

Le rôle de la relation échographiste-patiente en milieu hospitalier: en cas d'une grossesse qui suit une perte périnatale

The role of the sonographer-patient relationship in a hospital setting: in case of a pregnancy following perinatal loss

Lina BEN AMMAR

Doctorante

Faculté des lettres et des sciences humaines

Université Mohammed 5 de Rabat

Equipe de recherche en psychologie sociale clinique et du travail

Maroc

Psy.linabenammar@gmail.com

Pr. Jamal ELOUFA

Enseignant-chercheur

Faculté des lettres et des sciences humaines

Université Mohammed 5 de Rabat

Equipe de recherche en psychologie sociale clinique et du travail

Maroc

elouafajamal@gmail.com

Date de soumission : 12/04/2022

Date d'acceptation : 10/06/2022

Pour citer cet article :

BEN AMMAR L. & ELOUFA J. (2022) «Le rôle de la relation échographiste-patiente en milieu hospitalier: en cas d'une grossesse qui suit une perte périnatale», Revue Internationale du Chercheur «Volume 3 : Numéro 2» pp : 845 - 860

Résumé

La présente étude a pour objectif d'analyser la relation échographiste-patiente et relever son impact sur la psyché de la femme enceinte ayant un antécédent de perte périnatale. A cet égard, nous avons mené une recherche qualitative en utilisant la méthode d'étude de cas au sein de l'hôpital de maternité Soussi-centre Hospitalo-universitaire Ibn Sina –Maroc / Service de grossesse à haut risque. Notre étude est conduite au moyen des entretiens de recherche semi-directifs avec 11 femmes enceintes ayant un antécédent de perte périnatale. Suite à une analyse thématique, les résultats montrent qu'au début de la grossesse toutes les participantes ressentent « une angoisse de la perte » qui se manifeste par la présence d'un « sentiment de nervosité », « des rêves de la perte », « des doutes concernant la continuation de la grossesse », « l'agressivité », « les réactions émotionnelles » et « les réactions physiques ». Ainsi qu'une relation empathique médecin-patiente qui se manifeste par « un discours rassurant de la part de l'échographiste, « une bonne attitude de l'échographiste » et « une disponibilité de l'échographiste » contribue à « la diminution de l'angoisse de la perte ».

Mots clés : la perte périnatale ; l'angoisse de la perte ; relation médecin-patiente ; la séance d'échographie ; le milieu hospitalier.

Abstract

The present study aims to analyze the sonographer-patient relationship and identify its impact on the psyche of a pregnant woman with a history of perinatal loss. In this regard, we conducted a qualitative research using the case study method within the maternity hospital Soussi-centre Hospitalo-universitaire Ibn Sina –Morocco / High-risk pregnancy service. Our study is conducted through semi-structured research interviews with 11 pregnant women with a history of perinatal loss. Following a thematic analysis, the results show that at the beginning of the pregnancy all the participants feel an anguish of the loss which is manifested by the presence of a "feeling of nervousness", "dreams of the loss", "doubts about the continuation of the pregnancy", "aggressiveness", "emotional reactions" and "physical reactions". As well as an empathetic doctor-patient relationship which is manifested by "a reassuring speech on the part of the sonographer, "a good attitude of the sonographer" and "the availability of the sonographer" contributes to "the reduction of 'anxiety of loss'.

Keywords : perinatal loss ; loss anxiety ; doctor-patient relationship ; ultrasound session ; hospital environment.

Introduction

En milieu hospitalier, généralement les patients sont hypersensibles et préoccupés par leurs maladies. Ces derniers souhaitent une compréhension empathique de la part de leurs médecins et considèrent l'empathie comme un élément primordial dans la relation médecin-patient (Vannotti M, 2002).

Dans ce sens, la femme enceinte avec un antécédent de perte périnatale sera dans une situation très fragile (Chojenta et al., 2014), angoissante avec la crainte de revivre le même traumatisme.

Les médecins au sein du service de maternité se trouvent face à des femmes vulnérables. Ces dernières souhaiteraient une prise en charge affective vis-à-vis de leurs médecins et cela peut inciter un apaisement psychologique, c'est pour cette raison que la séance de l'échographie peut se dérouler dans un climat de malentendu car l'objectif médical du médecin cohabite mal avec les attentes maternelles (Wulveryck C, Brzychcy C & Corbillon, 2014 ; S.viaux-savelon, 2013).

