



UNIVERSITÉ D'ABOMEY-CALAVI (UAC)



FACULTÉ DES LETTRES, ARTS ET SCIENCES HUMAINES (FLASH)

ÉCOLE DOCTORALE PLURIDISCIPLINAIRE « Espaces, Cultures et Développement »
(EDP)

FORMATION DOCTORALE DE PSYCHOLOGIE ET DES SCIENCES DE
L'ÉDUCATION

MÉMOIRE DE MASTER-RECHERCHE EN PSYCHOLOGIE

OPTION : PSYCHOPATHOLOGIE ET PSYCHOLOGIE CLINIQUE

SUJET

**LE PSYCHOLOGUE CLINICIEN EN MILIEU
HOSPITALIER AU BÉNIN : ÉTAT DES LIEUX,
RÔLE ET PERSPECTIVES DANS LA ZONE
SANITAIRE ABOMEY-CALAVI/SÔ-AVA**

Réalisé et soutenu par :

ZOUMÈNOU Roméo E.

Sous la Direction de :

Gabriel C. BOKO, Professeur Titulaire de
Psychopédagogie (FLASH/UAC)
et
Rogatien C. SEGLA, Maître-assistant de
Psychologie, (FLASH/UAC)

COMPOSITION DU JURY :

Président : Prof. Gabriel C. BOKO

Examineur : Dr. Gbènoukpo DAH-LOKONON BODÉHOU (M.A.)

Rapporteur : Dr. Rogatien C. SÈGLA (M.C.)

Mention : **Bien (15/20)**

Soutenu, le 14 mars 2016

SOMMAIRE

DEDICACE.....	ii
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES SIGLES.....	iv
LISTE DES TABLEAUX.....	v
LISTE DES FIGURES.....	vi
LISTE DES EXTRAITS	vii
RESUME.....	viii
ABSTRACT.....	ix
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I : FONDEMENTS THÉORIQUES	4
CHAPITRE II : CADRE DE L'ÉTUDE ET DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE	26
CHAPITRE III : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS.....	39
CHAPITRE IV : DISCUSSION DES RÉSULTATS ET SUGGESTIONS	53
CONCLUSION	78
BIBLIOGRAPHIE	80
ANNEXES	84
TABLE DES MATIÈRES	87

DÉDICACE

- *En* mémoire du Professeur **Mathieu TOGNIDÈ**.

- *À* ma très chère et tendre épouse, **Milca DEGBELO** et à ma fille chérie **Sokè**. Ce travail est le fruit de vos sacrifices.

- *À* ma mère, **Tohounto Sidicatou Philomène GODONOU** et à mon père, **Amidou Mathias ZOUMÈNOU**, pour m’avoir insufflé très tôt le goût du travail. Puisse Dieu vous accorder une longue vie.

REMERCIEMENTS

Au terme de cette recherche, nous tenons sincèrement à remercier :

- nos co-directeurs de mémoire, Professeur **Gabriel C. BOKO** et Docteur **Rogatien C. SEGLA**, pour leur disponibilité, conseils et orientations tout au long de ce travail ;
- tous les enseignants de l'Ecole doctorale pluridisciplinaire et de l'Institut de psychologie et des sciences de l'éducation pour les soins qu'ils nous ont accordés pendant notre formation ;
- monsieur **Cyriaque AFFOUKOU**, Médecin-Coordonnateur de la Zone Sanitaire Abomey-Calavi/Sô-Ava, pour nous avoir permis de faire notre recherche dans sa structure ;
- tous les autres médecins de la même zone sanitaire, pour avoir accepté de travailler avec nous sans hésiter malgré leur emploi du temps chargé ;
- tous les autres membres du personnel qui n'ont ménagé aucun effort pour nous faciliter la tâche ;
- notre oncle **Léonard GODONOU** et notre tante **Cécile GODONOU**. Tout au long de notre formation et de ce travail, vous nous avez guidés. Trouvez en ce travail le fruit de vos efforts ;
- nos frères et sœurs, **Martin, Justine, Alphonsine, Wassiou, Delphine** et **Maron**. Unis et solidaires, nous réussirons toujours ;
- nos cousins **Boniface, Théodore**, pour leur soutien indéfectible. Que Dieu le Tout Puissant veille sur vous ;
- monsieur **Victor GUEZO**, pour tout le travail et les conseils qu'il nous a prodigués ;
- Messieurs **ADANGNIHOUE Euloge** et **GBAGUIDI Saturnin**, soyez rassurés de nos sincères reconnaissances ;
- tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à finaliser ce travail.

LISTE DES SIGLES

AAP	:	Association Américaine de Psychiatrie
BZ	:	Bureau de Zone
CHU	:	Centre Hospitalier et Universitaire
CIM-10	:	Classification Internationale des Maladies Mentales (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)
CIPEC	:	Centre d'Information, de Prospective et de Conseil
CS	:	Centre de Santé
DSM-IV	:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux), 4 ^{ème} édition
FIR	:	Formation Information Recherche
FSS	:	Faculté des Sciences de la Santé
HIV	:	Virus d'Immuno-déficience Humaine
HZ	:	Hôpital de Zone
IVG	:	Interruption Volontaire de la Grossesse
MS	:	Ministère de la Santé
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ORL	:	Oto – Rhino – Laryngologie
Psy	:	Psychologue
PVVIH	:	Personne Vivante avec le VIH
SIDA	:	Syndrome d'Immuno - Déficience Acquise
SNP	:	Syndicat National des Psychologues
VIH	:	Virus de l'Immuno Déficience Humanitaire
ZS_AS	:	Zone Sanitaire Abomey-Calavi/ Sô-Ava
ZS	:	Zone Sanitaire

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des villages par arrondissement dans la zone sanitaire Abomey-Calavi/Sô-Ava en 2014.....	27
Tableau II : Répartition des aires de santé par arrondissements et commune en 2014	28
Tableau III : Synthèse de la recherche documentaire	33
Tableau IV : Observation des indices psychologique à l'hôpital en 2014.....	50
Tableau V : Observation psychologique de la relation soignant-soigné en 2014	51

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Carte de la zone sanitaire Abomey-Calavi/Sô-Ava	30
Figure 2 :Une ébauche du triangle de l'activité du psychologue en milieu médical (pour développement sur le modèle de l'activité, voir Clot, 1999, Engestrom & <i>al.</i> , 1999, Wells, 1999).....	76

LISTE DES EXTRAITS

Extrait 1 : Un médecin généraliste nous déclare :	53
Extrait 2 : Ce patient fait une comparaison et préfère le tradi-thérapeute au psy :	54
Extrait 3 : L’infirmier déplore l’absence du psychologue à l’hôpital et dit que le soignant s’en occupe à sa façon :	55
Extrait 4 : Un médecin généraliste affirme :	57
Extrait 5 : Le médecin généraliste accuse l’université d’être responsable de l’ignorance du psy par la population :	58
Extrait 6 : Une patiente que nous avons vue après les soins nous informe sur son état :	60
Extrait 7 : Les propos d’un médecin gynécologue qui fait un aveu :	61
Extrait 8 : Un patient affirme :	62
Extrait 9 : Un chirurgien reconnaît que toutes les affections ne sont pas organiques et affirme :	64
Extrait 10 : Un médecin généraliste nous livre ceci en s’appuyant sur sa pratique :	65
Extrait 11 : Une patiente nous confie ceci à la sortie de sa consultation prénatale :	66
Extrait 12 : Un médecin généraliste précise :	68
Extrait 13 : Un patient nous informe de ce qu’il sait du psychologue à travers la télévision :	69
Extrait 14 : Propos du médecin chirurgien :	70
Extrait 15 : Propos de médecin :	71
Extrait 16 : Propos de médecin généraliste :	72
Extrait 17 : Le médecin directeur du centre de santé affirme :	73

RÉSUMÉ

La prise en charge sanitaire adéquate et l'introduction du psychologue à l'hôpital soulèvent un certain nombre de questions qui se cristallisent autour de l'accompagnement psychologique des patients en milieu hospitalier. L'analyse s'appuie donc sur la nécessaire prise en charge psychologique des patients et l'appui psychique dont les soignants bénéficieront à l'hôpital. Une étude du terrain sur la base d'entretiens semi-directifs a été réalisée auprès des divers acteurs de la zone sanitaire Abomey-Calavi/Sô-Ava.

A partir des entretiens, une catégorisation des extraits de discours des patients et des soignants a été faite. L'analyse de contenu de ces extraits de discours selon le modèle structural a permis de constater que les hôpitaux de cette zone sont dépourvus de personnel de soins psychologiques, que les patients expriment des demandes psychologiques en médecine générale et que les psychologues cliniciens sont des atouts dans la prise en charge des patients aux côtés des soignants.

Ainsi, tous les acteurs interrogés s'accordent à reconnaître la plus-value de l'intervention des psychologues cliniciens dans la prise en charge des usagers comme dans le soutien des équipes. Il va falloir alors, à côté du traitement somatique, prévoir une prise en charge ou un suivi psychologique. Mais avant, il faut réfléchir à l'introduction du psychologue en milieu hospitalier.

Mots-clés : Hôpital, accompagnement psychologique, intervention, psychologue clinicien.

ABSTRACT

Adequate health care and the introduction of the psychologist in the hospital raise a number of issues that are concerned with the psychological care of patients in hospitals. The analysis is therefore based on the necessary psychological care of patients and the psychological support that the caregivers will benefit at the hospital. A survey based on semi-structured interviews was conducted with various actors in the sanitary zone Abomey-Calavi/Sô-Ava.

From the interviews, a categorization has been made of the patients and caregivers' speech. The analysis of the content of these speeches extracts according to the structural model showed that hospitals in this area are in lack of psychological caregivers; patients express psychological demands in general medicine and clinician psychologists are necessary in the care of patients at the side of caregivers.

Thus, all the actors interviewed recognize the great value of the intervention of clinician psychologists in the management of the users as well as in the support of the teams. Well have so beside the somatic treatment, predict or think at the same time a supported or psychological counseling. But first we must consider the introduction of the hospital psychologist.

Keywords : Hospital, counseling, response, clinical psychologist

INTRODUCTION

Tous les jours, beaucoup de gens dans le monde voient leur vie perturbée, rognée ou gâchée par différentes maladies, aussi bien invalidantes et transmissibles que non. En Afrique le problème de la santé reste toujours préoccupant et particulièrement au Bénin, la prise en charge psychologique du malade a pris beaucoup de retard bien que des psychologues y soient formés depuis plus d'une décennie. A l'hôpital, les malades bénéficient le plus souvent d'un traitement somatique. Or, la médecine n'est ni exclusivement organique, ni uniquement psychologique. Ces deux dimensions sont complémentaires et toujours présentes, l'une et l'autre, dans chaque acte thérapeutique, même si leurs parts respectives sont variables suivant les malades, les maladies et les traitements. L'idéal serait pourtant de disposer d'un psychologue à l'hôpital et ce, en médecine générale comme en spécialité. Un décalage de plus en plus grand s'observe alors entre la demande des malades et l'offre des soins car, joindre la qualité des soins procurés par le progrès de la technique aux qualités humaines telles que l'écoute, l'attention, l'empathie et le respect de la personne devient une nécessité. Il arrive que des malades éprouvent le besoin d'une prise en charge psychologique. Mais en l'absence du spécialiste, ils ne sont traités que du point de vue somatique.

Certains soignants, devant la complexité des tableaux cliniques de leurs patients, expriment le besoin de suivre psychologiquement ces derniers. Ces malades évoqueraient des données subjectives dont la conception échappe à leurs thérapeutes. L'élément central des situations est la rencontre avec des patients souffrant de maladies, dont le caractère somatique prédominant met souvent en jeu le pronostic vital et provoque l'infléchissement de leur trajectoire de vie initiale. Les interventions du psychologue sont alors nécessaires et doivent être articulées au plus près des demandes, tant des usagers que des professionnels.

Beaucoup de patients deviennent des malades chroniques, des invalides à la charge de la société, parce qu'ils sont enfermés dans leur mentalité et ne s'imaginent pas une autre alternative que la prise des médicaments. Mais, le système sanitaire béninois ne dispose pas de tels spécialistes au chevet des malades, qui devraient prendre intégralement en charge ces patients. Ceux-ci, déçus et fatigués des pratiques médicales, s'orientent alors de plus en plus vers des guérisseurs et des pasteurs, faute de s'adresser à des psychologues.

Par ailleurs, jusqu'à ce jour, les décideurs politico-administratifs du Bénin ne semblent pas trouver opportun d'impulser un dynamisme en faveur de la santé par l'introduction des psychologues cliniciens à l'hôpital, dont le but serait d'assister les

soignants dans l'exercice de leur fonction et les patients dans leurs maladies. La présence du psychologue à l'hôpital répond à une seule exigence : coopérer avec les médecins et les autres soignants cependant, pour une même cause qui est la guérison ou le soulagement des patients.

A partir de ces constats, il nous faut regarder l'avenir avec optimisme. L'absence du psychologue dans nos milieux hospitaliers est une situation provisoire. Dans ce contexte général, nous inscrivons le présent sujet de recherche intitulé : « *Le psychologue clinicien en milieu hospitalier au Bénin : état des lieux, rôle et perspectives dans la zone sanitaire Abomey-Calavi/Sô-Ava* ». Ainsi, nous voulons montrer l'existence de troubles psychologiques dans ce milieu à prédominance organique et le rôle que peut y jouer un psychologue clinicien dans la prise en charge des problèmes psychiques rencontrés ce, pour un bien-être physique mais aussi mental. Alors la question qui se pose est : que peut faire le psychologue à l'hôpital et quelles sont les dispositions à prendre pour l'introduire dans les centres de santé ?

