

Impacts psychologiques du décès par asphyxie néonatale sur le médecin généraliste en contexte camerounais : une étude exploratoire.

Joël Djatche Miafo^{*1,7}, Daniel Nzebou¹, Adolf Mote², Marileine Kemme Kemme³, Marquise Kouo Ngamby Ekedy⁴, Hortense Atchoumi⁵, Saskia von Overbeck Ottino⁶, Ntjam Marie-Chantale⁷

Affiliations :

Uni-Psy et Bien-Être (UNIPSY)¹, Institut National de la Jeunesse et des Sports de l'Université de Yaoundé 1², Hôpital Central de Yaoundé-Centre La Vie³, United Nations Population Fund of Cameroon⁴, Association des Sage-femmes et Assimilés du Cameroun⁵, Association Santé Mentale Suisse Rwanda⁶ Université de Douala⁷

*Auteur correspondant : Joël Djatche Miafo, email : djatchemiafojoel@unipsy.cm

RÉSUMÉ

Contexte : Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'asphyxie néonatale chaque année dans le monde, provoque la mort d'environ 1,2 million d'enfants. Au Cameroun, l'asphyxie néonatale est inscrite parmi les causes les plus fréquentes de décès néonataux à côté de la prématurité et de l'infection néonatale. Le décès d'un nouveau-né par asphyxie néonatale, entraîne des répercussions psychologiques chez la mère, le père, la famille, voire dans la communauté. Cependant, il n'existe pas une recherche au Cameroun qui évalue l'impact psychologique du décès par asphyxie néonatale sur le soignant, notamment le médecin généraliste qui est souvent celui/celle qui doit administrer les soins au bébé en détresse. Ainsi, l'objectif de cette étude est d'explorer l'impact psychologique du décès par asphyxie néonatale sur le médecin généraliste.

Méthode : La méthode qualitative et idiographique utilisée est l'analyse phénoménologique interprétative. L'expérience des participants est explorée, le sens qu'ils en donnent et les mécanismes psychologiques sous-jacents sont ressortis. Les entretiens semi-structurés sont conduits de manière non directive avec 3 médecins généralistes, puis analysés. **Résultats :** Il en

ressort des impacts psychologiques immédiats, post-immédiats, à court terme. Il s'agit de symptômes anxio-dépressifs, de ressentis émotionnels/affectifs (sentiments de peine, d'injustice, de colère, d'angoisse de mort), de symptômes d'allure traumatique, des stratégies immédiates pour faire face. À moyen et à long terme, s'installent : une perturbation de l'identité professionnelle, un impact négatif sur la parentalité, une diminution de la motivation au travail, une déshumanisation dans la relation à l'autre et les conflits interpersonnels et une dépendance angoissante vis-à-vis de la qualité du plateau technique et des aidants. **Conclusion** : Ces résultats permettent d'appréhender comment la souffrance psychologique du médecin généraliste peut impacter négativement le vécu, la motivation au travail et la qualité des soins. Il s'avère important d'envisager la prise en charge de cette souffrance psychologique et de l'explorer chez les autres professionnels de santé.

Introduction

L'état de la santé de la mère et de l'enfant est un des éléments fondamentaux du système de santé d'un pays, compte tenu de leurs implications sur le développement humain [1]. Il peut arriver qu'il y ait détérioration de la santé et même arrêt de la vie, de la mère ou de l'enfant, ou alors des deux. Plusieurs causes peuvent être à l'origine de cette mortalité, notamment infantile ou néonatale. Parmi celles-ci, on peut retrouver l'asphyxie néonatale qui, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) est le résultat d'une défaillance à initier une respiration normale à la naissance [2]. Selon l'OMS, entre 4 et 9 millions de nouveau-nés souffriraient d'asphyxie néonatale chaque année dans le monde, provoquant la mort d'environ 1,2 million d'entre eux et un handicap sévère pour plus d'un million d'enfants. Par ailleurs, 29 % des décès néonataux dans le monde seraient causés par une asphyxie néonatale

[3]. Au Cameroun, les données concernant les décès néonataux rapportent entre les taux entre 20,3% et 0,5% [4]. Ces différentes données ressortent des travaux qui ont été faits dans diverses maternités. Parmi celles-ci, il a par exemple été constaté dans une maternité que 75% des décès néonataux sont causés par l'asphyxie néonatale [5].