En contrepartie, plusieurs études montrent la présence d'un stress important chez les personnels de la santé au Maroc. Une étude a été faite par O.laraqui et al. (2008) souligne la présence d'un stress intense chez les personnels de la santé au Maroc surtout dans les grandes villes (Rabat et Casablanca). Une autre étude de assiya el kettani et al. (2017) été faite au CHU Ibn Rochd de Casablanca, affirme la présence du syndrome du « burnout » chez les médecins en formation. Aussi, A.quarrichi et S.elmostapha (2021) confirment la perturbation de la santé psychologique des médecins et infirmiers exerçant à l'Hôpital Ibno Baja de Taza.

Comme nous venons de voir, il convient de signaler que la perturbation de l'état psychologique des médecins peut perturber la relation médecin-patient, surtout dans les services de maternité avec des femmes enceintes plus vulnérables comme ceux qui ont un antécédent de perte périnatale.

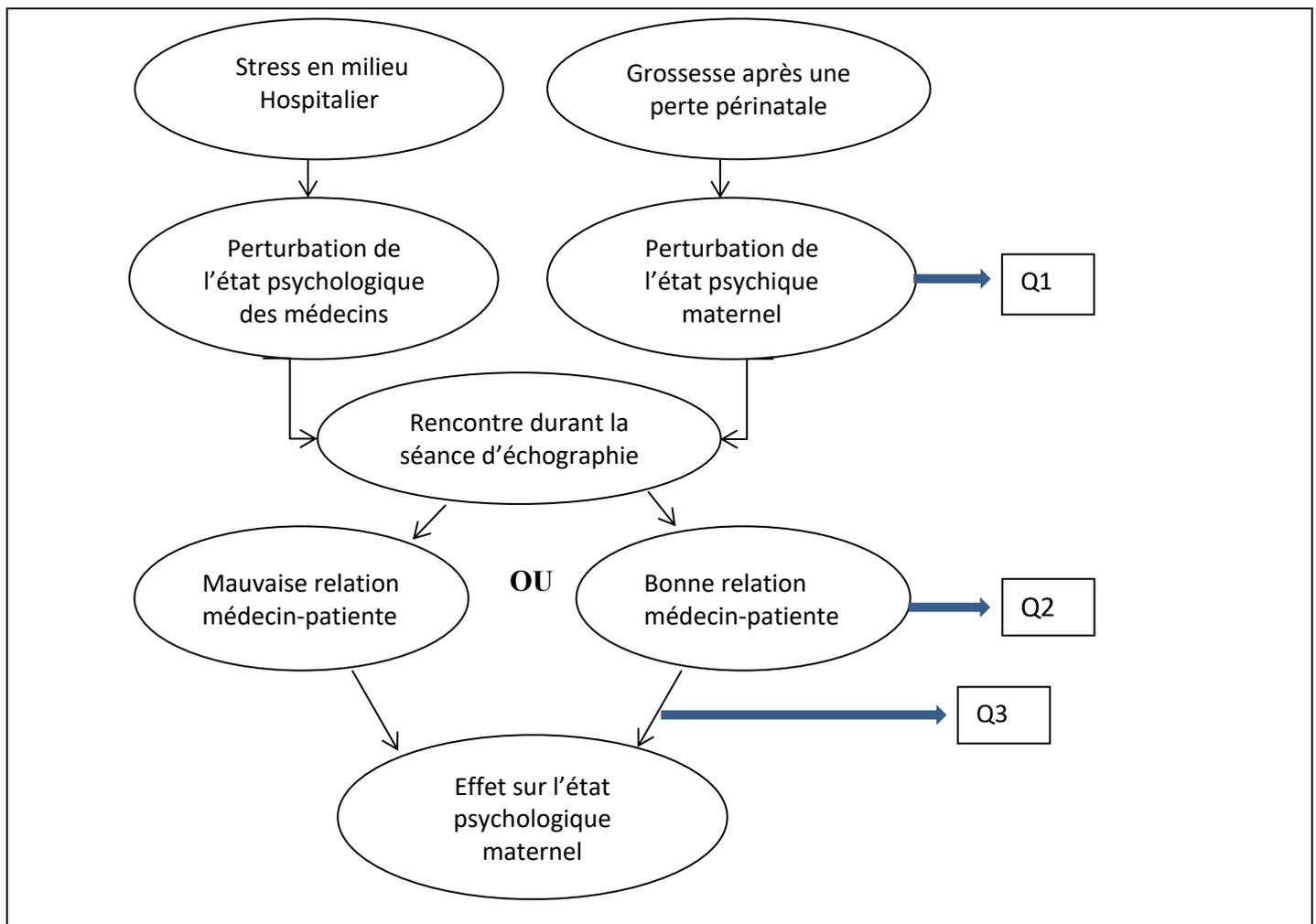
Dans ce contexte, la présente étude a pour objectif d'analyser la relation médecin-patient durant la séance d'échographie, à travers le discours des participantes, et relever son impact sur la psyché de la femme enceinte ayant un antécédent de perte périnatale.