A travers l'observation du système sanitaire béninois et une analyse rigoureuse du discours de chacun des acteurs de l'hôpital, nous proposons un éclairage spécifique sur l'importance de l'intervention du psychologue clinicien dans le processus de guérison. Notre recherche aborde en premier lieu les considérations théoriques de la recherche. A ce niveau, nous évoquons le problème qui sous-tend cette étude, présentons quelques aspects conceptuels en rapport avec la pratique de la psychologie clinique dans les unités hospitalières en Occident et une projection pour le futur au Bénin malgré nos croyances socioculturelles. Nous revisitons dans la revue de littérature, quelques auteurs ayant déjà travaillé dans ce sens. Après une présentation du milieu de notre recherche, notre deuxième axe aborde la méthodologie. Elle repose essentiellement sur l'analyse de contenu d'extraits de discours des patients et des soignants après une catégorisation de ces extraits. Cet instrument nous a permis de procéder à un regroupement thématique suivant le modèle socioculturel des informations recueillies, afin de révéler le manque cruel de psychologue clinicien en milieu hospitalier, la nature et la diversité des attentes de prise en charge psychologique, puis l'importance et le rôle que le clinicien devrait jouer en milieu hospitalier. La troisième partie est consacrée à la présentation du résultat. Elle est suivie d'analyse thématique. La quatrième et dernière partie est réservée à l'interprétation et la discussion des extraits de discours qui mettent en évidence l'opportunité d'introduire le psychologue dans les centres de santé et hôpitaux au Bénin. A cet effet, partant de l'aboutissement d'une thématique donnée, un développement succinct fondé sur les

théories psychologiques en général et socioculturelles en particulier, a été fait en signe d'indication de quelques fragments de discours évoqués.

CHAPITRE I : FONDEMENTS THÉORIQUES

1.1. Problématique

1.1.1. Analyse de la situation

L'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1946) définit la santé comme « *un état complet de bien-être physique, mental et social, et pas simplement l'absence de maladie ou de handicap* ». Donc, la santé mentale est aussi importante ici. C'est dans cette optique qu'on retrouve à l'hôpital aux côtés des médecins et des infirmiers, des assistants pour participer au recouvrement de cet "état de bien-être complet", afin de satisfaire au volet humanisant et social du concept « santé » selon l'OMS. Il manque dans le volet de l'organisation pratique des soins autour des patients, la prise en compte de la part psychique. Ainsi, dans le cadre des pathologies somatiques aiguës, situation princeps à l'hôpital général, les médecins négligent le plus souvent les aspects psychologiques, considérés comme des paramètres annexes inaccessibles. Or, à l'hôpital, le patient est en position de faiblesse, potentiellement régressive et l'irruption de la maladie bouleverse, déstabilise et inhibe le patient. Voilà pourquoi, il doit être accordé une place privilégiée au suivi des malades sur le plan de la santé mentale.

Le patient soucieux de recouvrer son équilibre sanitaire se dirige alors vers un centre de santé. Il a, en son âme et conscience, foi aux multiples expériences, aux représentations préconçues sur sa maladie. A l'hôpital, la maladie correspond à un ensemble de symptômes dû à une pathologie organique sous-jacente¹. Il est recherché avec les divers appareils et machines, l'organe atteint ou la partie du corps qui serait responsable de ces malaises. Ce discours serait prononcé si fort qu'il nous empêcherait d'entendre les autres (Herzlich et Pierret, 1984)². Que des troubles psychiques naissent d'un état de dysfonctionnement organique, c'est aisément accepté par tout médecin. Mais l'inverse par contre est admis sur le plan théorique, mais dès qu'il s'agit de la pratique, les réflexes curateurs du médecin se déclenchent et il s'en prend aux troubles organiques sans reconnaître que la force qui les a fait naître, n'est nullement amenuisée par un tel traitement. Cependant, même dans une affection organique, le psychisme du malade est toujours atteint : anxiété et dépression viennent en premier sur le tableau de la souffrance

¹Conception biomédicale encore prédominante dans la médecine contemporaine, la maladie concerne le corps et correspond à un dysfonctionnement organique dû à l'effet de divers agents pathogènes (infections, traumatismes, lésions, tumeurs, substances toxiques, etc.).

²Selon ces auteurs, il y a aussi à propos de la maladie, des conceptions historiques, ethnologiques, sociologiques, psychosociales.

psychique. Les études montrent que la dépression accompagne souvent les maladies organiques. « *Un sujet malade perd en effet, souvent son illusion d'invulnérabilité, surtout si l'atteinte est grave et durable* » (Jeammet *et al.* cité par Bruchon-Schweitzer, 2002, p.193). Pour Ahyi³ (cité par Bamisso, 2005, p.11), la dépression est « *un état pathologique de souffrance psychique et de culpabilité consciente, accompagné d'un abaissement marqué du sentiment de valeurs personnelles et d'une diminution non déficitaire de l'activité mentale, psychomotrice et même organique* ». Modin *et al* (1993) ont démontré dans leur recherche que 68 % des sujets cliniquement déprimés, mais non hospitalisés, sont atteints au moins d'une maladie (migraine, dysfonctionnement neuroendocrinien, hypertension, maladie respiratoire, diabète, maladie cardio-vasculaire, cancer). Ce qui pose toujours le problème de prise en charge adéquate avec l'existence d'une grande disparité.

Il a été constaté dans les centres de santé et en milieu hospitalier du Bénin, que les patients présentent diverses affections organiques et/ou des troubles psychiques induits ou sous-jacents. Ces patients reçoivent ou renouvellent une prescription d'anxiolytiques et d'antidépresseurs. De plus, leur ordonnance porte couramment des médicaments comme : diazépam, valium ou lexiomil dans les indications d'angoisse chronique, de phobie, de troubles de sommeil, etc.

Ces milieux, pour prendre en charge les malades disposent des médecins généralistes, des médecins spécialistes, des infirmiers et des sages-femmes qualifiés. Viennent ensuite les paramédicaux tels que les techniciens de laboratoire et les assistants sociaux. A ce personnel s'ajoutent les aides-soignants et les stagiaires qui appuient les différents services de l'hôpital. Dans cette liste présentant la diversité du personnel de soins dans les hôpitaux au Bénin, il n'y a pas de place prévue pour le psychologue. Il ne participe ni de près ni de loin au processus de guérison aux côtés des soignants ou des paramédicaux qui sont essentiellement des somaticiens. Avant ou pendant leur traitement, ces acteurs de la vie médicale prescrivent aux patients des examens biomédicaux pour peaufiner leurs diagnostics. Or, chaque maladie est un symptôme de quelque chose qui se situe beaucoup plus en profondeur. Chaque maladie, qu'il s'agisse d'une grippe ou du SIDA, est un signal qui indique une dysharmonie sur le plan psycho-émotionnel profond. Toute maladie naît donc à un niveau beaucoup plus profond que le niveau purement physique qui n'est considéré par le médecin que sur le plan médical (Beerlandt, 2009).

³Bamisso a fait allusion au travail de Ahyi R.G sur « *les états dépressifs au Sénégal* », mémoire pour le certificat d'étude spécialisée de psychiatrie, Université de Dakar, faculté de médecine, 1977.

Pour le cas des patients souffrant d'une pathologie somatique associée à une appréhension ou à une dépression par exemple, il est habituellement administré des anxiolytiques et antidépresseurs de premier ordre. En consultation avec les médecins, il a été noté également que des patients exposent des problèmes relationnels, familiaux et professionnels pour justifier leur mal-être. Ordinairement, on prend en compte le bien-être physique, mais on occulte le bien-être mental ; du moins, le seul lieu de la prise en charge de ce bien-être est au niveau psychiatrique et cela quand les somaticiens sont en difficulté. Cela présuppose qu'en réalité, la dimension psychologique n'est pas intégrée dans la pratique des soins au Bénin.

La plupart des médecins détiennent des connaissances en psychologie médicale pour accompagner leurs patients. Cependant, cette connaissance n'est pas affinée et ne reste que médicale. De plus, ils ne disposent pas du temps nécessaire pour le faire. Les autres soignants, quant à eux, ne sont pas outillés, face à cette souffrance aussi bien morale que psychique. Ils n'ont que de connaissances liminaires. Il reste des points cliniques que seul le psychologue clinicien est à même de développer au bénéfice du patient anxieux, angoissé, dépressif, souffrant d'une maladie psychosomatique ou de toute autre maladie ayant engendré des conséquences psychiques. C'est au psychologue clinicien d'aider le patient à rester une personne à part entière, en évolution, malgré la maladie, l'hospitalisation ou le handicap. Grâce au psychologue le patient participera pleinement à sa propre guérison et mettra du sens sur l'épisode douloureux que représentent la maladie et l'hospitalisation. Dans les hôpitaux généraux, ils sont chargés de rétablir la dimension psychique du malade, de l'aider à examiner son angoisse, de le soutenir et d'aider éventuellement la famille. Le psychologue étudie les phénomènes de la vie intellectuelle, comportementale, émotionnelle des patients dont il suscite la verbalisation de leurs affects. Il suit sur le plan individuel et institutionnel l'évolution de ces derniers. Auprès du personnel soignant, le « psy ⁴ » intervient également pour la prise en compte des difficultés émotionnelles inhérentes à leur réalité thérapeutique. Le psy est amené à intervenir dans l'ensemble des services de l'établissement. En plus des entretiens individuels, des bilans psychologiques, des psychothérapies et évaluations psychométriques, il peut effectuer des consultations externes et participer aux réunions de services. Il joue un rôle de conseil, de prévention et de formation.

⁴ « Psy » : apocope du terme psychologue clinicien.

Ces fonctions dévolues au « psy » sont quasi inexistantes dans les hôpitaux béninois. L'absence de recours aux psychologues au Bénin s'explique par plusieurs raisons au nombre desquelles on note :

- l'insuffisance de psychologues cliniciens sur le terrain ;
- la méconnaissance du psychologue clinicien par l'opinion publique béninoise ;
- l'influence des cultures sur les habitudes médicales ;
- l'accrochage trop systématique de certains soignants à la chimiothérapie ;
- le manque d'une bonne politique sanitaire conciliant le physique et le psychique.

Ailleurs, dans la culture occidentale, le psychologue dispose d'une place à l'hôpital, du début de la prise en charge du patient à la fin ; il est en phase avec l'équipe soignante. Dès qu'il y a un problème ou qu'une personne se trouve dans une situation relationnelle exceptionnelle où l'angoisse se manifeste, on a immédiatement recours aux psychologues. L'évocation de cette pratique systématique va dans le même sens que la vision de Brocq⁵ (2005, p.40) qui soutient que « *les hospitalisations restent des moments de grande souffrance qui requièrent l'attention de tous... Et toute aide à l'équipe est une aide au patient. Dans une telle situation d'interdépendance, si l'étayage vient à manquer ou devient défaillant, c'est l'ensemble du fonctionnement psychique qui est menacé* ». De la pratique occidentale, on retiendra que l'activité du psy s'étend dans presque tous les domaines de la santé. Déjà, la révélation de la maladie est d'un véritable stress psychologique, d'un sentiment de trahison de son propre corps, voire de mortalité. A l'hôpital Saint-Louis de Paris par exemple, « *au service d'oncologie⁶ médicale, un psy assiste aux consultations du généticien. Les patients qui consultent viennent s'assurer, au prix d'une longue démarche qui va faire intervenir toute la famille, qu'ils ne sont pas porteurs d'un gène délétère. Cette démarche nécessite d'établir un arbre généalogique rigoureux et de faire faire des tests aux autres membres de la famille. Le patient rentre dans un monde inconnu ou toute son existence est revisitée sous un angle à la fois scientifique et personnel. Le « psy » est présent lors des consultations. Il est à la disposition du patient qui peut lui poser des questions et le voir entre deux consultations. Dans ce cadre, le « psy » est aussi présent pour le généticien qui, se trouvant à mi-chemin entre la recherche et la pratique, profite de cet autre regard* » (Ghiglione, 1998, p.58). Le but de tout le travail psychologique est que le patient retrouve ses esprits, renoue avec son espace

⁵Brocq H. est psychologue clinicienne travaillant dans un centre de référence au CHU de Nice pour maladies neuromusculaires et de la sclérose latérale amyotrophique, une maladie au pronostic létal inéluctable.

⁶Oncologie : étude des tumeurs cancéreuses.

de mentalisation, de mémoire, de représentation et de parole. Tout ce qui fait défaut dans les hôpitaux au Bénin.

1.1.2. Enoncé du problème

L'hôpital est un lieu névralgique où se concentrent les extrêmes en termes d'affects : souffrance et guérison, espoir et crainte, abattement et sursaut vital, réduction du corps à l'organique, soumission aux machines, affolement de l'imagination, gratitude envers le personnel ou révolte contre l'institution. Toutes ces attitudes se succèdent avec une cadence et une intensité difficilement supportables. L'individu qui vient à l'hôpital se retrouve dans un lieu qu'il ne connaît pas et dans un contexte de maladie. Afin de faire baisser l'angoisse liée à son hospitalisation, il se rattache à ses habitudes culturelles renforçant ainsi ses repères identitaires. Le patient a ses propres représentations de la maladie, de la santé, du corps, de la douleur... qui sont définies culturellement selon le groupe auquel il appartient. La maladie peut être interprétée sous l'angle de ses croyances, avec un point de vue fataliste par exemple. Elle est une réalité signifiée et socialisée qui lie des facteurs individuels, sociaux et culturels. La maladie existe dans le sens que le patient lui donne. Par exemple, les sociétés judéo-chrétiennes rattachent la maladie à la notion de châtement divin, supportant ainsi la douleur sans vouloir que le soignant y remédie.