Dans tous les cas, le décès d'un nouveau-né par asphyxie néonatale, entraîne des répercussions psychologiques chez la mère, le père, la famille, voire dans la communauté. Celles-ci peuvent s'exprimer différentes expressions de douleur psychique allant de symptômes anxio-dépressifs, de dépression péri-natale à des réactions traumatiques. Elles peuvent aussi évoluer vers un deuil pathologique ou se manifester sous forme de perturbations dans les relations aux autres enfants, ou de bouleversement de projets de vie [6-8]. Les soignants sont, eux aussi,

souvent durement éprouvés par la surprise, voire la brutalité, l'inattendu et l'innommable de la mort d'un nouveau-né, en plus d'être exposés à la détresse des parents [9]. Cependant qu'en est-il des soignants exerçant au Cameroun et confrontés au décès néonatal par asphyxie périnatale, notamment les médecins généralistes qui sont souvent ceux qui doivent s'occuper du bébé en difficulté respiratoire ? leur vécu en lien avec ce type de

situation semble n'avoir pas été exploré jusqu'ici dans le cadre d'une recherche. C'est pourquoi, l'objectif de notre travail est d'explorer les impacts (retentissements, conséquences, contrecoup, répercussions) psychologiques des décès par asphyxie néonatale sur le médecin généraliste au Cameroun. Pour le réaliser, nous ferons une étude cas.

Méthodologie

Choix de la méthode : L'analyse phénoménologique et interprétative

Compte tenu de notre objectif qui est l'exploration de l'expérience psychologique du médecin face au décès néonatal par asphyxie, l'analyse phénoménologique et interprétative (API) est retenue comme méthode. C'est une approche qualitative qui peut permettre une compréhension approfondie et élargie d'un phénomène social peu connu dans l'espace médical camerounais [10]. Cette méthode plus interprétative que descriptive elle permet de décrire la signification à la fois personnelle et sociale de l'expérience humaine, ainsi que d'interpréter la nature implicite et explicite de cette expérience vécue par les participants [10]. Ainsi elle nous a semblé plus adaptée pour investiguer l'expérience de la confrontation à la mort. Même si cette expérience peut être commune à tous les médecins, elle ne se départit jamais d'une dimension profondément subjective.

L'API intègre une « triple analyse » afin d'accéder et d'interpréter la signification

Considérations éthiques

d'une expérience humaine : une analyse phénoménologique descriptive, une analyse herméneutique, et une analyse idiographique [11]. L'analyse phénoménologique descriptive implique que le chercheur se doit d'utiliser le discours de la personne et son interprétation de sa propre expérience pour bien décrire le phénomène étudié. La dimension herméneutique qui est double, implique un processus de circularité (cercle herméneutique) et d'analyse entre l'expérience vécue par le participant et l'interprétation posée par le chercheur. Les participants et les chercheurs ont ainsi chacun un rôle actif dans la formulation des résultats de l'étude. Cette rencontre entre le chercheur et le participant vise à créer une vérité co-construite, intersubjective et partagée. L'analyse idiographique se centre sur le particulier et permet de relever à la fois les points de convergences et de divergence au sein d'un même échantillon.

S'agissant de l'aspect éthique de l'étude, une notice d'information sur les objectifs de la recherche et un formulaire de consentement éclairé ont été élaborés, pour que l'accord à cette recherche soit libre, éclairé et continu. La possibilité de se retirer à tout moment et de ne pas répondre à une ou plusieurs questions, et cela sans conséquences, a été

Échantillonnage

Notre étude étant qualitative, nous avons opté pour un échantillonnage non probabiliste de convenance. Les critères d'inclusion sont : être médecin généraliste et avoir été confronté plus d'une fois au décès d'un bébé par asphyxie. Les participants ont été recrutés au cours du mois de juillet 2019, dans deux unités de néonatalogie des hôpitaux de

Outil de collecte

Dans cette recherche, nous voulons explorer l'expérience individuelle et l'impact psychologique vécus par les médecins généralistes face à des situations de mort des nouveau-nés par asphyxie. Plus concrètement, nous cherchons à accéder, à travers l'analyse du discours, aux interconnections entre l'expérience inscrite corporellement, les réactions émotionnelles, la construction de significations et enfin le partage oral ou écrit de cette expérience. Cela s'est fait à travers un guide d'entretien dont les thèmes présélectionnés à aborder sont : les aspects sociodémographiques, les ressentis émotionnels et affectifs, les représentations et croyances, la détresse liée à l'expérience et ses conséquences, les sensations corporelles, l'impact sur la pratique clinique, les besoins ressentis, l'effet sur la vie privée et les aspects existentiels, le contexte ou cadre

Traitement et analyse

clairement précisée. Les participantes retenues ont signé le formulaire de consentement libre et éclairé. Les données ont été anonymisées dès le début de la collecte. Pour protéger la vie privée des participantes, les données numériques ont été protégées par un mot de passe et les données manuscrites conservées sous clé.

district de la région du centre. Après une invitation par un message WhatsApp dans un forum de médecins, un total de trois médecins généralistes, toutes des femmes de 28, 29 et 30 ans, ayant au moins un enfant, avec 3 ans de pratique au moins et s'exprimant en français, se sont portées volontaires pour participer à cette recherche.

