin, grossesse inhabituelle, communication

ABSTRACT

Experience of Sonographer Midwives When Announcing an Unusual Pregnancy During Obstetric Ultrasound

Introduction: Screening obstetric ultrasounds are predominantly performed by midwives, who are the first to identify warning signs and must communicate them without establishing a diagnosis. Healthcare professionals and expectant parents do not seek the same outcomes during the examination; the announcement of a potential unusual pregnancy can disrupt parental expectations. The aim of this study was to explore the experiences of sonographer midwives when faced with announcing an unusual pregnancy.

Materials and Methods: This qualitative study involved ten semi-structured interviews conducted between September 2025 and January 2026 with sonographer midwives affiliated with the CPDPN centers in Angers and Le Mans.

Results: The findings highlight that announcing an unusual pregnancy is a complex task requiring continuous adaptation to each couple. Expectations of sonographer midwives and couples regarding screening ultrasound examinations differ. While the sonographer adopts a medical approach, expectant parents attend the examination to meet their baby.

Discussion: There is no single "right way" to deliver such announcements. However, certain considerations can help reduce the gap between healthcare providers and patients. Training, feedback, and personal experience shape professional practices and enable reflective improvements in patient care.

Keywords: sonographer midwives; announcement; antenatal ultrasound; parenthood; pregnancy; therapeutic relationship; unusual pregnancy; communication