La plupart de ceux qui vont à l'hôpital sont anxieux et/ou angoissés. Ils ont peur de la mort et n'acceptent pas toujours leurs nouvelles conditions d'assistance. Ils ne sont donc pas psychologiquement disposés à participer pleinement au processus de guérison. Il a été constaté en effet que certaines personnes consultent pour des symptômes qui ne peuvent être attribués, malgré tous les examens réalisés, à des troubles organiques. Les prescriptions symptomatiques successives ou cumulées n'améliorent pas la situation ; au contraire, aux premiers symptômes se substituent ou s'ajoutent les effets secondaires des médicaments. C'est ainsi que ces patients s'orientent vers les pasteurs et les guérisseurs. A ce propos, Bamisso (2005, p27) trouve que la tradition ne constitue pas pour autant un frein à l'intervention des psychologues. Elle précise : *« Si l'existence des féticheurs, guérisseurs traditionnels et les prêtres ne facilite pas pour une grande part l'insertion d'un travail clinique dans la société africaine, ce n'est pas un argument suffisant pour ma part qu'un psychologue ne trouve pas une place ».*

Les soignants sont à la recherche d'objectivité. Il leur est difficile d'intégrer le contenu subjectif du discours des patients qui évoquent des considérations socio-culturelles

en déphasage avec la culture médicale. La prise en charge de ces patients est d'abord stratégique, car, elle tiendra compte dans une juste mesure, de ces données inconnues, étranges et difficiles à manipuler que d'aucuns qualifieraient d'absurdes. Cette nouvelle disposition rejoint les trois objectifs de la psychologie de la santé de Bruchon-Schweitzer (2002) à savoir : optimiser la prévention, la promotion des comportements de santé et la prise en charge des personnes malades ; étudier les facteurs psychosociaux jouant un rôle dans l'initiation, l'évolution et la rémission des maladies ; et enfin, comprendre les processus biopsychosociaux pouvant expliquer cette influence.

Il est constaté que, pendant longtemps, il n'a pas existé de formations qualifiantes et exclusivement réservées à pallier le déficit d'accompagnement psychologique dans les hôpitaux béninois. Aussi, les médecins n'ont-ils pas le temps requis ni la qualification pour suppléer au rôle du psy le long de la chaîne du processus de la prise en charge du malade. Ils ne sont pas formés à cet effet. A la fin de son travail d'étude sur le rôle et l'utilité du psychologue clinicien en Afrique, Bamisso (2005) affirme que ce spécialiste « *peut intervenir non seulement dans la prise en charge de cas pathologiques, dans le soutien et l'accompagnement de la société en changement, mais aussi en tant qu'acteur de développement au même titre que tous les spécialistes des autres sciences* ». Aux côtés des soignants, le travail du psychologue se fait au quotidien, au cas par cas, par le biais d'échanges eux-mêmes chargés d'émotions, d'inquiétudes et de questionnements. A l'hôpital général, toutes les compétences du psychologue peuvent être sollicitées à savoir, l'évaluation, le conseil, la psychothérapie, la formation, le travail avec les équipes et d'autres missions spécifiques articulées aux besoins des services. Delefosse (2003) affirmait : « *Avec un peu d'entretien persuasif, de soutien comportemental, un peu de travail avec les équipes pour les aider à gérer leur stress... et le monde du soin devrait aller mieux, grâce à ce qui semble devenir un médicament parmi d'autres : l'intervention psychologique* ».

Au vu de tout ce qui précède, il faut noter que le psychologue a une place de choix dans le dispositif sanitaire des centres médico-sociaux et hospitaliers où l'appel à l'aide psychologique des patients se manifeste dans leur vécu psychologique de la maladie. De plus, il pourra accompagner les soignants dans leur tâche et les soulager par rapport à la charge émotionnelle induite par leur profession. Sur le terrain de la pratique au Bénin, il doit être mis en place un certain nombre de structures psychologiques qui permettront de résoudre ces problèmes pour mieux soigner les patients. Alors, notre recherche consiste à étudier les raisons qui expliquent la négligence de la prise en charge psychique des patients

dans la zone sanitaire d'Abomey-Calavi/Sô-Ava. Pour ce faire, nous nous sommes posé les questions suivantes :

- pourquoi les patients ne sont-ils pas pris en charge sur le plan psychologique au Bénin en particulier et dans la zone sanitaire Abomey-Calavi/Sô-Ava (ZS-AS)
- la présence du psychologue n'est-elle pas nécessaire dans un centre de santé béninois ?
- quelles sont les dispositions à prendre pour introduire le psychologue dans les hôpitaux ?

Telles sont les questions spécifiques de notre recherche auxquelles nous allons tenter de trouver des réponses dans le présent travail. Dans un premier temps, il a été procédé à une étude descriptive des problèmes relatifs à la psychologie dans les structures sanitaires béninoises en général et celles de la ZS-AS en particulier. En second lieu, nous avons présenté comment adapter la pratique psychologique aux attentes des patients à ce niveau. A partir du constat de ces problèmes et pour conduire cette recherche, nous allons définir les objectifs et formuler les hypothèses ci-après.

1.2. Objectifs et hypothèses de recherche

1.2.1. Objectifs de la recherche

L'objectif général visé par notre étude est de faire prendre conscience aux différents acteurs de l'hôpital du rôle du psychologue clinicien et de son introduction dans les hôpitaux au Bénin.

De façon spécifique, les objectifs essentiels de notre recherche sont de trois ordres ; il s'agit de :

- ❖ constater l'absence du psychologue clinicien dans les hôpitaux de la zone sanitaire Abomey-Calavi/Sô-Ava ;
- ❖ identifier la nature des demandes des patients en médecine générale ;
- ❖ relever le rôle du psychologue clinicien aux côtés des soignants et des patients à l'hôpital.

1.2.2. Hypothèses de la recherche

Pour répondre au questionnement du présent travail, nous formulons trois types d'hypothèses :

- ❖ les hôpitaux de la zone sanitaire Abomey-Calavi/Sô-Ava sont dépourvus de personnel de soins psychologiques ;
- ❖ les patients expriment aussi des demandes psychologiques en médecine générale ;
- ❖ le psychologue clinicien est un atout dans la prise en charge des patients aux côtés des soignants.

Si ces hypothèses se vérifient, nous pourrions affirmer que la prise en compte du vécu psychologique des malades en médecine générale améliorerait les suites médicales. Cet état de choses suscitera par ricochet l'intérêt de l'introduction des psychologues cliniciens en milieu hospitalier. Ces derniers participeront à la prise en charge globale des patients en jouant leur rôle dans le soutien aux malades qui seront désormais pris en charge tant au niveau somatique qu'au niveau psychique.

1.3. Clarification conceptuelle

1.3.1. Psychologie clinique

La psychologie clinique selon Lagache (1949), l'un des tous premiers initiateurs du concept, en France, est « *une discipline de la psychologie basée sur l'étude approfondie de cas individuels. En termes plus précis, la psychologie clinique a pour objet l'étude de la conduite humaine et des conditions psychologiques, en un mot l'étude de la personne totale en situation* ».

Rey (1958) la définit, quant à lui, comme « *une application des méthodes expérimentales à l'étude des malades ; elle recouvre dans ce sens une forme de connaissance et une méthode d'analyse propre à la médecine, et s'efforce de réduire l'ambiguïté résultant des phénomènes d'individualisation. Elle tente de cerner quelques propriétés normales ou anormales de l'organisme, par le nombre, la qualité, et la succession des expériences vécues* ». ⁷

Le point d'ancrage de la définition de la psychologie clinique semble ainsi osciller entre divers pôles : un objet d'étude (le sujet) ; une procédure (la méthode utilisée pour réaliser l'étude) ; un champ d'action (différents secteurs d'application).

⁷Rey (1958) cité par Sègla (2005). *Notes de cours de psychologie clinique*.

Hubert (1993) conçoit, quant à lui, la psychologie clinique comme « *une branche de la psychologie qui a pour objet les problèmes et les troubles psychiques ainsi que la composante psychique des troubles somatiques* ». C'est « *l'étude de ce qui fait problème dans les conduites normales et pathologiques* »⁸. Il énonce ainsi l'existence d'un lien intrinsèque entre la psyché et le soma. Enfin, Pédinielli (1994) définit la psychologie clinique « *comme la sous-discipline de la psychologie qui a pour objet l'étude, l'évaluation, le diagnostic, l'aide et le traitement de la souffrance psychique quelle que soit son origine (maladie mentale, dysfonctionnement, traumatisme, événement de vie, malaise intérieur...)* »⁹. Pédinielli ne s'arrête donc pas uniquement à l'individu en lui-même, mais à une éventuelle possibilité de se faire influencer par l'extérieur.

La définition opérationnelle que nous retenons de la psychologie clinique dans le cadre de ce travail est celle qui prône une démarche de recherche de compréhension du fonctionnement interpsychique de soi et avec autrui, les échanges se spécifiant selon une relation particulière de disponibilité dans l'écoute et de perception intersubjective. La clinique se pratique au chevet du malade. L'exploration de cette science ainsi faite, que pouvons-nous dire du praticien ?

1.3.2. Psychologue et psychologue clinicien

D'après Littré,¹⁰ « *psychologue se dit de celui qui connaît intuitivement et empiriquement les sentiments d'autrui. Se dit plus spécifiquement du clinicien, du thérapeute spécialiste de la psychologie* ». Cette définition concentre l'ambiguïté des définitions qui sont actuellement données de la psychologie clinique et de l'activité du psychologue clinicien.

Pour certains, en effet, « *le psychologue clinicien est un praticien qui étudie le fonctionnement psychique sain ou pathologique, pour en donner une définition en termes de capacités, de caractéristiques cognitives ou affectives ou encore de diagnostic ; dans ce dernier cas, il est assimilé à un psycho pathologiste* ». Pour d'autres, « *le psychologue clinicien exerce en plus exclusivement, des activités de conseil et de psychothérapie de soutien ou spécifique* ».

En fait, ces définitions partielles ne font que refléter la diversité des fonctions exercées par ces psychologues dont beaucoup sont des spécialistes.

⁸ Hubert (1993) cité par Sègla (2005). Notes de cours de psychologie clinique.

⁹ Idem.

¹⁰ Définition tirée du site www.psychos-ressources.com/bibli/index.html selon la mise jour de mars 2014.

La prestigieuse Académie de Médecine de France précise que :

« *Le psychologue clinicien est un thérapeute par sa formation. Il est chargé de promouvoir la santé psychique et l'autonomie de la personne* »¹¹. Aussi, les définitions des fonctions et des rôles de chacun varient-elles largement selon la place qu'occupent les intervenants dans le procès de la culture de masse concernant les produits de la psychologie.

Nous retenons que le psychologue clinicien est un professionnel spécialisé dans la connaissance du psychisme, son fonctionnement, son évaluation, ses approches thérapeutiques. Il connaît intuitivement les sentiments d'autrui et traite au travers d'une démarche professionnelle les relations réciproques entre le psychisme et les comportements individuels.

1.3.3. Rôle

D'après Grawitz (2001), le rôle revêt dans le langage courant un double aspect : un aspect imaginaire qui indique une possibilité de s'identifier à un personnage idéal ou au contraire de dissimuler sa personnalité et un aspect fonctionnel, actif, en rapport avec une situation sociale. Cet aspect se réfère à des normes sociales et culturelles. Le rôle est donc l'ensemble des conduites et attitudes examinées comme normales par la société, ce qu'elle attend d'un sujet possédant tel statut, défini par l'âge, le sexe, la situation professionnelle, la famille, la politique. Selon Linton (1947), le statut est l'ensemble des droits et devoirs d'un individu. Comme tel, il détermine le rôle qui lui incombe, la fonction sociale qui lui est dévolue. Larousse (1995) le définit comme un mot masculin dont le second sens signifie : emploi, fonction, influence exercée par quelqu'un. Ici, dans notre contexte, nous faisons plutôt allusion à l'idée de jouer un rôle dans un domaine. Dans ce cas, cela veut dire « y participer ; y être impliqué ». Le Syndicat national des psychologues (SNP) français, pour clarifier les missions du psychologue et pour constituer des fiches métiers pouvant servir de référence aux praticiens,¹² a indiqué « *les savoir-faire requis du métier du psychologue (qui) sont : construire le dispositif le plus adapté pour répondre aux problèmes à résoudre ; observer, écouter, analyser la situation, le discours des personnes rencontrées ; mettre en forme et transmettre ses hypothèses de travail, son savoir*

¹¹ Selon la mise à jour de mars 2014 du site Internet : www.psycho-ressources.com/françoise.zannier.html.

¹² Le SNP édite des guides pratiques dont l'exercice libéral de la psychologie, non titulaires et vacataire du secteur public, psychologue de la fonction publique hospitalière, psychologue du secteur des conventions collectives dans le domaine de l'action sanitaire et médico-sociale, travaillé aujourd'hui, psychologue dans l'éducation nationale.

professionnel ; situer son activité dans celle de l'établissement ; conduire, animer des groupes ; rédiger des notes cliniques, un rapport d'activité »¹³.

A travers ce thème, il sera question de développer les occupations qui reviennent à ce spécialiste et les influences exercées par ce professionnel de la santé mentale en milieu médical sur les personnes ayant un besoin d'aide dans les limites de ses compétences au sein d'une institution sanitaire.