professionnel. Un accent est aussi mis sur la durée de ces effets. Un prétest a été réalisé et des ajustements effectués à partir des constats de cette première expérience. Par la suite, ce guide a été administré aux trois participantes, de manière à laisser émerger des thèmes non explicitement mentionnés préalablement. Ainsi, deux entretiens individuels semi-dirigés d'environ 80 minutes par participante, et enregistrés numériquement, ont été réalisés. Le premier entretien d'environ 55 minutes pour exprimer son expérience (la participante), et le deuxième de 25 minutes pour une concertation entre le chercheur et la participante pour arrêter la liste finale des thèmes et leurs significations. Des questions ouvertes et non directives ont été utilisées pour favoriser l'expression en profondeur du vécu des participantes.

La démarche d'analyse est largement inductive. La mise en forme de la retranscription est faite et analysée de façon linéaire avec toutefois des retours en arrière [10, 11]. Plus spécifiquement, l'analyse s'est déroulée de la façon suivante : réécouter et retranscrire les différents « obtenus » des entretiens. Après une première lecture globale, le repérage et annotation à la marge, des points saillants et donc des thèmes et mécanismes psychologiques sous-jacents est effectué, et des pistes d'interprétation proposées. L'impact subjectif du texte, ainsi que l'interaction entre la participante et le chercheur sont pris en compte. Tout cela visant à faire ressortir les éléments idiographiques des participants. La cotation est triple : par un psychologue clinicien, un

Résultats

Dans l'objectif d'explorer les impacts psychologiques sur le médecin généraliste du décès néonatal par asphyxie, l'analyse phénoménologique et interprétative a été utilisé, et les éléments suivants en sont ressortis.

psychosociologue et un médecin. Elle permet d'avoir une plus grande variété de propositions d'interprétations. Les entretiens sont analysés un à un, avec la latitude de revenir en cours d'analyse en fonction des thèmes, sur les entretiens déjà analysés. Un report des éléments saillants de chaque analyse individuelle est fait, puis une structuration de cette masse d'information progressive en regroupant les données par sous thèmes et grands thèmes (transformés, renommés), avec les extraits des entretiens correspondants. Un dernier retour vers les participantes est fait pour une re-concertation autour des thèmes. Ainsi, le sens de l'expérience des participantes et les différents mécanismes, conduites, processus psychologiques sous-jacents sont ressortis.

Recherche systématique des thèmes dans le discours

Les trois chercheurs (psychologue clinicien, psychosociologue et médecin) chargés de l'analyse ont respectivement fait émerger dans ces entretiens 16, 18 et 22 thèmes (Tableau 1).

Tableau 1 : Liste des thèmes relevés par les 3 cotateurs

Thèmes	Thèmes
Perturbation de l'identité professionnelle	Conflits de la parentalité
Diminution de la motivation au travail	Symptômes d'humeur négative
Troubles mentaux	Angoisse de mort et idées de mort
Stratégies de coping	Réactivation de traumatismes et pertes anciens
Perturbation de la relation parent-enfant	Sentiment de vide, isolement
Déshumanisation dans la relation à l'autre, conflits interpersonnels (travail, famille)	Sentiment d'injustice,
Perturbation du comportement alimentaire	Sentiment de déception, de peine

Irritabilité, agressivité, colère	Sentiment d'impuissance (allers-retours entre toute-puissance et impuissance)
Symptômes d'évitement	Perte de l'estime de soi et la confiance en soi
Symptômes d'éveil et vigilance	Symptômes anxieux, angoisse
Dépendance angoissante vis-à-vis du système de santé	Sentiments de culpabilité, de honte, de regrets, d'abandon

Après constat et concertation, plusieurs thèmes (contenant des sous-thèmes) se recoupent, et donc neuf (9) thèmes sont finalement retenus. Il s'agit de : symptômes anxio-dépressifs, perturbation de l'identité professionnel et diminution de la motivation au travail, ressentis émotionnels/affectifs (émotions, humeurs, sentiments, angoisse de mort) et perturbation du comportement alimentaire, impact sur la parentalité du

médecin, stratégies pour faire face, symptômes d'allure traumatique, dépendance angoissante vis-à-vis de la qualité du plateau technique et des aidants, sentiment d'impuissance et de toute puissance et déshumanisation dans la relation à l'autre et conflits interpersonnels. Ci-dessous présenté le tableau de la liste finale des thèmes et leur occurrence. (Tableau 2)