- ❖ Quel est l'impact de la relation médecin-patient sur l'état psychologique de la femme enceinte ayant un antécédent de perte périnatale ?

Pour répondre à cette problématique (voir figure1) nous avons posé des questions et supposé les hypothèses suivantes :

- Qu'est-ce qui peut perturber l'état psychologique de la femme durant la nouvelle grossesse qui succède une perte périnatale? (Q1)
 - Nous supposons que l'angoisse de la perte perturberait l'état psychologique maternel (H1).
- Comment se manifeste la bonne relation médecin-patiente durant la séance d'échographie ? (Q2)
 - Nous supposons que les mots et les comportements rassurants des médecins aideraient à instaurer une relation empathique avec les patientes (H2).
- Quel est l'impact de la bonne relation médecin-patiente sur l'état psychologique maternel ? (Q3)
 - Nous supposons que la bonne relation médecin-patiente contribuerait à la diminution de l'angoisse de la perte (H3).

Figure 1 : Une représentation schématisée de notre problématique de recherche.



Source : « Auteurs »

Ce faisant, cet article sera structuré comme suit. Premièrement, nous commencerons par les fondements théoriques. Puis, nous présenterons notre méthode de la recherche suivie par l'analyse de nos résultats et la discussion. Enfin, nous terminerons avec une conclusion générale.

1. Fondements théoriques

1.1. La perte périnatale

Proverbe chinois « la mort des parents c'est la perte du passé, la mort d'un enfant c'est la perte de l'avenir ».

La perte périnatale est la mort soudaine et inattendue d'un futur enfant, qui survienne au début de la grossesse jusqu'à la fin de la première année de vie (Serret S, 2002). Autrement dit, la mort du futur bébé survienne soit pendant la grossesse, à la naissance ou après un peu du temps de la naissance. De plus, cette perte est à la fois réelle avec le décès du futur enfant et symbolique avec la perte du statut de la mère et la réalisation du désir d'enfant (Garel M & Legrand H, 2005). Il existe plusieurs types du décès périnatal tels que, les fausses couches spontanées, les interruptions volontaires de grossesse, les interruptions médicales de grossesse, les morts néonatales précoces et les morts néonatales tardives. Parmi les signes révélateurs de la mort périnatale, c'est l'absence des mouvements fœtaux, à ce moment la femme recourt à une échographie, un monitoring obstétrical qui est un outil qui relève le rythme cardiaque du fœtus et les contractions utérines ou à une auscultation ultrasonique afin d'entendre les battements du cœur. Aussi, certaines femmes peuvent observer une montée de lait suite à une mort in utero.

En général, les médecins utilisent une autopsie (examen médical du cadavre) pour détecter la cause du décès. Les causes sont d'origine maternelle, quand il s'agit de la présence d'une hypertension artérielle, le diabète ou une maladie comme les vésicules biliaires. D'origine fœtale comme la présence d'une maladie immunitaire (lupus), une infection virale (herpès)...

D'autres problèmes peuvent provoquer une perte périnatale, par exemple la présence d'une anomalie du cordon, un placenta mal placé ou un étouffement avec le cordon...

❖ Les spécificités de la perte périnatale :

- La survenue de la mort à un moment qui devrait être destiné à l'accouchement qui est un acte de donner la vie.

- Dans la plupart des cas, la cause du décès périnatal reste inconnue, les femmes cherchent toujours une justification qui permettent un apaisement psychologique (Serret, 2002 ; Uren & Wastell, 2002), parfois elles peuvent se mettre en cause, ce qui peut provoquer un sentiment de la culpabilité (J.Shulz et al., 2016).
- Après un décès périnatal, il n'existe aucuns souvenirs (image, vidéo, objets...), cela contribuerait à la difficulté de résoudre le deuil.
- Les proches considèrent que le fait de « tourner vite la page », aide les parents à surmonter leurs souffrances. Après un certain délai, la société renforce les parents à dépasser leur deuil rapidement, cette pression est vécue difficilement pour les parents (Hugues et al., 2004).
- Les pères dépassent la perte d'une manière plus rapide que leurs conjointes, ce décalage peut créer des conflits, la mère se sente seule, alors une bonne communication entre les parents est primordial pour surmonter ce conflit (Lasker JN & Toedler LJ, 1991).