1.4. Repères théoriques de la recherche

La psychologie étudie les comportements et les processus mentaux qui soutiennent ces comportements. Son objectif est de décrire et d'expliquer comment nous pensons, ressentons, et agissons. Dans cette recherche, il sera apporté une compréhension à la souffrance du patient et un éclairage psychologique sur la dimension de la prise en charge des soignants. Pour y arriver, il faut accéder au registre mental du patient et à celui de la compréhension de sa situation de maladie. En réalité, l'individu malade a une personnalité développée dans un schéma socioculturel déterminé qui conditionne son comportement. Puisqu'on ne peut s'intégrer que dans sa propre culture, les influences socioculturelles viennent organiser les schémas de penser, de ressentir et d'agir du patient à l'hôpital. L'absence de lésions organiques ou de signes biologiques est ainsi interprétée comme l'absence d'une « vraie maladie » par les soignants. Le patient a ses propres représentations de la maladie, de la santé et de son corps qui sont définies culturellement selon le groupe auquel il appartient. Il est éminemment paradoxal de constater combien ceux qui ont en charge l'humain en détresse sont indifférents au facteur humain, et encore plus au facteur culturel. Dans ce sens, sur le plan clinique, Géza pense que : « *chaque culture élabore ses propres mécanismes de défense contre l'angoisse et que les interprétations d'éléments culturels par le biais de l'analyse individuelle sont probablement correctes, mais doivent être associées à l'analyse des données anthropologiques* »¹⁴. Devereux, quant à lui, a émis la réserve selon laquelle les psychothérapeutes d'obédience psychanalytique ne pourraient

¹³SNP (J. Maillard), Collège des Psychologues du CHRU de Strasbourg (2004). Fiche métier 3 : Psychologue, in «*Psychologues et Psychologies* », Bulletin du SNP, N°173, 2004, p.56, dans « *Pratiquer la Psychologie Clinique Aujourd'hui* ».

¹⁴Un des points essentiels de la conception de Géza sur l'interprétation psychanalytique de la culture, extrait du site Internet <http://pagesperso-orange.fr/géza.roheim/html/roheim2.htm#ttrauma>.

se passer d'interroger l'étayage culturel alors même qu'ils tiennent la parole, le discours, fait social et culturel par excellence, comme fondamental¹⁵.

Pour comprendre ces phénomènes du sujet en situation de maladie et en relation avec les soignants, l'approche théorique la mieux adaptée à notre travail de recherche est la théorie socioculturelle. Celle-ci répond aux interrogations sur la façon dont les comportements et les modes de pensée varient selon les situations et les milieux culturels. De même, le malade n'est pas le seul concerné par la maladie, mais toute la famille et les soignants.

1.5. Revue de littérature

1.5.1. Etat de la question

La question du rôle du psychologue en médecine générale a fait l'objet de plusieurs recherches. Le psychologue, lorsqu'il travaille sur le corps, s'intéresse au psychique et non seulement à l'organique qui est le domaine de l'équipe médicale. Cela n'empêche nullement les recherches pluridisciplinaires, car, corporéité et bio-organique ne sont pas sans liens. Faisant allusion à une expérience de médiation vers la santé, Fiollot-Bertrand (2004) conclut à la fin de sa recherche qu' « *il est urgent de déléguer, au pire des cas, un médiateur de la santé mentale qui restera en partenariat avec une structure sanitaire médicale générale pour participer à la prise en charge des malades en difficulté. Lui revient alors une action de médiation entre parents et médecins soignants* » (p.49). Elle y fait également remarquer que « *13 % des personnes ont seulement un besoin momentané d'écoute bien qu'elles soient en situation de malades alités et alcoolo-dépendants ayant fait une demande d'aide psychologique. Parmi ceux-là figurent beaucoup de gens qui présentent : des conduites d'évitement, de repli ou de passivité ; une baisse de l'estime de soi ; des troubles dépressifs ; des conduites additives de compensation ; un déni de la souffrance* » (p.45). Cet état de choses nous renvoie vers le besoin du psychologue dans le milieu de la médecine générale. La prise en compte de ces symptômes ainsi listés relève bien des compétences du psychologue.

Mouras (2002, p.170) va s'intéresser au domaine de la périnatalité, en montrant la portée d'une qualité d'écoute et d'activité d'un psychologue clinicien dès l'aube de la vie. L'enjeu en est décisif puisqu'il s'agit soit de prévention, soit de soins dans la rencontre

¹⁵Position de Devereux à propos de l'importance des représentations culturelles dans la dimension de la prise en charge psychothérapique, extrait du site Internet. <http://pagesperso-orange.fr/géza.roheim/html/ethnopsy.html>

entre les bébés et leurs parents. Pour Mouras, la présence d'un psychologue en situation périnatale permet de :

- « *montrer qu'en dehors d'une psychopathologie avérée, l'arrivée d'un enfant, les conditions de sa naissance, de sa rencontre avec sa mère, son père, représentent un événement fondateur qui va entraîner des bouleversements intimes pour chacun d'eux.*

- *démontrer aussi que la présence d'un psychologue clinicien se situe autant dans le domaine de la prévention que dans celui du soin proprement dit.*

Il s'agit là d'un champ d'activité en pleine extension qui a beaucoup d'avenir ». De plus, Coin-Bariou (2005), à travers ses travaux de recherches sur la grossesse à l'adolescence, évoque de nombreux facteurs précipitant les adolescentes dans les troubles de personnalité si ces dernières ne sont pas prises en charge psychologiquement en même temps que les médecins à la maternité. Bariou soulève pour ainsi dire l'épineux problème de la connaissance des patients et de leurs besoins sous-jacents pendant leur suivi médical.

Vu la diversité de son champ d'action sans cesse grandissant, la société canadienne de psychologie propose de jeter un regard sur l'univers de la douleur. Sur son site Internet¹⁶, on explique que les psychologues aident les patients à affronter la douleur post-opératoire par différents moyens. Le processus débute habituellement avant l'apparition de la douleur, et parfois avant la chirurgie proprement dite. Le fait de fournir aux patients des renseignements précis sur l'opération et sur la convalescence et ce, bien avant la chirurgie, permet à ceux-ci de se faire une idée réaliste de ce qui les attend pendant leur séjour à l'hôpital : l'intensité de la douleur qu'ils sont susceptibles de ressentir par exemple, aide aussi à soulager les patients face à leur anxiété et leurs craintes, deux facteurs que l'on sait aggraver la douleur. La compréhension des facteurs associés à la douleur post-opératoire aiguë peut aider à prévenir ou à voir venir la douleur. Or, la douleur est dans tous les secteurs d'activité de l'hôpital. A partir d'un exemple tiré de sa pratique médicale, Viry (1990) montre que si un patient consulte pour lombalgie, le médecin devrait prendre en considération et traiter deux maladies :

- ❖ une maladie objective, organique qu'il diagnostique et traite par chimio ou physiothérapie, en fonction du savoir médical acquis à l'université et à l'hôpital et ;
- ❖ une maladie subjective, psychique élaborée par le patient à partir de ses malaises et de tous les traumatismes qui ont laissé des traces au niveau de son inconscient.

¹⁶www.cpa.ca/cpasite/splash.asp, un site Internet qui propose dans ses publications, le rôle que la psychologie peut jouer dans l'aide au traitement de la douleur post-opératoire aiguë.

Cette maladie psychique est souvent plus grave et plus durable que la première. Elle ne peut-être comprise et traitée qu'à partir d'une initiation à la psychopathologie analytique. Si la maladie subjective est négligée, le patient peut guérir de ses symptômes, mais rester un malade potentiel et retombera dans la pathologie au moindre accroc. La psychothérapie au cours d'une maladie organique modifie l'attitude subjective du malade. De patient passif, il devient agent actif de sa guérison et cette modification le rend plus résistant aux atteintes morbides ultérieures. Cette prise en compte de la maladie subjective est particulièrement importante dans les affections invalidantes ou à pronostic sombre. Beaucoup de patients deviennent des malades chroniques, des hypochondriaques parce qu'ils ont eu le sentiment de n'avoir pas été compris ni aidés psychologiquement par leurs médecins au début de leur maladie.

Par ailleurs, Emmanuelli (2002, p.35), à travers ses travaux sur l'importance de l'examen psychologique, affirme que « *la possibilité d'effectuer un diagnostic de névrose permet d'éviter des prises en charge par neuroleptiques ainsi que des décisions d'hospitalisation dans les services lourds* ». De plus, Brenot (2007, p.137) assure qu'« *il n'existe pas de dépendance dans le cas d'antidépresseurs, sinon lorsque l'indication a été mal posée et que le sujet s'habitue à un médicament dont il n'a pas réellement besoin. Encore une fois, l'étape la plus importante est constituée par le diagnostic afin d'indiquer si un traitement est nécessaire* ». Ces derniers travaux étayent combien l'avis du psychologue est important pour éviter les éventuelles conséquences iatrogènes¹⁷ des traitements administrés aux patients en médecine générale.

Ainsi, la France, en 1991, année charnière dans l'évolution de la politique de santé publique, dans sa loi¹⁸ de juillet 1991, introduit en toute lettre dans les missions des hôpitaux la notion de prise en compte de la dimension psychique des sujets : « *les établissements de santé, publics et privés, assurent les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques des patients* » Schauder (2004, p.264). Cette loi de réforme de juillet 1991 faisait suite au décret d'application n°91-129 du 31 janvier 1991, de la loi n°85-772 du 24 juillet 1985, sur le statut des psychologues de la fonction hospitalière, et a reconnu aux praticiens la responsabilité totale du choix et de l'utilisation de leurs instruments de travail. Il y est précisé que : « *les psychologues du secteur sanitaire et*

¹⁷Iatrogène : qualifie les troubles psychologiques ou les perturbations psychosomatiques consécutifs à une perturbation des relations médecin/malade.

¹⁸Loi du 31 juillet 1991 N°91-748 de réforme hospitalière du code de santé publique.

social exercent les fonctions, conçoivent les méthodes et mettent en œuvre les moyens et techniques correspondant à la formation qu'ils ont reçue. A ce titre, ils étudient et traitent au travers d'une démarche professionnelle propre, les rapports réciproques entre la vie psychique et les comportements individuels et collectifs afin de promouvoir l'autonomie de la personnalité » (Ghiglione, 1998, p.52).

Dans un milieu de vie, il ne suffit pas d'avoir de quoi s'imposer dans sa spécificité, il faut se faire une place auprès des premiers occupants. Ainsi, Ghiglione (1998, p.50) énonce que *« si l'on pense que les dénominations ont leur importance, les diverses appellations qui ont été celles des psychologues travaillant dans le secteur de la santé marquent toujours une subordination aux médecins : psychologue médical, auxiliaire médical en psychologie, auxiliaire médical psychotechnicien, assistant en psychologie, assistant en psychiatrie, aide médicale psychologue, etc. S'il fait partie d'une équipe pluridisciplinaire, il est un collaborateur à part entière du / ou des médecins »*. Dans la plupart des cas, le psychologue travaille au sein d'une équipe médicale avec ses outils propres, mais dans le respect du projet défini par l'établissement et des missions qui lui sont confiées. On pourrait alors comprendre que les psychologues cliniciens ont une place dans le milieu hospitalier avec une diversité d'appellations ou de qualificatifs. Ils disposent, pour chacun en ce qui le concerne, des moyens et techniques qui leur sont propres.

Si les méthodes et techniques des psychologues cliniciens sont des acquis ayant fait leur chemin face aux réalités qu'elles rencontrent ailleurs, il y a cependant une certaine limite à la transposition de cette pratique psychologique à nos réalités. Une méconnaissance de l'autre dans la relation soignant-soigné peut très vite mener à des malentendus qui provoqueront, entre autres, un manque de confiance, une rupture de suivi, une inobservance thérapeutique de la part des patients ainsi qu'un sentiment de frustration et d'incompréhension de la part du personnel soignant. Des éléments de mentalité, des indices de socialisation et des structures culturelles participent à la façon dont les gens se traitent sur le plan psychologique en Afrique et en particulier au Bénin. Une autre approche thérapeutique propre à la culture de l'Africain mérite d'être mise en place. À ce propos, Nathan (1995, p.20) émet une réflexion qui en appelle à une reconsidération des soins en santé mentale : *« installez un dispensaire à Bamako et vous ne verrez plus aucun Bambara, plus aucun Dogon, plus aucun Peul seulement des « sujets » qui deviendront très vite des enveloppes vides, des assujettis, des « accrocs » de l'ordonnance, des « toxicos » du Largactyl-Nozinan-Anafranyl-Prozac »*.

Nathan et Hounkpatin (1998, p.26) sont allés plus loin pour attester que « *le malade peut-être porteur d'un message qui, certes, le concerne lui-même, mais qui peut tout aussi bien s'adresser à la collectivité entière* ». Ils renchérisent pour dire que le soin d'une personne mue dans son sein par les éléments socioculturels de son ethnie passe d'abord par le décoquillage¹⁹ de son être afin de le faire asseoir dans son noyau. C'est alors que l'imposition des rituels complexes et contraignants des guérisseurs oblige en fait le patient à respecter son propre noyau et à retrouver sa stabilité.

1.5.2. Psychologues cliniciens en institution hospitalière²⁰

Le métier du psychologue est accessible à partir d'une licence en psychologie suivie d'un Master 2 en psychologie ou d'un DESS (diplôme d'études supérieures spécialisées) de psychologie. Le statut des psychologues de la fonction publique hospitalière expose clairement leurs missions et garantit l'assise des aspects fondamentaux de leur pratique : autonomie technique (pas de subordination au médecin, mais au directeur de l'établissement ayant pouvoir de nomination), une fonction de cadre de conception, une relation de collaboration pluridisciplinaire autour des projets thérapeutiques et institutionnels. Au total, il élabore et met en œuvre des actions préventives, curatives et de recherche auprès des patients et des familles.