Tableau 2 : Liste finale des thèmes et fréquence d'apparition

Thèmes	Occurrence
Symptômes anxio-dépressifs	147
Perturbation de l'identité professionnel et Perte de motivation à travailler	114
Ressentis émotionnels/affectifs (colère, agressivité, sentiment de peine, sentiment d'injustice), Angoisse mort, idée de mort et Perturbation du comportement alimentaire	93
Impact sur la parentalité du médecin	84
Stratégies psychologiques pour faire face	63
Symptômes d'allure traumatique	60
Dépendance angoissante vis-à-vis de la qualité du plateau technique et des aidants	45
Sentiment d'impuissance et de toute puissance	45

Déshumanisation dans la relation à l'autre et conflits interpersonnels	33
--	----

Au regard des thèmes retenus, 2 catégories émergent : les impacts psychologiques immédiats, post-immédiats et court d'une part, et les impacts psychologiques à moyen et long terme d'autre part. Ce qui arrive dans l'immédiat est entendu ici comme une manifestation qui survient dans les 24 heures et post-immédiat, plus de 24 heures à 30 jours

Catégorie 1 : impacts psychologiques immédiats, post-immédiats et à court-terme

Sentiments d'impuissance et de toute puissance

La formation médicale induit explicitement ou implicitement l'idée que le médecin est censé sauver des vies. Cette posture toute puissante le prépare mal à la confrontation avec l'impuissance et la mort. Face à des expériences de deuil, le médecin peut vivre une sorte de chute sur le plan du vécu et ressentir une importante impuissance. Ainsi, lorsque la mort survient : « on voit l'enfant mourir à petit feu... et en plus d'une mort arbitraire, on est appelé à sauver des vies, mais pourtant nous sommes là comme des

[12]. Le court terme renvoie à une manifestation qui apparaît après les 30 premiers jours à 6 mois, moyen terme de 6 mois à 24 mois et long terme après 24 mois [12]. Par ailleurs, il est à noter qu'un effet (thème) peut se manifester sur le champ dans l'immédiat et perdurer dans le temps.

spectateurs » (participante 1). La participante 3 exprime le vécu de l'impuissance surtout dans les situations où elle pourrait faire quelque chose pour sauver le bébé, mais qu'elle se sent entravée par la défaillance du plateau technique et/ou par la lenteur réactive ou le manque de moyens financiers de la part de la famille : « l'impuissance est vraiment dure à vivre, surtout quand tu sais que tu es capable de sauver cette vie, mais tu n'as pas les moyens ».

Stratégies psychologiques pour faire face

L'exposition à cette situation angoissante qu'est le décès d'un bébé par asphyxie néonatale suscite inéluctablement l'émergence des mécanismes de défenses, des stratégies pour faire face à cette expérience potentiellement traumatique. Ceux-ci diffèrent en fonction de la personnalité, de l'histoire, de l'environnement de chacune des

participantes. Ces différentes manières de réagir, sont actives et conscientes, moins conscientes pour certaines et d'autres des tentatives qui aident. Parmi ces stratégies, on relève la *restructuration cognitive* qui est une façon de penser alternativement : « j'évite que ça m'envahit, c'est pourquoi quand ça arrive, je me mets dans la tête que les autres

patients auront besoin de mon intégrité physique et psychologique » (participante 2), « je me dis ça ne doit pas me toucher » (participante 3). Il apparaît aussi, des tentatives de *mise à distance des affects* « je refoule beaucoup » (participante 3) ; « face à la douleur d'autrui, je me bloque pour que ça ne m'atteigne plus, je refoule » (participante 2). Une manière de se défendre contre l'angoisse provoquée par un décès néonatal est de la *banaliser, voire du cynisme pour ne pas sentir la détresse* : certains personnels au regard de la situation font des paris sur le temps de vie du bébé, c'est vraiment de la banalisation » (participante 1). Le *déplacement des investissements* est un autre mécanisme conscient de protection utilisé, à l'instar du surinvestissement des autres patients : « parfois, après cela, je me concentre sur les autres patients en faisant des choses que je ne suis même pas censée faire » (participante 2). S'agissant des stratégies moins conscientes, il apparaît encore la *sidération et l'apathie*, comme en témoigne la participante 2 : « on m'a fait la remarque *Ressentis émotionnels/affectifs (colère, agressivité, sentiment de peine, sentiment d'injustice), angoisse de mort et perturbation du comportement alimentaire*