Globalement, nous pouvons noter qu'après une perte périnatale la femme enceinte entre dans un état psychique très critique et cela nous a permis de mettre l'hypothèse que durant une nouvelle grossesse qui suit une perte périnatale la femme va ressentir une angoisse de la perte. En d'autres termes, la femme va avoir peur de revivre le même traumatisme et sentir la même souffrance psychique et c'est ce qui va contribuer à la perturbation de l'état psychique maternel.

1.2. La relation échographiste-patiente

L'échographie fœtale est un outil du dépistage anténatal et désigne aussi comme une première rencontre entre la mère et son futur enfant, cette rencontre virtuelle passe par un médiateur, c'est l'échographiste (Gourand L, Missonnier S & Soubieux M, 2011).

La mère assiste à la séance d'échographie pour rencontrer son futur bébé et s'assurer de sa santé physique. Cette rencontre se fait à travers une image à l'écran. Quand on regarde une image avec une intense affectivité, elle reste fixée par le psychisme et mémorisée dans notre esprit. En revanche, une image insignifiante ne sera jamais enregistrée dans notre mémoire.

De ce fait, une image échographique non commentée sera oubliée (P.denis, 2011) et une image accompagnée par une annonce traumatique ou un discours positif sera enregistrée

comme une image positive ou menaçante. Dans ce cadre, en constatant l'importance d'un discours positif de la part de l'échographiste.

A cause de cela qu'il existe un écart entre les attentes maternelles et les objectifs des médecins, ce qui peut provoquer un malentendu (Luc Gourand, 2008). Autrement dit, Il existe une différence entre le regard médical des échographistes qui examinent un fœtus statistique, anonyme afin de découvrir une anomalie et le regard du parent d'un fœtus porteur d'un désir et d'un projet parental (Gourand L, Missonnier S & Soubieux M, 2011).

Donc, durant une consultation médicale, le médecin doit s'intéresser à l'efficacité de sa pratique médicale et à l'efficacité de la qualité relationnelle avec les patients (Vannotti M, 2002).

A partir de ces travaux antérieurs, nous pouvons retenir l'ampleur d'un discours positif de l'échographiste, ceci nous a guidé de supposer que les mots et les comportements rassurants des médecins aideraient à instaurer une relation empathique avec les patientes.

1.3. La grossesse qui suit une perte périnatale

La grossesse qui succède une perte périnatale se caractérise par un vécu psychique très douloureux, la femme enceinte peut ressentir une tristesse intense (Chojenta et al., 2014) , une anxiété ou une dépression (Gong et al., 2013) , et même des symptômes post traumatique peuvent apparaître (Badenhorst & Hughes, 2007 ; Pamela D. Hill, 2008). Pour certains parents, la nouvelle grossesse est porteuse de jouissance, de l'espoir de vie, d'euphorie et pour d'autres c'est le sentiment de la tristesse et du malheur qui va accompagner l'annonce de la grossesse.

En ce cas, une souffrance psychique est souvent présente. Elle se manifeste par la crainte de revivre le même événement traumatique et devienne très intense à l'approche de l'âge gestationnel du décès précédent (Shulz J & Mériot M, 2014). Cette détresse psychique varie d'une femme à l'autre selon son intensité.

Parot.M (1993) affirme qu'une grossesse rapprochée favorise la résolution du deuil et pour d'autres la survenue d'une nouvelle grossesse entrave le processus du deuil et augmente le niveau de la dépression (Badenhorst & Hughes, 2007).

Compte tenu des travaux qui confirment la perturbation de l'état psychologique des femmes enceintes ayant un antécédent de perte périnatale et ceux qui affirment l'importance d'une relation empathique médecin-patiente.

Nous avons mis l'hypothèse que la bonne relation médecin-patiente contribuerait à la diminution de l'angoisse de la perte.

2. La méthode de l'étude

2.1. Type de la recherche

C'est une recherche qualitative en utilisant la méthode étude de cas.

Le but de cette étude ce n'est pas de quantifier ou de mesurer les comportements d'une population mais au contraire, nous cherchons de comprendre et d'expliquer le sujet étudié.