A l'hôpital général, les psychologues cliniciens bénéficient d'une liberté quant à la faible hiérarchisation les concernant. De fait, ils ont beaucoup de difficultés à inscrire leur pratique dans un monde qui ne les a pas prévus. Le guide essentiel reste alors le code de déontologie de 1996 qui a été actualisé en février 2012, et qui fédère les principes de la pratique psychologique. Toutefois, non légalisé, il demeure un code éthique indicatif, non opposable juridiquement en France ; mais, que dira-t-on du Bénin où ce code n'existe même pas alors que des psychologues sont formés depuis plus de dix ans ? Entre une position téléologique fondée sur le principe de bienfaisance et une position purement déontologique fondée sur le respect des personnes et leur autonomie, le psychologue introduit l'idée d'une singularité de chacun, singularité évolutive dans le temps, qui demande une certaine modulation et adaptation dans le rapport à l'autre. En collaboration avec l'équipe, dès son embauche, le psychologue clinicien est affecté à un service, voire à

¹⁹ Terme emprunté à Nathan et Hounkpatin dans « *guérison yoruba* » pour signifier une opération thérapeutique par laquelle un guérisseur (babalawo) atteint les parties sacrées d'une personne en relation avec ses systèmes de croyances traditionnelles faites du visible et de l'invisible dans le but de reconstruire l'être de l'individu malade.

²⁰ Le concept de psychologues cliniciens en institution hospitalière présenté ici est une synthèse de celui proposé par Silke Schauder dans « *Pratiquer la psychologie clinique aujourd'hui* », Paris, Dunod, 2004, pp.267-273.

une unité particulière. C'est à cette occasion que les missions du psychologue sont définies en accord avec le responsable médical du service lui-même garant du projet du service. Il revient au psychologue d'informer son interlocuteur de l'essence première de sa mission. La création des postes de psychologues dans des services hospitaliers est dépendante d'une demande du côté de l'équipe constituée de médecins, cadres, soignants. La première idée qu'on a du psychologue clinicien est qu'il possède des capacités d'évaluation, de conseil, d'accompagnement et de psychothérapie. C'est beaucoup plus rarement, pour son possible regard sur les points aveugles de fonctionnement du service que ses compétences sont recherchées.

Le psychologue clinicien nouvellement introduit dans une équipe est attendu comme celui qui observe, écoute et comprend au-delà du dire de surface ; il est fantasmé comme potentiellement « tout puissant ». En conséquence, ce nouveau psychologue se doit de repérer qui, en dehors des patients eux-mêmes, a des attentes vis-à-vis de lui. Si le statut des psychologues cliniciens hospitaliers les place, en effet, hors de la structure hiérarchisée de l'hôpital, il les prive aussi de toute inscription logique dans son organisation. Ainsi, rien de plus simple pour une équipe que de « satelliser » un psychologue trop enclin à vouloir remplir l'entièreté de ce qu'il pense être ses missions. Cependant, cette position du psychologue clinicien, selon Elliot (1995), va générer, au niveau des membres de l'institution, une part d'anxiété psychotique, paranoïde et dépressive mise en exergue par le groupe que le psychologue clinicien doit contenir afin qu'une évolution dans le travail de collaboration puisse voir le jour.

Du point de vue administratif, les psychologues exerçant au sein de la structure peuvent utilement se regrouper sous forme collégiale pour étayer leurs réflexions, penser leurs missions, soutenir leurs pratiques, et en rendre compte de façon réfléchie à l'équipe de direction qui se pose souvent en tiers référent. Aussi, le psychologue doit disposer d'un temps pour sa formation, son information et pour sa recherche (le temps FIR). Ce temps est nécessaire et obligatoire aux psychologues pour leur permettre le maintien de la formation tout au long de leur carrière, actualiser leurs connaissances tant sur les méthodes que sur l'information scientifique ainsi qu'une participation aux travaux de recherche, de supervision et d'accueil d'étudiants en psychologie effectuant un stage en milieu hospitalier.

1.5.3. Rôle du psychologue clinicien dans quelques services hospitaliers

Le psychologue clinicien intervient de la naissance à la mort. En milieu hospitalier, il est amené à exercer dans l'ensemble des services de soins : maternité, pédiatrie, urgence, réanimation, endocrinologie, neurologie, psychiatrie, médecine interne, chirurgie, gériatrie ou encore dans les unités de soins palliatifs, etc.

Le corps est au centre des préoccupations de la médecine dans les centres hospitaliers au Bénin. Le travail du psychologue va en favoriser, la reconstitution, la prise en compte de sa transformation ainsi que l'élaboration de ses compensations. En effet, tout se passe comme si, en l'absence de repères précis sur les fondements, limites et intérêts tant des modèles que du travail réel du psychologue, on ne pouvait plus se passer de psychologie.

Nous nous attarderons spécifiquement sur quatre secteurs, à savoir, le dispensaire/urgence, la maternité/gynécologie, la chirurgie, la réanimation et donnerons une vision globale de son rôle au profit de tous les services en général.

1.5.3.1. En médecine/urgence²¹

En situation d'urgence, le psy travaille par rapport aux parents, amis, en les maintenant dans l'espérance. Si l'état de conscience du malade le permet, il garde le contact chaleureux avec ce dernier pour satisfaire à son besoin de sécurité. Le psychologue se mettra également à la disposition de l'équipe médicale soit en :

- gérant les affects du patient tenant compte des attentes médicales ;
- jouant un rôle de médiation circonstancielle entre soignants/ patients/parents.

Pour réanimer psychiquement le patient, le psychologue complète les soins médicaux et d'hygiène de l'équipe soignante par une animation qui s'impose dans ce milieu où les stimulations vitales, faisant naturellement partie d'un environnement quotidien, manquent. Dans les salles d'hospitalisation, il initie des échanges verbaux et un soutien dans l'optique de combler le vide créé par l'isolement et le désœuvrement dans lequel se trouvent les patients qui peuvent accentuer le désinvestissement, encourager la dépression ou accuser les aspects déficitaires.

²¹ Tiré du journal *internationale de victimologie*. Il s'agit d'une expérience de M. Babonneau psychologue clinicien ayant participé à la mise en place de postes de psychologues au sein des *services d'accueil d'urgence (SAU) sous la circulaire DHOS/E 1 n°2001-503 du 22 octobre 2001 relative à l'accueil en urgence dans les établissements de santé français des personnes victimes de violences ainsi que toutes personnes en situation de détresse psychologique*. Bulletin Officiel n° 2001.

1.5.3.2. A la gynécologie/la maternité ²²

Le psychologue contribue aussi dans le champ de la périnatalité. Les rôles qui lui sont dévolus, l'amènent à intervenir pour :

- préparer les futurs parents dans l'idée qu'ils se font de leur enfant : qu'il soit fantasmatique, imaginaire ou réel ; et de les soutenir face à l'accession à leur nouveau statut.
- aider une mère, un père, un aîné à rencontrer le bébé qui vient de naître ou faire le deuil de celui qui ne viendra pas en mettant du sens sur sa non venue.
- accompagner les géniteurs dans la prise de décision d'interrompre ou non la grossesse, lorsque le pronostic de risque est élevé ou en cas de malformations sévères.
 - Si l'IVG ne constitue pas le choix du couple, travailler sur les affects que cette décision génère vis à vis du regard des autres : étrangeté de l'enfant à naître et l'ambivalence dans laquelle les parents sont plongés.
 - Si l'interruption est nécessaire, le psy accompagne, observe, soutient, prévient et sert de figure d'étayage auprès des parents, mais aussi parfois auprès des équipes médicales ou paramédicales.

Le psy reste également attentif aux symptômes psychiatriques de la femme, tels ceux de la psychose puerpérale. A une autre étape mais post-natale, il porte son attention sur les post-partum blues et les dépressions maternelles.

Le psychologue intervient aussi dans la gestion de situation d'accouchement sous « X ». Lorsqu'au sein d'un couple, aucun facteur physiologique ne justifie la stérilité persistante entre les deux, alors commence le travail du "psy".

1.5.3.3. A la chirurgie ²³

La chirurgie est un univers d'instrumentation technique sophistiquée, d'état d'urgence permanente, de traumatisme physique et psychique : angoisse des patients et même des parents. L'angoisse est plus grande chez les enfants et paroxysmique chez ceux qui sont de personnalité pathologique avérée lorsqu'il s'agit de prendre le départ pour le bloc. L'intervention du psy permet de faire un parcours psychologique avec le patient

²²Résumé du travail du psychologue clinicien en situation de périnatalité à la maternité de Fua D. (2002).

²³ Synthèse des pratiques psychologiques du travail de recherche de Ferragut E. et Colson P. sur « *Douleurs et psychopathologies liées aux traumatismes* ».

avant qu'il n'aille au bloc afin d'évaluer ses potentialités psychiques, ses mécanismes de défense, ses antécédents médicaux, ses peurs et ses doutes. Le psy l'assiste dans certains moments difficiles de son séjour tout en gardant aussi la distance nécessaire à son autonomie. Dans tous les cas, le rôle du psychologue dans ce milieu est :

- d'informer ;
- de contenir l'angoisse et permettre l'expression de la souffrance du malade,
- de repérer les fantasmes du malade ;
- d'être attentif à la dimension relationnelle des soins ;
- de prévoir l'avenir et accompagner les malades ;
- de soutenir l'équipe soignante soumise à une pression émotionnelle ;
- de soutenir la famille dans la période d'attente de la sortie du patient du bloc opératoire et pendant la période critique.

Grâce à ce travail, le psy diagnostique les troubles, évalue les risques de décompensation et contient l'engrenage pathologique dans lequel peut s'enfermer le patient ou sa famille.

D'une façon générale et quel que soit le service de provenance du patient, le psychologue clinicien est amené à faire référence aux dossiers médicaux et à communiquer avec la famille. Dans la salle de « consultation », espace plus propice à instaurer l'intimité et qui optimise les fonctions des rencontres à savoir : consacrer du temps au discours du malade, respecter son rythme ; un premier temps est consacré à ce qui « est » (détresse, douleur, colère...). C'est une étape d'accueil de la parole, de verbalisation du ressenti. Un second temps consiste à retourner doucement vers ce qui « a été » (histoire de sa maladie, sa présence à l'hôpital, ses souvenirs...). L'objectif est de replacer l'état de crise dans un contexte temporel plus large, pour qu'il ne devienne pas «le» point de repère, mais «une» étape parmi tant d'autres. Après le passage des médecins et l'annonce des résultats, le dernier temps est celui du bilan : lorsque les résultats révèlent une pathologie précise, le patient peut mettre en mots l'angoisse qu'elle déclenche. Le psychologue peut mettre, d'autre part, en évidence, les ressources (psychologiques, matérielles, sociales, affectives...) que le patient pourra mobiliser pour négocier au mieux les changements induits par l'événement (immobilisation, mise en observation, hospitalisation). Si l'entourage proche du patient souffre de ne pas avoir de référent à interroger, le psychologue peut être celui à qui s'adresser, au moins en ce qui concerne l'avancée de la prise en charge. Le rétablissement du lien avec le patient (transmission de messages,

rencontres facilitées) est aussi un axe important de l'intervention du psychologue concernant son entourage.

1.5.3.4. A la réanimation²⁴

Le domaine de la réanimation consiste en une clinique de l'extrême. Les enjeux y sont donc très importants, tant médicalement que dans le domaine du psychique et du relationnel. Cela, dans un contexte aux confins de la vie et de la mort où il est important de s'interroger sur l'impact et la signification de ce rapport quasi-constant avec la mort aussi bien chez les soignants que chez les patients et leurs familles.

La place du psychologue auprès du patient de réanimation en particulier, au moment de l'éveil de coma est d'une importance non négligeable. Il s'agit d'abord de comprendre la spécificité des processus psychiques à l'œuvre dans de tels moments de transition entre coma et veille où se jouent l'intrication pulsionnelle et le réinvestissement complexe de la conscience avec la relance de l'activité de représentation qui peut prendre la forme de délires. Il s'agit aussi d'une place complexe à créer où le psychologue représentant de la vie psychique doit trouver sa place à côté de l'enchevêtrement de techniques médicales et de relations au réel du corps. Le rôle du psychologue est ici important pour aider à construire un espace d'échange, de contenance et d'étayage pour les différents protagonistes. Il faut développer ensuite les missions du psychologue en service de réanimation puisqu'il s'agit d'un cadre de travail complexe et original qui reste à créer, car, on ne l'enseigne pas à l'université. L'accent est mis sur la nécessité de faire une place à part entière à la vie psychique, à la subjectivité et à la parole du patient. Au-delà de l'accompagnement et du soin psychique, le psychologue est aussi celui qui communique avec l'équipe sur les états internes du patient.

Le psychologue propose au patient une rencontre qui l'aide à se dégager du trauma, sans se laisser enfermer par lui, ni non plus l'enfermer en lui. Eviter la perte d'identité, le délire, la dépression, l'isolement, l'angoisse, et la confusion. Etre là, stimulant parfois et attentif quand le patient revient à la conscience, et saisir tous les fils possibles pour rétablir la communication, le lien et l'entretenir par des visites au besoin du patient. Il arrive, quand le malade ne peut plus s'exprimer ni verbalement ni corporellement, que le psychologue rentre néanmoins dans sa chambre, y reste un temps assez bref, une à dix

²⁴Résumé du travail du psychologue clinicien en situation de réanimation selon le site internet : <http://www.carnetpsy.com/cp.php> consulté en janvier 2015.

minutes, lui parle en lui disant les choses qu'il connaît de lui, de son identité, les nouvelles qu'il a de lui par ses proches, sur sa situation, sur ce qui a évolué, également, les choses qu'on peut remarquer et partager avec lui comme sa mine par rapport à la dernière fois qu'on l'a rencontré, les soins qu'on lui fait, qu'on va lui faire. Faire « un pont » entre lui et l'extérieur, entre hier et maintenant, entre le présent et l'avenir, et par la fenêtre de cette présence, lui permettre d'apercevoir dans ce service fermé un bout du ciel, le ciel de la sortie. Le psychologue a pour objectif de soulager au maximum la souffrance psychique du malade, de suivre ce dernier tout au long de son hospitalisation et de le préparer au retour à la vie active. On envisage un accompagnement psychologique des malades en réanimation ou en soins intensifs parce que le soutien du patient dans son effort pour maintenir ou rétablir le lien psychique à lui-même et au monde extérieur est le complément incontournable des actes techniques visant à soutenir, voire à suppléer, les fonctions vitales défaillantes.