La mort d'un nouveau-né par asphyxie néonatale suscite quasi instantanément et dans le post immédiat une combinaison d'émotions, de sentiments et de réactions pénibles qui impactent négativement le bien-être des participantes, tant sur le plan professionnel que privé. En effet, elles peuvent présenter des sentiments : de peine,

que je suis devenu apathique, je crois que ce sont les refoulements là qui ont créé ça ». Par ailleurs, d'autres stratégies s'avèrent aidantes dans l'immédiat et le post-immédiat. Dans cette perspective, il en ressort que *le port de la blouse* peut aider à traverser, à contenir cette phase difficile. Ici, la blouse pourrait être considérée comme une enveloppe protectrice relativement à la symbolique qu'elle représente : « le jour où un bébé meurt, je suis très anxieuse pendant la journée jusqu'à ce que je rentre. Mais le lendemain lorsque j'arrive à l'hôpital, je mets ma blouse, ça me permet de balayer la journée d'hier » (participante 1). Un autre mécanisme qui peut aider, est de se faire une raison, en d'autres termes de *rationaliser* : « je me dis que ça fait partie du métier, ce sont les choses qui arrivent surtout lorsqu'on est dans les pays comme les nôtres » (participante 2). Aussi, *parler* de ce qui s'est passée est un moyen de se soulager, qui aide à supporter la situation : « quand ça arrive, j'en parle, j'appelle ma belle sœur qui a des mots pour m'apaiser » (participante 1).

de colère, d'injustice ou de troubles alimentaires. Participante 3 : « C'est dur, on voit l'enfant mourir à petit feu, ce n'est vraiment pas aisé de le vivre ». « Il y a de la colère, beaucoup de colère et souvent je décide d'enlever ma blouse et dire je ne soigne plus, c'est bon pour ma journée comme ça » (participante 1). « Après un truc

comme ça, je rentre et à la maison je deviens hystérique » (participante 3). « Après un décès par asphyxie, mon angoisse m'amène à beaucoup grignoter, pendant plus de 3 jours » (participante). Pour la deuxième participante, la mort d'un bébé est une grosse injustice, ce n'est pas normal qu'une femme vient avec son bébé dans le ventre et ne rentre pas avec lui, surtout quand il y a la possibilité de faire quelque chose. Cette situation suscite beaucoup de colère chez elle et aussi de peine « c'est très pénible, c'est très dur ».

Symptômes anxio-dépressifs

Suite à certaines situations de décès néonatal par asphyxie, les participantes présentent des manifestations dépressives et d'anxiété qui peuvent durer pendant des semaines. Pendant cette période, le rendement professionnel des participantes n'est pas optimal. En effet, ces manifestations et vécus qui ont une allure anxieuse et dépressive sont : la culpabilité et les remords, les troubles de sommeil (insomnies d'endormissement, de réveil multiple et subtotal), les sentiments de tristesse et d'effondrement, crises de larmes, l'irritabilité, le sentiment d'abandon, la fatigue psychologique, diminution de l'estime de soi et la confiance en soi. Participante 1 : « quand on voit un bébé mourir comme ça, ça pousse à beaucoup de remords... je me sens triste et je pleure même souvent... je passe des nuits blanches ».

Symptômes d'allure traumatique

Le potentiel traumatogène du décès néonatal par asphyxie sur le médecin généraliste n'est

L'exposition au décès néonatal peut dans certains cas susciter une angoisse diffuse de mort. La participante 2 a le sentiment que la vie peut s'arrêter à tout moment, ce qui la met en alerte permanente. Elle a peur que tous les patients qui arrivent à l'hôpital risquent de mourir peu importe la pathologie. Cette hypervigilance en lien avec des angoisses de mort imprègne aussi sa vie privée, elle a l'impression que le pire peut arriver aux membres de sa famille (enfants, parents, conjoint) à tout moment.

Participante 3 : « je pense à c'est quoi être médecin dans ce Cameroun ? est-ce que j'ai bien fait mon travail, et tout fait ce qu'il fallait faire ? peut-être que ? cela entraîne le doute et le manque de confiance... ». Participante 2 « je rumine beaucoup ». « de ma petite expérience ça peut entraîner des troubles psychologiques. J'étais d'abord aux services des urgences, la vue des morts, de leurs familles, l'incapacité du système, les paris des personnels sur les temps mis avant les décès, la banalisation. Tout cela m'a fait sombrer dans la dépression. Et c'est le même cas de figure en néonatalogie » (participante 1). Au regard de tout ce qui précède dans ce thème, il y a un risque à ce stade, sans aide, que les troubles anxieux et dépressifs s'installent.

pas à négliger. Quelques manifestations et vécus présents chez les participantes en

témoignent. En effet, il apparaît des altérations de la vigilance et des réactions tel le sommeil perturbé : « je passe des nuits blanches lorsque je vois des enfants mourir... » (participante 1). Dans le même ordre d'idée, les flashbacks surviennent également « Les visages des bébés, les images du moment de réanimation et autres me reviennent dans la tête des jours et semaines après et parfois je n'arrive pas à refouler ça » (participantes 2). Il en est de même des comportements d'évitement : « je refoule beaucoup, j'essaie beaucoup de chasser ces