C'est pour cette raison que nous avons eu recours à la recherche qualitative.

En outre, afin d'expliquer le rôle de la relation échographiste-patiente et comprendre les attentes de la femme enceinte ayant un antécédent de perte périnatale vis-à-vis des médecins, il a été essentiel d'être en lien directe avec les participantes et de se concentrer sur chaque cas afin de collecter des informations sur un ensemble d'individu bien précis et faire une analyse en profondeur. C'est pour cela que nous avons utilisé l'étude de cas comme méthode de recherche.

2.2. Population cible

L'échantillon de cette étude est composé de 11 femmes enceintes ayant un antécédent de perte périnatale.

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none">-consentement de participation à l'étude-Femmes au cours de la grossesse-Tous types de perte périnatale-une femme ayant vécu l'expérience de l'échographie fœtale.-grossesse qui suit une perte périnatale.	<ul style="list-style-type: none">-refus de participation à l'étude-femmes enceintes sans un antécédent de perte périnatale-femmes non enceintes ayant un antécédent de perte périnatale

2.3. Lieu d'étude

L'étude a été faite au sien de l'hôpital de maternité Soussi-centre Hospitalo-universitaire Ibn Sina –Maroc / Service de grossesse à haut risque.

Ce qui nous a amené à choisir l'hôpital de maternité Souissi comme un lieu d'étude, c'est que au service de grossesse à haut risque, les médecins accueillent des femmes enceintes en état

de fragilité, comme les femmes enceintes ayant un antécédent de perte périnatale et cela convient absolument à nos attentes.

2.4. Matériel

- Entretien de recherche :

Des entretiens de recherche semi-directifs ont été proposés aux femmes enceintes. L'utilisation de ces entretiens nous ont permis d'explorer le rôle de la bonne relation échographiste-patiente sur la psyché de la femme enceinte.

A l'aide d'un guide d'entretien, au début les questions ont été précisés, permettant le recueil des informations générales. Par la suite, des différents thèmes ont été abordés afin de permettre aux femmes d'évoquer leur expérience durant la grossesse et précisément durant la séance d'échographie.

➤ Les thèmes entamés étaient les suivants :

- Le vécu psychologique de la femme durant le premier trimestre de la grossesse (avant la visualisation du futur bébé).
- Le déroulement de la séance d'échographie (relation médecin-patient).
- Les conséquences de la bonne relation échographiste-patiente.

Chaque entretien de recherche dure environ une heure.

2.5. Procédure

Il faut noter qu'au début nous avons obtenu l'autorisation de mener notre étude au sein de l'hôpital de maternité Soussi-centre Hospitalo-universitaire Ibn Sina.

Par la suite, avant de commencer un entretien de recherche, nous avons expliqué à la participante l'objectif de notre étude, le mode du déroulement de l'entretien, l'intérêt, les règles de l'anonymat et de la confidentialité. Au cas d'acceptation, la participante a lu puis signé un formulaire de consentement. Pour les illettrées, le formulaire de consentement a été lu et expliqué par le chercheur.

Chaque entretien de recherche a été mené à l'aide d'un guide d'entretien, rédigé en français et traduit fidèlement à la langue arabe.

Tous les entretiens ont été enregistrés afin de traiter les données collectées à l'aide d'une analyse thématique. Au début, les entretiens ont été retranscrits puis codés par un codage conceptualisé. Ensuite, nous avons regroupé les codes semblables en sous catégories et

finalement nous avons tenté de regrouper les sous-catégories en catégorie thématique et calculé ensuite le nombre d'occurrence et le ratio.

3. Analyse des résultats

Tableau 1. L'état psychologique des 11 femmes enceintes ayant un antécédent de perte périnatale (au début de la grossesse).

Catégories thématiques	Sous-catégories	Nombre d'occurrence	Ratio%
Présence de l'angoisse de la perte	Sentiment de nervosité	11	20,37
	La présence des rêves de la perte.	1	1,85
	Des doutes concernant la continuation de la grossesse	20	37,03
	Agressivité	9	16,67
	Réactions émotionnelles (les cris et les pleurs ...)	7	12,96
	Réactions physiques (battements du cœur ...)	6	11,11
Total		54	100%

Source : « Auteurs »