CHAPITRE II : CADRE DE L'ÉTUDE ET DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

Cette partie est consacrée à la présentation de la zone sanitaire Abomey-Calavi/Sô-Ava regroupant plus d'une commune d'une part et de la démarche méthodologique d'autre part.

2.1. Présentation générale de la Zone Sanitaire Abomey-Calavi/Sô-Ava

2.1.1. Situation géographique et démographique de la zone

Située dans le département de l'Atlantique, la Zone sanitaire Abomey-Calavi/Sô-Ava est l'une des sept (07) zones que comportent les départements de l'Atlantique et du Littoral. Elle compte une population de cinq cent soixante-six mille six cent vingt-sept (566.627)²⁵ habitants et couvre une superficie de 868 Km². Elle est limitée :

- au Nord par la commune de Zè ;
- au Sud par le département du Littoral et l'Océan Atlantique ;
- à l'Est par les communes d'Adjohoun, de Dangbo, des Aguégués et de Porto-Novo ;
- A l'Ouest par les communes de Tori-Bossito et de Ouidah.

2.1.2. Données administratives et organisationnelles de la zone sanitaire

Deux communes se répartissent le territoire géographique. La zone sanitaire d'Abomey-Calavi/Sô-Ava compte vingt(20) centres de santé publics et est subdivisée en :

- la commune d'Abomey-Calavi : c'est la plus peuplée du Bénin après Cotonou, la capitale économique. Elle regroupe neuf (9) arrondissements (Abomey-Calavi, Akassato, Glo-Djigbé, Godomey, Hêvié, Kpanroun, Ouèdo, Togba et Zinvié) subdivisés en 71 villages et quartiers de ville.
- la commune de Sô-Ava qui regroupe sept (7) arrondissements (Ahomey-Lokpo, Dekanme, Houédo-Aguêkon, Ganvié I, Ganvié II, Sô-Ava et Vekky) subdivisés en 42 villages et quartiers de ville.

²⁵Données tirées de l'annuaire des statistiques sanitaires 2014 de la zone sanitaire Abomey-Calavi/Sô-Ava.

**Tableau I : Répartition des villages par arrondissement dans la zone sanitaire
Abomey-Calavi/Sô-Ava en 2014**

COMMUNES	ARRONDISSEMENTS		VILLAGES
A B O M E Y - C A L A V I	ABOMEY-CALAVI	06	Agamandin, Agori, Gbodjo, Kansoukpa, Sèmè, Tokpa Zoungo
	AKASSATO	10	Adjagbo, Agassa-Godomey, Agonsoudja, Akassato-Centre, Gbétagbo, Glotokpa, Houekegbo, Houekehonou, Missessinto, Kpodji Les Monts
	GODOMEY	09	Cococodji, Cocotomey, Dèkoungré, Godomey-N'gbeho, Houalacomey, Salamey, Togbin, Godomey Togoudo, Ylomahouto
	GLO-DJIGBE	09	Agongbe, Djissoukpa, Domegbo, Glo-Djigbe, Glo Fanto, Lohoussa, Yekon-Aga, Yekon Do, Glo Missebo
	HEVIE	05	Adovié, Akossavie, Dossounou, Houinme, Zoungo
	KPANROUN	08	Anagbo, Avagbe, Wagnizoun, Djigbo, Avogniko, Kpanroun-Centre, Kpaviedja, Zoungbo
	OUEDO	06	Adjagbo, Ahouato, Allansankomè, Dassekome, Kpossidja, Ouèdo
	TOGBA	07	Ahossou-Gbèta, Drabo, Houèto, Houèga-Agué, Houèga-Tokpa, Somè, Tokan
	ZINVIE	11	Adjogansa, Dangbodji, Dokomey, Gbodje, Gbodjoko, Kpotomey, Sokan, Wawata, Yevie, Zinvié-Fandji, Zinvié-Zounmè
	AHOMEY-LOKPO	06	Ahomey-Hounmey, Ahomey-Lokpo Centre, Kinto-Ague, Kinto-Dokpakpa, Kinto-Oudjra, Zoungomey
S O - A V A	DEKANMEY	03	Akpafe, Assakomey, Djekpe
	GANVIE I	05	Agonmekomey, Agoundankomey, Kpassikomey, Sokomey, Tohokomey
	GANVIE II	06	Agbingamey, Ahouanlmongaho, Dakomey, Dossou-Gao, Gounsoegbamey, Guedeve
	HOUEDO-AGUEKON	06	Domeguedji, Ganviacomey, Gbegbome, Gbegodo, Gbessou, Sokomey
	VEKKY	12	Gbetigao, Hlouazoumey, Hounhoue, Kpacomey, Lokpodji, Nonhoueto, Somai, Tchinacomey, Todo, Vekky Daho, Vekky-Dogbodji, Zounhomey
	SO-AVA	04	Ahomey-Gbekpa, Ahomey-Glon, Dogodo, Sindomey

Source : *Annuaire des statistiques sanitaires_ 2014*

✓ Organisation de l'administration territoriale

La zone sanitaire d'Abomey-calavi/Sô-Ava est répartie en des aires sanitaires comme l'indique le tableau ci-après :

Tableau II : Répartition des aires de santé par arrondissements et commune en 2014

COMMUNES	Arrondissements	Formations sanitaires
ABOMEY-CALAVI	ABOMEY-CALAVI	ABOMEY-CALAVI
		HZ
	AKASSATO	AKASSATO
	GODOMEY	GODOMEY
		COCOCODJI
		DEKOUNGBE
		WOMEY
	GLO-DJIGBE	GLO-DJIGBE
	HEVIE	HEVIE
	KPANROUN	KPANROUN
	OUEDO	OUEDO
	TOGBA	TOGBA
		MARIA GLETA
	ZINVIE	ZINVIE
	SÔ-AVA	AHOMEY LOKPO
		KINTO OUDJRA
DEKANMEY		
GANVIE I		
GANVIE II		GANVIE II
HOUEDO-AGUEKON		HOUEDO-AGUEKON
		GBESSOU
SÔ-AVA		SÔ-AVA
VÊKKY		

Source : *Annuaire des statistiques sanitaires_ 2014*

2.2. Données socioculturelles et économiques de la zone sanitaire

Abomey-Calavi/Sô-Ava

La zone sanitaire est composée d'une multitude de groupes socioculturels à prédominance Aïzo, fon à Calavi et Toffin à Sô-Ava. Ces groupes cohabitent pacifiquement avec la plupart des autres ethnies du pays faisant des arrondissements d'Abomey-Calavi, de Godomey et des environs, une zone cosmopolite.

Sur le plan religieux sont classés par ordre d'importance numérique, les religions traditionnelles, le christianisme et l'islamisme. On y rencontre aussi d'autres confessions religieuses qui prennent de plus en plus de l'ampleur. Notons que la majorité de la population est syncrétiste.

La zone sanitaire Abomey-Calavi/Sô-Ava, de par sa position géographique, dispose de sites touristiques de renommée internationale : Ganvié, Sô-Tchanhoué, Sô-Zounko, etc. La pêche, l'élevage, l'agriculture, la cueillette, l'artisanat et le commerce sont les activités économiques pratiquées par les populations dans la zone sanitaire Abomey-Calavi/Sô-Ava.

Dans la commune d'Abomey-Calavi, l'agriculture était la principale activité, mais, de nos jours, elle perd progressivement sa place en raison de la poussée démographique, de la vente des terres et de l'appauvrissement des sols. Dans la commune de Sô-Ava, la pêche est l'une des activités principales qui occupe toute la population et se pratique sous différentes formes.

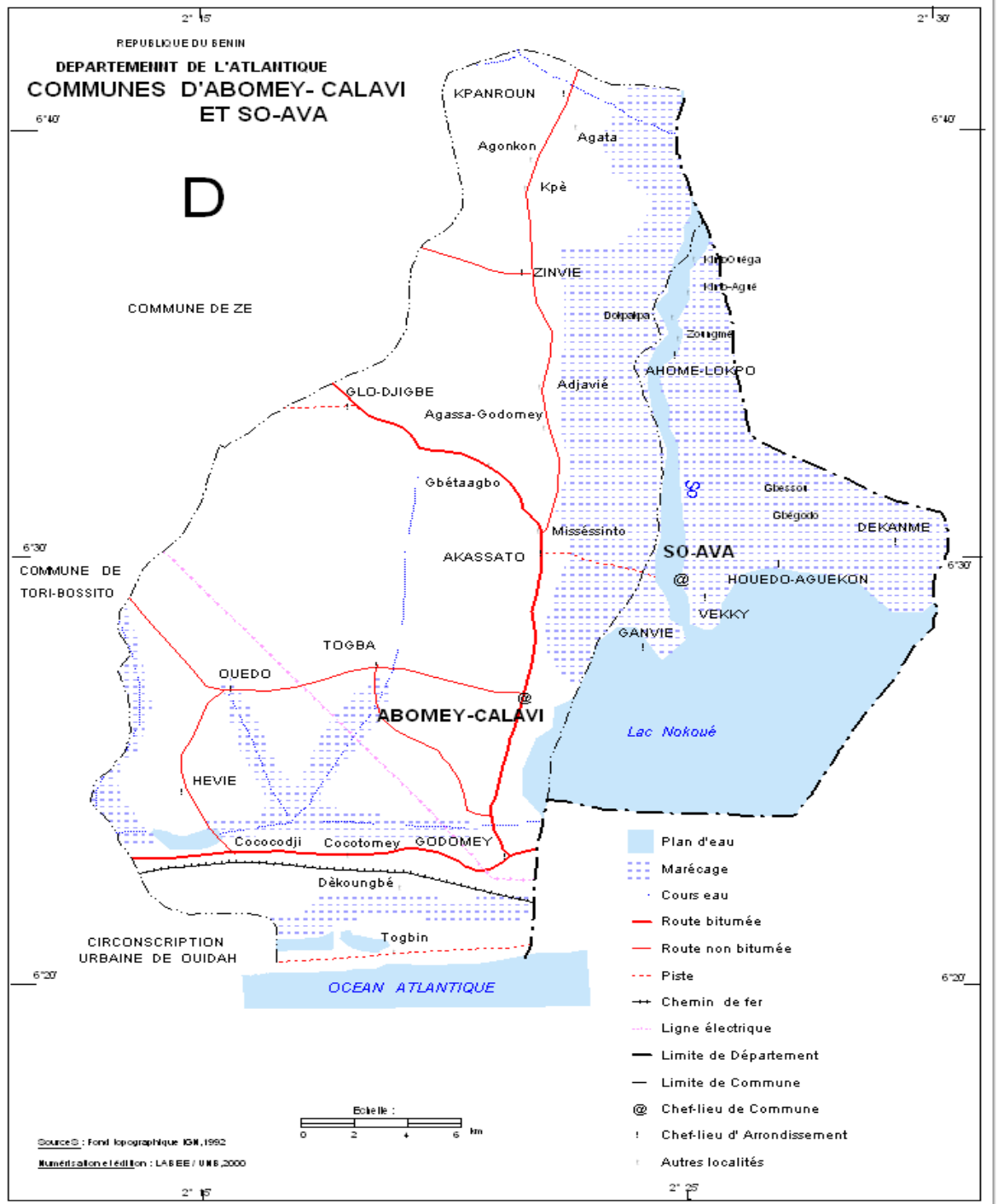
La zone sanitaire d'Abomey-Calavi/Sô-Ava offre de nombreuses potentialités économiques, culturelles et touristiques. C'est un vaste marché de consommation en raison de sa population qui double tous les cinq ans et fait accroître le chiffre d'affaires des investisseurs en un temps record.

Sur le plan traditionnel, les communes de la Zone Sanitaire d'Abomey-Calavi/Sô-Ava sont régies par des cours royales. La commune d'Abomey-Calavi s'apparente à la cité historique d'Abomey dont elle tire d'ailleurs son nom. Elle donne accès à la cité lacustre de Ganvié qui accueille par an des milliers de touristes qui viennent du monde entier. On y découvre des parcs touristiques dont un musée ethnographique, des palais royaux, des couvents, des temples de pythons et surtout des forêts sacrées. La commune d'Abomey-Calavi abrite la plus grande Université du Bénin (Université d'Abomey-Calavi).

La zone sanitaire d'Abomey-Calavi/Sô-Ava, située au niveau périphérique de l'organisation pyramidale du système national de santé, a pour objectifs :

- ✓ prévenir les maladies et prendre en charge ceux qui en sont atteints ;

- ✓ améliorer la santé des populations de la zone ;
- ✓ rendre disponibles et accessibles les soins de qualité à la base ;
- ✓ offrir des soins à moindres coûts ;
- ✓ réduire la prévalence des maladies dans la zone.



Source : *Annuaire des statistiques sanitaires_ 2014*

Figure 1 : Carte de la zone sanitaire Abomey-Calavi/Sô-Ava

2.3. Démarche méthodologique

La méthodologie adoptée pour la présente étude est structurée autour des points suivants : la recherche documentaire, la population d'étude, l'échantillonnage, les techniques et outils de collecte des données et enfin le traitement de ces données.