Catégorie 2 : impacts psychologiques à moyen et long terme

Déshumanisation dans la relation à l'autre et conflits interpersonnels

L'exposition répétée à des décès néonataux présentent le risque, après des symptômes plus aigus, d'évoluer vers des modifications durables de la personnalité. Les personnes peuvent devenir irritables, froides comme insensibles, dépourvues d'empathie. Les témoignages des participantes vont dans ce sens : « on m'a fait la remarque que je suis devenu sans cœur » (participante 1), « à force de refouler je suis devenu apathique » (participante 2). Une autre conséquence de ce changement plus profond peut être l'augmentation des conflits entre les

Impact sur la parentalité du médecin

La parentalité désigne l'ensemble des façons d'être et de vivre le fait d'être parent. Elle concerne entre autres le type de relation, les interactions, le lien que le parent entretient avec son enfant [13]. L'expérience répétée de confrontation à des décès de nouveau-né par asphyxie peut encore avoir des

pensées-là » (participantes 2) ; « pour garder mon intégrité physique et psychologique, j'essaie de pouvoir rapidement évacuer... » (participante 3). Les réactivations d'anciennes situations des décès néonataux par asphyxie réémergent aussi : « pour le dernier cas qui est mort à petit feu pendant que je faisais les massages cardiaques, ça m'a tellement touché, qu'après plusieurs semaines, les autres décès de bébés et mêmes d'autres patients sont remontés et ont commencé à vraiment me perturber » (participante 3).

collègues « on ne se rend pas toujours compte, mais les situations comme ça, créent trop de tensions et chacun commencent à ne s'occuper que de ses affaires dans le service » (participante 3). Et la 2^{ème} de dire « lorsqu'on vit des frustrations, ça fait que soit on se soutient entre collègues, soit on s'accuse les uns les autres, là où je suis, il y a 2 personnels là qui passent seulement leur temps à dire qu'on ne s'occupe pas bien des patients et c'est pour ça qu'il y a trop de morts chez nous... et moi je ne manque pas de leur répondre fortement hein ».

retentissements sur la parentalité des participantes. Celles-ci semblent en particulier développer des formes d'hypervigilance et des angoisses de mort sur leurs enfants. Pour la participante 1 : « je suis de plus en plus attentionnée, plus attentive, je deviens maman bénie oui oui, et mon fiancé

me dit que je vais gêner ses enfants ». Quant à la participante 3 « à force de ça, je suis devenu hyperprotectrice ». « À chaque fois que ça arrive, dès que je rentre je cherche

Perturbation de l'identité professionnelle et perte de motivation à travailler

Les participantes ont toutes reçu une formation médicale et ont donc un ensemble de compétences et expériences. Celles-ci se conjuguent avec leur personnalité, avec les valeurs et symboles qui y sont liées et un environnement professionnel qui permet d'exprimer et de déployer cet ensemble. La confrontation régulière à la mort par asphyxie néonatale met en lumière des insuffisances tant au niveau de la formation sanitaire, qu'au niveau de la réactivité des parents ou de la famille du défunt bébé. C'est très difficile de vivre des situations qui vont en l'encontre d'une des représentations qui structure la profession (le médecin est censé sauver des vies), qui peuvent être évitables si des mesures idoines sont prises par le système de

Dépendance angoissante vis-à-vis de la qualité du plateau technique et de la famille

La situation de précarité des moyens de la formation sanitaire, ainsi que de la famille sont deux facteurs qui peuvent entraîner de l'angoisse chez les participantes. La précarité des moyens sanitaires est caractérisée par une insuffisance du plateau technique et de médicaments, et celle de la famille par une pauvreté financière qui ne les permet pas de payer les soins. Ceci fait que les participantes peuvent se sentir anxieuse face à tout accouchement, redoutant la survenue d'une difficulté respiratoire du bébé, voire de son

seulement mon enfant et si je ne le vois pas, je me mets à crier sur tout le monde » (participante 2).

santé et la famille. Cela est d'autant plus difficile si le vécu de ses expériences de mort, est accumulé et non traité. À moyen et long terme, cela semble retentir négativement sur la motivation à travailler, sur le sentiment d'auto-efficacité, sur le choix de la spécialisation, sur les aspirations futures : « j'ai plus envie de faire médecine, j'ai envie de faire santé publique, ne plus être en contact avec les patients, les morts, les problèmes, je ferai des recherches » (participante 1). « Beaucoup de collègues qui sont passés par là changent de carrière. Par exemple, ils ne font plus ce qu'ils voulaient faire comme la pédiatrie par exemple, ils vont faire radiologie, biologie ou santé publique » (participante 2).

décès. La participante 2 : « C'est dur d'affronter une situation comme ça, parce qu'on sait qu'il n'y a pas de matériel à l'hôpital. On veut bien faire notre travail et on peut bien le faire, mais hélas... ce manque de matériel pour l'oxygénothérapie, l'hydratation, les médicaments et autres fait vraiment chier ». Pour la participante 1 : « un des cas qui m'a beaucoup marqué. Les scores d'Apgar étaient : 2, 5, 7, mais le manque des médicaments et de réactivité de la famille, pourtant on pouvait bien sauver cet enfant ».