Les résultats du tableau [1] montrent que durant la grossesse qui succède la perte périnatale, toutes les femmes enceintes ressentent, « une angoisse de la perte » qui se révèle par la présence d'un « sentiment de nervosité » (11 /54 occurrences , soit 20,37%) , « des rêves de la perte » (1/54 occurrences , soit 1,85%) , « des doutes concernant la continuation de la grossesse » (20/54 occurrences , soit 37,03%) , « l'agressivité » (9 /54 occurrences , soit 16,67%) , « les réactions émotionnelles » (7/54 occurrences , soit 12,96%) et « les réactions physiques » (6/54 occurrences , soit 11,11%). « Penser au futur bébé » déclenche « des doutes concernant la continuation de la grossesse » ce qui provoque « une angoisse de la perte » chez la femme enceinte. (Par exemple : je commence à pleurer dès que je reçois l'idée de perdre mon futur bébé, je préfère ne pas penser à ça). La femme libère son angoisse par « l'agressivité », (par exemple : mes peurs me rendre folle et je deviens insupportable, je

frappe ma fille, après je me soulage et je me sens coupable» et « les réactions émotionnelles » (par exemple : les pleurs me soulage.).

Tableau 2. Déroulement de la séance d'échographie chez 11 femmes enceintes.

Sous-catégories	Nombre d'occurrence	Catégories thématiques	Nombre d'occurrence	Ratio %
Manque de réassurance de la part de l'échographiste.	3			
Mauvaise attitude de l'échographiste.	1	Mauvaise relation Médecin-patiente	10	27,78%
Rapidité de la prise en charge.	3			
Sentiment de colère et de désespoir.	3			
Un discours rassurant de la Part de l'échographiste.	8			
Bonne attitude de l'échographiste.	7	Bonne relation Médecin-patiente	26	72,22%
Disponibilité de l'échographiste (temps de la prise en charge ...).	3			
Sentiment de l'espoir	8			
Total			36	100%

Source : « Auteurs »

Les résultats du tableau [2], montrent que la plupart des femmes étaient en bonne relation avec leurs échographistes (26 /36 occurrences, soit 72,22%). « Une bonne relation médecin-patiente » se manifeste par un « discours rassurant de la part de l'échographiste » (8/26 occurrences, soit 30,77%), « une bonne attitude de l'échographiste » (7/26 occurrences, soit 26,92%) et « la disponibilité de l'échographiste » (3/26 occurrences, soit 11,54%). Tous ces éléments provoquent « un sentiment d'espoir » (8/26 occurrences, soit 30,77%). Néanmoins, « un manque de réassurance de la part de l'échographiste » (3/10 occurrence , soit 30%) , « une mauvaise attitude de l'échographiste » (1/10 occurrences , soit 10%) et « une rapidité de la prise en charge » (3/10 occurrences , soit 30%) , sont les principaux facteurs « d'une

mauvaise relation médecin-patiente » et c'est ce qui provoque « un sentiment de colère et de désespoir » (3/10 occurrences , soit 30%) chez les femmes enceintes.

Tableau 3. Les effets de la bonne relation médecin-patiente

Catégories thématiques	Sous-catégories	Nombre d'occurrence	Ratio%
	Diminution de la nervosité	11	45,83
Diminution de l'angoisse De la perte	Diminution des doutes par rapport à la continuation de la grossesse	13	54,17
Total		24	100%

Source : « Auteurs »

Selon le tableau [3], « La diminution de la nervosité » (11/24 occurrences, soit 45,83%) et « la diminution des doutes par rapport à la continuation de la grossesse » (13/24 occurrences, soit 54,17%), montrent le rôle important de la « bonne relation médecin-patiente » sur « la diminution de l'angoisse de la perte ». (Par exemple : l'échographiste m'a rassuré, je suis heureuse parce que cette grossesse va continuer) , (Par exemple : j'ai vu mon fœtus , l'échographiste été très gentil , il a pris le temps pour me montrer , ces mains , ces pieds , il est là , j'ai hâte de le voir , j'attends l'accouchement » , (par exemple : avant la séance d'échographie , j'étais très triste , mais après l'échographiste m'a rassuré , elle m'a donné de l'espoir , je suis heureuse , je n'arrive pas à vous décrire cette joie)...

« La bonne relation médecin-patient » durant la séance d'échographie est un facteur primordial parmi les autres facteurs (le soutien familial...) qui contribuent à la « la diminution de l'angoisse de la perte ».