2.3.1. Population d'étude

Notre recherche effectuée dans la zone sanitaire d'Abomey-Calavi/ Sô-Ava est une étude descriptive reposant sur deux catégories d'acteurs : les soignants et les patients. Elles sont réparties dans divers services : l'urgence, la maternité, la chirurgie et la réanimation pour ne citer que ceux-là. Cette recherche est destinée à mettre en relief à la fois la diversité et l'originalité des besoins psychologiques dans chacun de ces services. Elle est donc faite dans ces deux milieux de médecine générale et de spécialité sur l'ensemble du personnel soignant et des malades hospitalisés ou ayant subi des soins ou autres examens gynécologiques et de laboratoire. L'effectif de la population d'étude s'élève à 24 patients dans tous les secteurs de prise en charge et de 30 soignants toutes catégories confondues (sages-femmes, infirmiers, médecins généralistes et spécialistes).

2.3.2. Échantillonnage

Il a été procédé à l'échantillonnage par « disponibilité »²⁶. Des entretiens sont réalisés avec des patients et des soignants présents lors de deux passages à diverses dates. Au nombre de 30 soignants, l'étude ne s'est donc portée que sur 15 soignants composés de 3 sages-femmes, 4 infirmiers, 5 médecins généralistes et 3 médecins spécialistes. De même, le travail est effectué sur 12 patients tous secteurs confondus. Nous avons donc appliqué à cette population cible un quota de demi (1/2) pour avoir notre échantillon d'étude afin de ne pas trop embrasser pour passer à côté de nos objectifs.

✓ Justification de l'échantillonnage

Il faut signaler ici que, malgré la faiblesse de la taille de l'échantillon, cette technique non probabiliste est la plus utilisée. Aussi, faut-il noter qu'avec cet échantillon, nous avons la possibilité de mieux analyser et de déceler les problèmes au lieu d'un grand nombre qui

²⁶Encore appelé échantillonnage par commodité. Ce type d'échantillonnage utilise tout groupe de sujets disponibles dans le milieu d'étude. C'est un affaiblissement de la technique d'échantillonnage dans la mesure où les sujets peuvent ne pas être représentatifs (Sockeel et Anceaux, 2002).

ne nous facilitera pas la tâche. Toutefois, nous avons pris des précautions dans la démarche pour éviter, dans la mesure du possible, des biais qui pourraient fausser les résultats.

- ***Du côté du personnel soignant***

Nous avons limité l'aperçu des facteurs psychologiques aux agents qualifiés parce qu'ils sont capables de distinguer les facteurs somatiques de ceux qui ne le sont pas. Nous n'avons pas pris en compte certains soignants pour diverses raisons à savoir : manque de temps, séminaires, fora, voyages et les paramédicaux comme les ingénieurs et les techniciens de laboratoires.

- ***Du côté des patients***

Nous avons laissé les malades qui ont exprimé un refus de s'entretenir avec nous ; ceux avec qui la barrière linguistique (autres langues que le « fongbé » et ses langues cousines) constituerait un biais et ceux dont l'état de santé empêche de participer à l'entretien (incapacité de verbaliser les affects, état de conscience altéré), même si nous leur avons apporté notre soutien dans la lutte pour le combat de la vie. Nous avons opté pour deux passages à différentes périodes d'un mois d'intervalle auprès des patients pour ne pas interviewer les mêmes sujets.

2.3.3. Techniques et instruments de collecte des données utilisées

Pour collecter nos données, dans le cadre de la présente étude, nous avons utilisé diverses techniques et méthodes de collectes de données. Nous avons opté pour les techniques de l'observation directe et l'entretien semi-structuré, parce qu'elles nous permettent de recueillir toutes les informations dont nous avons besoin.

Afin de recueillir les données nécessaires à notre étude, nous avons utilisé :

- un guide d'entretien pour les patients,
- un guide spécifique pour les soignants et
- deux grilles d'observation où nous notons toutes les données observées.

2.3.4. La recherche documentaire

Elle a consisté à recenser et à lire certains ouvrages, articles, rapports et mémoires relatifs au sujet abordé pour mieux saisir les concepts-clés y afférents. Les centres de documentations parcourus, la nature des documents recensés et les types d'informations collectées sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Tableau III : Synthèse de la recherche documentaire

Centres de documentation	Nature des documents	Types d'informations recueillies
Centre de documentation de l'UAC	Thèses, mémoires, ouvrages généraux, rapports et articles.	-Bibliographie -Méthodologie liée à la revue de littérature
Centre de documentation de la FLASH	Thèses, mémoires, ouvrages généraux, rapports et articles.	-Informations générales et spécifiques relatives au sujet
Centre de documentation du Ministère de la Santé Publique (MSP)	Mémoires, revues scientifiques, rapports et articles.	-Informations générales et spécifiques sur les unités psychologiques et psychiatriques -Informations relatives à la méthodologie
Centre de documentation de l'UNICEF	Rapports, communications, articles, ouvrages généraux	Informations générales, techniques, méthodologiques relatives au sujet
Centre de documentation de la FSS	Thèses, mémoires, revues scientifiques, rapports et articles	-Informations générales et spécifiques sur le sujet -Informations relatives à la méthodologie
Centre de documentation de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)	CIM-10 et Mini DSM-IV	-Informations générales et spécifiques sur la nosographie et la classification de maladies mentales
Internet	Thèses, revues psychologiques, rapports et articles.	Informations diverses ayant rapport à la psychologie et au thème de recherche

Source : *Enquête de terrain, 2014*

✓ **Analyse documentaire**

La zone sanitaire A/S dispose d'un certain nombre de données annuelles où il est noté la prévalence des affections simples rencontrées ou celles à déclaration obligatoire. La consultation de ces données nous a permis de constater qu'on y note à plus de 99 % des affections purement organiques. De plus, l'examen des registres de consultation des médecins et de soins des infirmiers et sages-femmes nous a permis de constater qu'il y a des prescriptions d'anxiolytiques et d'antidépresseurs à des patients. Nombreux sont ces

patients qui ont reçu des prescriptions de l'un de ces produits. De même, on y retrouve l'enregistrement des cas de tentatives d'autolyse, de dépression, d'anxiété et de refus d'acceptation de la maladie.

2.3.5. Méthodes d'enquête

L'enquête permet au chercheur d'aller recueillir des informations auprès de la population d'étude et sur le terrain qui concernent directement le travail. Elle consiste à susciter un ensemble de discours individuels ou collectifs qu'il faut interpréter, analyser et généraliser.

Réaliser une enquête, c'est observer ou interroger un certain nombre d'individus pour confirmer ou infirmer les hypothèses ; c'est aussi choisir sur le terrain convenable des personnes qui peuvent donner des informations appropriées. Les conclusions auxquelles l'enquêteur est parvenu sont valables pour toute la population d'individus scientifiquement prélevés (population cible) en vue d'une généralisation et par l'intermédiaire des moyens utilisés pour appréhender la réalité sociale à étudier. Dans le cadre de notre recherche, l'enquête nous a permis d'avoir des informations sur la demande des patients en médecine générale et le rôle que peut jouer le clinicien aux côtés des différents acteurs de l'hôpital. Parmi ces moyens, nous retiendrons entre autres l'observation, et l'entretien.

2.3.5.1. L'observation

L'observation est une méthode d'étude rigoureuse qui satisfait à certaines exigences et des règles précises permettant de vérifier l'hypothèse de travail qui est à l'origine de l'enquête. On distingue plusieurs modes d'observation, mais deux types d'observations ont été faites concernant notre étude : l'observation active et l'observation passive.

- *L'observation active ou participative*

Encore appelée observation participante, elle nous a permis de nous insérer dans les deux groupes d'étude : les soignants et les patients. Ce faisant, nous avons pris part à la vie des groupes, essayant d'appréhender de l'intérieur les comportements par une sorte d'acculturation, les modes de pensée et les manières de faire et d'agir des différents acteurs de l'hôpital.

- *L'observation passive* ou directe

Elle consiste à observer les phénomènes que l'on étudie dans les lieux et l'instant où ils se produisent, sans avoir de relation avec les observés de façon à supprimer les problèmes d'interférences. Elle nous a permis d'étudier les phénomènes d'interaction qui se produisent entre les différents acteurs de l'hôpital que sont les soignants, les soignés et les parents (gardes malades).

Dans notre recherche ces différentes observations nous ont permis de constater le type de thérapie pratiquée et les comportements des patients face à leurs soignants. Toutefois, ces observations ont un côté subjectif, mais nous nous sommes efforcé d'être beaucoup plus objectif. Nous avons construit deux grilles d'observation afin de répondre aux soucis de pertinence. Ces grilles comportent des dimensions psychologiques observées et mises en hypothèse par notre recherche et nous ont servi aussi, de support au cours des entretiens avec les soignants et les patients. L'observation sera complétée par les différents entretiens réalisés avec les soignants et les patients.

2.3.5.2. Les entretiens

Les entretiens permettent aux chercheurs de retirer des informations et des éléments de réflexions très riches et nuancés. Ils nous ont permis un contact direct entre nous et nos interlocuteurs et d'obtenir le discours des acteurs sur les interventions du psychologue à leur côté. Nos entretiens ont été semi-directifs envers nos deux cibles en ce sens qu'ils ne sont ni entièrement ouverts, ni canalisés par un grand nombre de questions précises.

- Du côté des soignants, notre entretien s'est reposé sur l'expression d'une possible intervention du psychologue clinicien dans le champ médical, de ce qu'il peut faire dans les difficultés d'ordre psychologique rencontrées dans l'exercice de leurs fonctions et de ce qu'il peut faire à leur côté par rapport à l'usure et autre charge professionnelle.

- Au niveau des patients, nos entretiens sont allés dans le sens de détecter la formulation de demandes psychologiques. Nous avons également abordé le volet de l'absence du psychologue à l'hôpital et le rôle qu'il pourrait jouer à cet endroit surtout dans l'amélioration de leurs souffrances.

Lors de nos entretiens, certaines de nos questions n'ont pas été abordées par les patients et si nous les jugeons trop angoissantes pour eux, nous renonçons à les évoquer. Les entretiens au cours desquels les patients se confessent peuvent être anxiogènes et biaisent par la suite nos recherches. En outre, et c'est la différence essentielle, le contenu

de l'entretien fera l'objet d'une analyse de contenu systématique, destinée à vérifier les hypothèses de travail.

2.3.6. Procédure d'analyse et de traitement des données

Le traitement de nos données repose essentiellement sur une procédure d'analyse qualitative. « *L'approche qualitative a recours à des indicateurs non fréquents susceptibles d'autoriser des inférences* » (Alinon, 2007, p.40). Nous avons relevé des entretiens, différents extraits contenant des paroles fortes qui abordent les questions essentielles de notre recherche. Ces paroles fortes, distinguées et sélectionnées à partir des indices psychologiques de notre recherche énumérés par les objectifs et les hypothèses, seront analysées afin de découvrir le contenu latent et implicite du discours. Dans le cadre de cette recherche, le document qui va être analysé est l'ensemble de quelques extraits d'entretiens choisis après catégorisation.

Pour le traitement de nos données, nous retenons l'analyse de contenu, de préférence sa technique d'analyse sémantique et structurale pour l'interprétation de quelques extraits de discours.

2.3.6.1. L'analyse de contenu

Du point de vue théorique, l'analyse de contenu a pour objectif d'analyser le contenu d'une conversation, d'un dialogue, d'un discours. « *Elle consiste à faire ressortir les différents thèmes ou aspects qui donnent aux textes toute sa signification* » (Houéssou, 2008, p.201). Selon Dépelteau (2000), « *l'analyse de contenu est une technique de codage ou de classification visant à découvrir d'une manière rigoureuse et objective la signification d'un message. (...) C'est une technique d'observation indirecte* ». Un peu avant Dépelteau, Pourtois & Desmet (1997) voyaient en l'analyse de contenu une intéressante méthode qui combine la richesse de la subjectivité à la rigueur de l'objectivité tout en faisant preuve de vigilance heuristique. C'est une méthode qui se veut capable d'effectuer l'exploitation totale et objective des données informationnelles. Elle est donc objective, exhaustive et méthodique. L'analyse de contenu admet plusieurs méthodes : la méthode logico-sémantique, la méthode logico-esthétique formelle et la méthode d'analyse sémantique et structurale, ... (Mucchielli, 1977). La méthode d'analyse sémantique et structurale est la mieux adaptée à notre travail, car, elle nous permet de mieux décortiquer les discours de ces acteurs de l'hôpital.

2.3.6.2. La méthode d'analyse sémantique et structurale

Cette méthode recherche le contenu latent de la communication. Elle cherche à dépasser le contenu manifeste et explicite pour aboutir, par une analyse, au second degré, au sens implicite non immédiatement donné à la lecture, le sens caché de la phrase (Alinon, 2005). Dans le versant de la psychocritique, Mauron (1996) propose de partir des réalités textuelles pour rejoindre la singularité inconsciente du contenu du discours de l'interviewé (da-Silva, 2004). La méthode d'analyse sémantique et structurale va donc nous permettre d'aller au-delà du dire de surface pour aboutir au sens second non automatiquement accessible du discours des soignants et des patients. Il s'agit notamment de la recherche de la structure des significations des analyses thématiques et sémiologiques puis de l'analyse sémantique et corporelle. Nous nous intéressons plus à la qualité et à la diversité des informations reçues auprès des sujets. Notre analyse n'a donc pris en compte ici que quelques paroles fortes des extraits du discours des patients et des soignants. Ces paroles fortes ont été distinguées et sélectionnées à partir des indices psychologiques énumérés par les objectifs et les hypothèses de la présente étude. Les extraits étant textuels, l'appréciation du contenu reste subjective, mais nous nous sommes efforcés de garder une certaine objectivité dans notre démarche méthodologique.