« S'il y avait les moyens, tu serais fier de faire ton travail. Tu te sens impuissant face à ça et en plus face à la famille qu'on n'arrive pas à mobiliser rapidement... ça amène à constater

Discussion

Ce processus d'analyse a fait ressortir deux catégories découlant de l'expérience des participantes face au décès d'un nouveau-né par asphyxie : les impacts immédiats, post-immédiats, à court, moyen et long terme. Les résultats de cette recherche faite sur l'impact psychologique du décès néonatal sur les médecins généralistes ressortent, le sentiment d'impuissance vécu par les soignants. Ce sentiment est retrouvé dans une autre recherche faite en France [14]. Il en est de même des sentiments d'injustice et de colère, qui sont également mis en exergue dans la même étude.

La confrontation répétée à la mort des bébés par asphyxie entraîne chez les médecins généralistes le deuil de l'idéal de la toute-puissance, qui remet en cause le choix de la profession et même de la carrière. Cette blessure narcissique contribue à l'apparition des manifestations de fatigue et d'irritabilité, de distance émotionnelle vis-à-vis des patients. La même détresse est également susceptible de générer des conflits entre collègues. Pour faire face des stratégies telles que la rationalisation, la mise à distance de l'affect, sont utilisées. Ces résultats corroborent ceux d'une autre recherche menée en contextes français et canadiens [15, 16].

qu'il faut éduquer la famille sur le fait de réagir rapidement, sur le fait qu'un prématuré peut vivre » (participante 3).

Une différence entre notre étude et celles faites ailleurs [14 - 16], est que la population est spécifique dans la nôtre : le médecin généraliste mère, avec un potentiel impact sur leur parentalité. En effet les autres ont travaillé sur une population hétérogène (sage-femme, infirmier, pédiatre, gynécologue, généticien), celle travaillant en service de maternité et/ou de néonatalogie. De plus, certains impacts psychologiques observés dans notre travail, n'apparaissent pas dans les travaux suscités. Il s'agit de la dépendance angoissante vis-à-vis de la qualité du plateau technique et de la famille. Les insuffisances à ces deux niveaux génèrent une angoisse parfois intense chez le médecin généraliste. Et aussi, l'expérience répétée de la mort d'un nouveau-né par asphyxie a des conséquences sur la manière d'être parent des participantes. Elles deviennent soit très permissive, soit très protectrice.

Par ailleurs, dans la littérature des travaux faits au Cameroun et en Afrique subsaharienne, nous n'avons pas trouvé de recherche qui aborde la souffrance psychologique du médecin généraliste en lien avec le décès néonatal par asphyxie. En effet, les questions concernant le vécu du soignant est rarement abordé, comme s'il s'agissait simplement de faire son métier sans état

d'âme. Notre étude montre que la réalité est tout autre et qu'il est important d'en tenir compte. Car il est bien démontré que dans les métiers de la relation d'aide, l'état de mal-être de l'aidant (soignant) impacte négativement la qualité de l'aide [17]. Et donc, tous les *Limites de la recherche*

La première limite est l'échantillon qui est de petite taille et ne permet donc pas la généralisation des résultats. Relativement aux spécificités de l'analyse phénoménologique interprétative, une recherche comme celle-ci,

symptômes observés chez les médecins généralistes dans cette recherche, ne touchent pas que la motivation à poursuivre son métier. Ils peuvent aussi diminuer la qualité des soins.

favorise une compréhension approfondie d'un phénomène s'actualisant dans un contexte particulier. En deuxième lieu, l'absence de participant homme constitue une autre insuffisance à cette étude.

Conclusion

Au terme de ce travail, il apparaît que les médecins généralistes, présentent une souffrance psychologique significative face au décès néonatal par asphyxie. Elle peut se manifester dans l'immédiat, le post-immédiat, le court terme et même dans le moyen et long terme. Il s'agit entre autres des symptômes anxio-dépressifs, les ressentis émotionnels/affectifs (sentiments de peine, d'injustice, de colère, d'angoisse de mort), de symptômes d'allure traumatique. Dans le temps, s'installe, une perturbation de l'identité professionnelle, un impact négatif sur la parentalité, une diminution de la motivation au travail, une déshumanisation dans la relation à l'autre et les conflits interpersonnels. Ce travail est inédit dans le contexte camerounais, et ses résultats permettent d'appréhender comment la souffrance psychologique du médecin

généraliste peut impacter négativement le vécu, la motivation au travail et la qualité des soins. Ces conséquences conduisent également à envisager, la prise en charge de cette souffrance psychologique. Enfin, il serait intéressant de poursuivre la compréhension de ce phénomène en menant d'autres études qualitatives et quantitatives, incluant tous les soignants confrontés aux situations difficiles et potentiellement traumatiques.