4. Discussion

Cette étude a pour objectif d'explorer le rôle important de la bonne relation échographiste-patiente sur l'état psychologique de la femme enceinte ayant un antécédent de perte périnatale. Les résultats montrent que toutes les femmes qui retombent enceinte après une perte périnatale ressentent « une angoisse de la perte » qui se manifeste par la présence d'un

« sentiment de nervosité », « des rêves de la perte », « des doutes concernant la continuation de la grossesse », « l'agressivité », « les réactions émotionnelles » et « les réactions physiques ».

Globalement, les résultats de cette étude sont cohérents avec les travaux antérieurs. Plusieurs auteurs confirment la perturbation de l'état psychologique maternel durant une grossesse qui suit une perte périnatale. Chojenta et al. (2014) confirment la présence d'un sentiment de tristesse et une préoccupation intense chez la femme enceinte ayant un antécédent de perte périnatale. Aussi, Gong et al. (2013) affirment l'augmentation des symptômes anxieux et dépressifs durant la grossesse qui succède une perte périnatale. Notre première hypothèse qui indique que l'angoisse de la perte perturberait l'état psychologique maternel est vérifiée.

Dans ce cas, nous pouvons retenir que durant la séance d'échographie les médecins se trouvent face à des femmes vulnérables, d'après le discours des participantes, ces dernières souhaiteraient une prise en charge affective de la part de l'échographiste. (Par exemple : j'avais une crainte de perdre le bébé, j'ai attendu la séance d'échographie pour que le médecin me rassure). Plusieurs auteurs (cf Cosnier, 1994 ; Billings J A & Stoeckle J D, 1989), affirment aussi que les patients cherchent souvent une relation empathique, de type humain avec leurs médecins.

Les résultats de notre étude montrent aussi que « le bon déroulement de la séance d'échographie », en d'autres termes « la bonne relation échographiste-patiente » qui se manifeste par « un discours rassurant de la part de l'échographiste », « une bonne attitude de l'échographiste » et « une disponibilité de l'échographiste » apporte « un sentiment d'espoir » et c'est ce qui contribue à « la diminution de l'angoisse de la perte ».

Cependant, « une mauvaise relation échographiste-patiente » augmente « le sentiment de colère et de désespoir ».

Nos deux dernières hypothèses. La première qui indique que les mots et les comportements rassurants des médecins aideraient à instaurer une relation empathique avec les patientes et la deuxième qui désigne que la bonne relation médecin-patiente contribuerait à la diminution de l'angoisse de la perte, sont vérifiées.

Les résultats de notre étude vont dans le sens des travaux précédents. C.Wulveryck et al. (2014) souligne le rôle important des mots et des comportements de l'échographiste sur les espoirs parentaux. De son côté, Paul d'enis (2011) souligne qu'un discours rassurant de la part de l'échographiste donne une valeur thérapeutique aux images échographiques et un discours

inquiétant provoque un sentiment de malheur chez les parents et cette image devient traumatique.

Conclusion

Les résultats de cette étude confirment qu'une relation empathique échographiste-patiente est très essentielle dans la pratique clinique. De ce fait le médecin doit adapter un savoir-faire (la pratique médical) et un savoir-être (la capacité relationnelle) surtout face à des patientes vulnérables comme les femmes enceintes ayant un antécédent de perte périnatale. Durant une nouvelle grossesse, ces femmes enceintes sont en état de fragilité et ressentent une angoisse de la perte. Alors, L'échographiste devient une personne sur laquelle reposent les espoirs de la mère. Une relation empathique entre l'échographiste et sa patiente diminue cette angoisse et par conséquent l'apaisement de l'état psychologique maternel. A notre connaissance, cette étude est la première au Maroc qui vise à montrer le rôle important de la bonne relation médecin-patiente sur la psyché de la femme enceinte ayant un antécédent de perte périnatale.

Cette étude permettra aux professionnels de la santé de prendre conscience du rôle important de la bonne relation médecin-patient surtout dans les hôpitaux de maternité et de comprendre les attentes de la femme enceinte vis-à-vis du médecin, ceci améliorera la qualité de l'accueil et de la prise en charge.

Cependant, cette étude comporte quelques limites. En effet, durant les entretiens de recherche nous avons demandé aux femmes de répondre à des questions sur des événements du passé et du présent afin de révéler l'impact de la relation médecin-patiente sur la psyché maternelle. Par contre, une étude longitudinale sera plus efficace. Mais, la difficulté d'avoir des cas qui s'engagent à notre étude nous a empêché de mener ce type d'étude. En outre, la taille de notre échantillon est réduite puisque la population cible est difficilement accessible.

Par conséquent, il serait important pour les futurs chercheurs d'adopter une étude longitudinale afin de bien expliquer le rôle de la bonne relation échographiste-patiente et d'adopter une méthode mixte pour généraliser les résultats.

BIBLIOGRAPHIE

A, El Kettani., Z, Serhier., M, Bennanni Othmani., M, Agoub., & O, Battas. (2017). L'évaluation du syndrome du Burnout chez les médecins en formation au CHU Ibn Rochd de Casablanca. *Pan African Medical Journal*, 27 (243).

Badenhorst, W., & Hughes, P. (2007). Psychological aspects of perinatal loss. *Best practice & research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 21, 249-259.

BILLINGS, J A., & STOECKLE, J.D. (1989), *Clinical encounter. A guide to the medical interview and cases presentation*, Chicago : Year Book Medical Publishers.

Chojenta, C., Harris, S., Reilly, N., Forder, P., Austin, M P., & Loxton, D. (2014). History of pregnancy loss increases the risk of mental health problems in subsequent pregnancies but not in the postpartum. *PloS One*, 9(4).

COSNIER, J. (1994), *Psychologie des émotions et des sentiments*. Paris : Retz.

Denis, P. (2011). Impact de l'image en échographie et rôle de l'échographiste. Michel Soulé (éd.), *L'échographie de la grossesse: Promesses et vertiges* (pp. 85-111). Toulouse : Érès.

Gong, X., Hao, J., Tao, F., Zhang, J., Wang, H., & Xu, R. (2013). Pregnancy loss and anxiety and depression during subsequent pregnancies: data from the C-ABC study. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 166(1), 30-36.

Gourand, L., Missonnier, S., & Soubieux, M. (2011). Confirmations et surprises d'une décennie échographique !. Michel Soulé (éd.), *L'échographie de la grossesse: Promesses et vertiges* (pp. 15-35). Toulouse: Érès.

Garel, M., & Legrand, H. (2005), *L'attente et la perte du bébé à naître*, Paris : Albin Michel.

Shulz, J., Beauquier-Maccotta, B., Soubieux, M., Mériot, M., de Wailly, D., & Missonnier, S. (2016). Honte et culpabilité chez la femme enceinte suite à une interruption médicale de grossesse. *La psychiatrie de l'enfant*, 59, 361-424.

Hugues, P., Turton, P., Hopper, E., McGauley, G.A., & Fonagy, P. (2004). Factors associated with the unresolved classification of the adult attachment interview in women who have suffered stillbirth. *Development and Psychopathology*, 16, 215-30.

Lasker, J.N., & Toedler, L.J. (1991). Acute versus chronic grief: the case of pregnancy loss. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 61(4), 510-522.

O, Laraqui., S, Laraqui., D, Tripodi., A, Caubet., C, Verger., & C H, Laraqui. (2008). *Evaluation du stress chez les personnels de santé au Maroc : a d'une étude multicentrique*. Elsevier Masson SAS, 69 (5-6), 651-770.

Parot, M. (1993), *L'enfant de remplacement*, Paris : Frison-Roche.



Pamela D, Hill., Karen L, Kavanaugh., & Katrina J, Debackere. (2008). The Parental Experience of Pregnancy After Perinatal Loss. *Journal Of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing*, 37(5), 525-537.

Quarrichi, A., & Elmostapha, S. (2021). Santé psychologique : rôle du contrôle comportemental et des schémas comportementaux, *Revue Internationale du chercheur*, 2(1), 26 – 50.

S, Serret. (2002). La perte périnatale : la violence des réaménagements psychique ultérieurs. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 50(6-7), 531-534.

Shulz, J., & Mériot, M. (2014). Quand la vie reprend ses droits ? Une grossesse après une perte prénatale. *Le Carnet PSY*, 185, 31-35.

Uren, TH., & Wastell CA. (2002). Attachment and meaning-making in perinatal bereavement. *Death Studie*, 26, 279–308.

Vannotti, Marco. (2002). L'empathie dans la relation médecin-patient. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratique de réseaux*, 29(2), 213-237.

Viaux-Savelon, S. (2013). La parentalité échographique. *Dialogue*, 199,19-31.

Wulveryck, C ., Brzychcy, C., & Corbillon, A. (2014). Le vécu de l'échographie par les couples : étude de son impact sur leurs représentations de l'enfant à naître. *Revue de médecine périnatale*, 6, 258–264.