CONFLIT D'INTERET : AUCUN

REFERENCES :

1. Kane H. Soins aux nouveau-nés : les recommandations internationales face aux enjeux sociaux de la naissance. *Santé Publique*, 2020/S1 (HS1), p. 17-27. DOI : 10.3917/spub.200.0017. URL : <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2020-S1-page-17.htm>
2. World Health Organisation. Basic new bornre suscitation: apractical guide. Geneva, Switzerland: *World Health Organisation* [in line]. 1997 [accessed 2016 Feb 26]. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/newbornresuscitation/index>
3. Omo-Aghoja L. Maternal and fetal acid-base chemistry: a major determinant of perinatal outcome. *Ann Med Health Sci Res*. 2014;(41):8-17.
4. Koum DC, Essomba NE, Ngaba GP, Sintat S, Ndombo PK, Coppieters Y. Morbidité et facteurs de risque de mortalité néonatale dans un hôpital de référence de Douala [Morbidity and risk factors for neonatal mortality in Douala Referral Hospital]. *Pan Afr Med J*. 2015 Mar 17; 20:258. French. doi: 10.11604/pamj.2015.20.258.5648. PMID: 26161181; PMCID: PMC4484331.
5. Chelo D, et al. Mortalité néonatale précoce et ses déterminants dans une
11. analysis: theory, method, research. *Londres: Sage Publications*; 2009.
12. Antoine P, Smith JA. Saisir l'expérience : présentation de l'analyse phénoménologique interprétative comme méthodologie qualitative en psychologie. maternité de niveau I à Yaoundé, Cameroun. *Pan African Medical Journal*. 2012 ;13 :67. [doi :10.11604/pamj.2012.13.67.1886]
6. Mazoyer A, Schouvey A, Bérail B, & Roques M. Répercussions psychiques du trauma du décès maternel pendant une grossesse. *Bulletin de psychologie*, (2016), 545, 365-379. <https://doi.org/10.3917/bupsy.545.0365>
7. Montigny F, Gervais C, & Verdon C. Décès d'un enfant en période périnatale : un traumatisme pour les pères. Dans : Benoît Bayle éd., *Traumatismes psychiques à l'aube de la vie* (2021), (pp. 167-177). Toulouse : Érès. [Doi.org/10.3917/eres.bayle.2021.01.0167](https://doi.org/10.3917/eres.bayle.2021.01.0167)
8. Apouli D, Ndjalla A. Vécu Du Deuil Périnatal Chez Les Parents Bulu d'Ebolowa. Entre Frustration Et Rejet Socioculturel. *EAS J Humanit Cult Stud*; Vol-3: Iss-5 (2021): 247-254. DOI: 10.36349/easjhcs.2021.v03i05.010
9. Gonnaud F. La mort périnatale : souffrance et malaise des soignants. *Laennec*, (2015), 63, 41-52. <https://doi.org/10.3917/lae.152.0041>
10. Smith JA, Flowers P, Larkin M. Interpretative phenomenological *Psychologie française*. 2016 Dec ;62(4) :373-85.
13. Ducrocq F. Approches thérapeutiques immédiates et post-immédiates du psychotraumatisme. *Stress et Trauma*, 2009 ; 9(4) : 237-240

14. Nanzer N. La dépression périnatale, sortir du silence. *Editions Favre*, 2009.
15. Gonnaud F. La mort périnatale : souffrance et malaise des soignants. *Centre Laennec*, 2015, (63) 41-52. DOI :10.3917/lae.152.0041
16. Fontaine E. & Wendland J. Analysis of the Nurse-Baby Relationship and of Caregivers' Bereavement in Neonatology. *Devenir*, (2015) 27, 31-52. doi.org/10.3917/dev.151.0031
17. Verdon C, Grenier J, René C, Landry I, Cherblanc J, & de Montigny F. L'expérience de la mort durant la pandémie : un éveil collectif chez le personnel soignant. *Études sur la mort*, (2023), 159, 147-166. <https://doi.org/10.3917/eslm.159.0147>
18. Canouï P. La souffrance des soignants : un risque humain, des enjeux éthiques », *InfoKara*, 2003/2 (18), 101-104. <https://doi.org/10.3917/inka.032.0101>