C'est la combinaison de ces différentes approches citées qui fait la spécificité de notre recherche.

2.4. Difficultés rencontrées et limites de la recherche

Pendant notre recherche, nous avons été confronté à des difficultés de trois ordres : celles relatives aux entretiens avec les soignants et les patients qui ont été parfois réticents à participer à l'entretien, celles d'une méfiance des patients et des soignants qui ne comprenaient pas exactement le but de notre recherche, et enfin celles relatives au cadre des entretiens. Il nous a fallu du temps, de patience et beaucoup d'explication sur ce que nous faisons avant de nous faire accepter bien que nous ayons l'autorisation du médecin coordonnateur de la ZS_AS. Il y avait souvent une lourde atmosphère de méfiance et même de suspicion et d'espionnage à notre égard. Certains soignants croyaient que nous étions là pour les évaluer afin de rendre compte à leur chef hiérarchique et avaient montré de la désinvolture à l'entretien, allant jusqu'à l'arrêter. Parfois, ils reportaient l'entretien qu'ils avaient commencé sous prétexte qu'on les attendait quelque part. D'autres, à titre

individuel, avaient du mal à respecter le temps de l'entretien avec les patients, n'hésitant pas à interrompre le travail pour une prise de constance ou de médicaments même si ce n'était pas l'heure indiquée. Ils en profitaient juste pour satisfaire leur curiosité. L'inadaptation du cadre de ces entretiens et la présence parfois d'un autre patient gênent la parole et l'écoute. Certains patients ont accepté difficilement d'entrer en relation avec nous de peur de se laisser découvrir. Ces patients, par notre habillement différent de celui des soignants, ne nous acceptent pas, ce qui nous a amené à porter aussi parfois des blouses comme le corps médical. Toutefois, nous marquons de différence en laissant ouverte notre blouse. De même, nous avons eu des difficultés à trouver un équivalent des concepts psychologiques et leurs dérivés en langue « fongbé » et autres langues voisines.

Nous avons aussi eu des difficultés d'ordre méthodologique au moment de confectionner la guide d'entretien et les grilles d'observation, car, il fallait trouver des questions précises et adéquates pour recueillir les opinions des enquêtés et les observations faites. Tout cela a joué sur notre chronogramme. La conséquence directe en a été le manque de temps pour brasser assez de sujets pour l'enquête.

CHAPITRE III : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

Il s'agit pour nous de présenter dans un premier temps quelques extraits de discours des soignants et des patients en rapport avec nos hypothèses de recherche, accompagner d'une brève analyse et dans un second temps de présenter les résultats synthèses de nos observations dans deux tableaux.

3.1. Présentation et analyse des résultats des entretiens

3.1.1. Le défaut de personnels de soins psychologiques en milieu hospitalier

Différents points de vue ont été enregistrés. Nous les avons répartis par contenu thématique.

3.1.1.1. L'inexistence de psychologue à l'hôpital

Lors de l'entretien, un médecin nous disait :

« [...] il n'y a pas de psychologue dans les hôpitaux au Bénin et nous sommes en retard dans la prise en charge adéquate de nos patients. Aussi, il est de toute évidence que nos patients n'ont pas cette culture ».

Cela paraît radical, mais ce médecin sait de quoi il parle et nous signale même un retard dans la prise en charge adéquate des malades dans les centres de santé. Une patiente reçue à la chirurgie pour une appendicectomie abonde dans le même sens et nous affirme :

« Moi je n'ai jamais vu un psychologue à l'hôpital au Bénin et je ne sais pas si on pourra l'avoir un jour car cela n'est pas de notre culture ».

Pour cette femme, il va falloir changer notre culture avant d'obtenir la présence du psy dans l'équipe médicale. Toutefois, un médecin nous fait cette révélation :

« Dans le souci de fidéliser ma clientèle je prescris des médicaments à mes patients pour les calmer à défaut de faire mieux, étant donné que je ne peux pas me substituer au psychologue. Il faut pouvoir faire quelque chose pour le patient qui attend beaucoup de moi alors que c'est le rôle du psychologue mais il n'est pas dans l'équipe médicale ».

Sans honte ni gêne, ce médecin nous dévoile un secret de polichinelle en pratique dans nos différents centres de santé. Il sera rejoint par un infirmier qui nous déclarait :

« [...] le patient qui vient à l'hôpital ne veut rien d'autre que la guérison quelle que soit sa maladie et comme le psychologue n'est pas là on s'occupe aussi du volet psychologique comme on peut. Mais ce n'est pas la même chose car ceci n'est pas notre rôle ».

Un médecin généraliste abonde dans le même sens et affirme :

« Les malades disent des choses qui apparemment n'existent pas du tout, des choses qu'ils n'ont pas souvent ; ce qui nous fait penser à un trouble psychique. Ça nous gêne car ce n'est pas notre rôle ; c'est celui du psychologue mais voilà qu'il ne fait pas partie de l'équipe de l'hôpital ».

L'absence du psy dans l'équipe médicale est aussi confirmée par un patient qui dit ceci :

« A l'hôpital il y a le médecin pour examiner le malade et l'infirmier pour exécuter les soins c'est tout, il n'y a pas de psychologue à l'hôpital sinon que moi je ne le vois que dans les films ».

Cet autre patient va renchérir en ces termes :

« [...] c'est en Europe et dans les autres pays occidentaux que les psychologues sont consultés. Chez nous, on préfère voir le pasteur, le prêtre ou le charlatan pour régler nos problèmes extra médicaux ».

Pendant notre investigation, un médecin confirme le propos du précédent patient sur l'absence du psy et va jusqu'à le déplorer en ces termes :

« Nos institutions sanitaires n'ont pas prévu cela mais puisque les organisations sanitaires internationales comme l'OMS l'ont prévu pourquoi ne pas se conformer et l'introduire dans le dispositif médical ».

Ces différents extraits de discours montrent l'importance qu'accordent les soignants et les patients à la présence du psy à l'hôpital et vont jusqu'à le proposer dans le dispositif médical qui n'est pas du ressort du psy. Toutefois, il semble que certaines personnes ne savent pas que le psy peut faire quelque chose à l'hôpital. Les extraits qui suivent abondent dans ce sens.

3.1.1.2. Ignorance du psychologue et de son rôle à l'hôpital

D'après les entretiens menés, les psychologues ne sont pas à l'hôpital parce qu'on ne les connaît pas, mais aussi qu'on ignore leur rôle dans l'équipe. Dans ce sens, un patient nous déclare :

« Ce n'est pas évident de voir le psychologue dans nos hôpitaux car on ne les connaît pas ».

Plusieurs soignants se sont exprimés au sujet du psychologue, cependant, quelques divergences d'opinions méritent d'être soulignées. A propos, un médecin généraliste déclare :

« Je peux vous dire que le psychologue clinicien n'est pas connu à l'hôpital [...]. Sa participation à la médecine générale sera possible lorsque le gouvernement le décidera en concevant une réforme hospitalière dans ce sens et adopté par le parlement ».

Un médecin, directeur d'un hôpital public, va plus loin et dénonce la part de responsabilité de l'université dans cette ignorance des psychologues non seulement dans les hôpitaux, mais aussi dans tous les autres secteurs d'activité :

« Les psychologues ne sont pas à l'hôpital puisqu'on ne les connaît pas et c'est bien dommage. Depuis plus de dix ans que l'université les forme et leur délivre des diplômes, il n'y a pas une politique de vulgarisation de leur compétence ni de leur savoir-faire pour permettre leur recrutement dans tous les services ; pas seulement les hôpitaux ».

Pour le dermatologue fraîchement venu de la France le psychologue aura du mal à travailler avec les soignants au Bénin à cause de son professionnalisme et de son indépendance. Il déclare :

« [...] les psychologues sont trop indépendants et se comportent comme "des électrons libres" ; ils exercent seuls et entretiennent une certaine singularité dans le service : ce qui ne sera pas apprécié ici au Bénin ».

On note clairement que ce médecin est un peu informé du rôle du psychologue à l'hôpital, mais ce qu'il oublie, c'est qu'ils n'ont pas le même langage quand il s'agit de soigner. Quant à la place du psychologue et de son rôle à l'hôpital, deux infirmiers reçus en entretien n'en jugent pas nécessaire compte tenu du rôle qu'ils lui ont attribué :

Le premier : *« Tout comme les médecins, les infirmiers, nous pouvons dire que le psychologue clinicien traite les gens mais surtout des personnes qui sont folles ».*

Le second : *« C'est quelqu'un qui traite les maladies mentales et autres donc il ne peut pas rester à l'hôpital car ici c'est le corps qu'on traite ».*

Le psychologue clinicien est pris pour celui qui guérit les maladies mentales. Il est considéré d'office comme un psychiatre et de ce fait, on le préfère en psychiatrie qu'en médecine générale.

3.1.2. Expressions des demandes psychologiques dans la zone sanitaire Abomey-Calavi/Sô-Ava

Au cours de notre travail sur le terrain, nous avons recueilli diverses opinions par rapport aux demandes des patients. Ce ne sont pas exclusivement des demandes d'ordre médical et même les soignants nous en témoignent.

Voici quelques extraits des discours des soignants et des patients qui traitent de notre préoccupation.

3.1.2.1. Présence de troubles psychologiques à l'hôpital

Pour illustrer la présence de troubles psychologiques à l'hôpital, quelques soignants et patients se prononcent à travers leurs expériences. Ainsi, une patiente vue au dispensaire après les soins déclare :

« Je n'ai pas d'appétit, et rien ne me plaît. Je ne dors plus et ma tête me fait très mal. Parfois, les soirs quand je me couche, je sens que mon cœur veut tomber. Cela fait tellement mal et j'ai l'impression que quelque chose se déplace dans mon corps. Pourtant, j'ai fait assez d'exams qui n'ont rien donné, je suis même fatigué ».

Ces symptômes nous présentent un cas d'angoisse trop grande sur fond de dépression qui secoue cette patiente.

Un gynécologue souligne aussi l'existence des troubles psychopathologiques qui, au dire des patientes, les dérangent beaucoup et les condamnent à une angoisse par rapport à leur grossesse.

« On reçoit des femmes enceintes qui signalent des picotements dans le corps, des palpitations et parfois des insomnies. [...] Tu fais tout ce qui est de ton pouvoir mais la pauvre dame se plaint toujours ».

On note ici une angoisse qui fait apparaître des signes cliniques ayant rapport au corps que le soignant se contentera de traiter sans résultat.

L'exemple qui suit nous expose le cas d'un patient qui traite une affection apparemment organique depuis longtemps et nous confie ce qui suit :

« Je pense que mon problème n'est pas médical, la preuve est que je suis en traitement depuis cinq ans pour une douleur au dos jusque là inexplicable par mes soignants et la souffrance continue. J'ai fait le tour des hôpitaux mais rien n'a changé. [...] je me suis plaint un jour au directeur d'un centre pour les dépenses ; ce mal me prend toutes mes économies ».

Un autre médecin renchérit et dit :

« Dans nos pratiques lorsque nous avons une gamme variée de signes, on traite l'aspect organique jusqu'à l'épuisement du tableau et quand on n'obtient pas les résultats escomptés, alors on pense à la cause psychologique. Il faut être objectif, même si l'on trouve de raisons subjectives, on n'y peut rien ».

Toujours dans le même ordre, un médecin généraliste atteste que dans sa pratique, il est confronté à des affections tant psychiques que psychosomatiques.

« Toutes les affections traitées à l'hôpital ne sont pas uniquement organiques comme le paludisme, les infections respiratoires, les parasitoses, les infections digestives (diarrhée) et les infections urinaires. Il y a d'autres qui sont héréditaires ou psychosomatiques comme le diabète, l'ulcère, l'asthme ».

Au chirurgien de tirer cette conclusion à partir de ses expériences professionnelles en disant :

« [...] tout n'est pas organique ; il y a aussi des soucis, des pensées bizarres et autres qui rendent malades et pour cela que peut faire le soignant que je suis ? C'est vrai que parfois nous faisons un soutien psychologique aux patients mais ça ne suffit pas car ce n'est pas notre domaine ».

Pour ces soignants, il y a bien des affections qui ont un versant psychologique.

3.1.2.2. De la chimiothérapie en lieu et place de la psychothérapie

Devant ces troubles, les soignants n'abordent pas efficacement le volet psychique pour aider les patients. Ils sont limités à une prescription qu'ils justifient par manque de temps ou par faute de qualification.

C'est ce que nous dit ce patient en déclarant :

« Parfois, je viens voir le médecin juste pour dissiper une inquiétude en discutant avec lui mais il me remet une ordonnance au bout de deux ou trois

minutes. J'avoue que je ne comprends pas mais je ne peux rien faire ; après tout, c'est lui le docteur ».

Un médecin généraliste abonde dans le même sens et affirme :

« [...] on sent quelquefois que le patient, que nous avons reçu, nous pose un problème psychologique, mais on n'a pas le temps de s'en occuper à fond étant donné que d'autres personnes attendent sur le banc pour être consultées. Parfois, on est conscient que le patient s'en va avide, insatisfait, mais on n'a pas le temps de régler vraiment son problème sur le plan psychologique. Alors, on met des anxiolytiques ou des antidépresseurs selon le cas pour le calmer ».

Pour renchérir ces propos, un autre médecin mais gynécologue pense :

« [...] le patient veut juste quelqu'un avec qui parler, quelqu'un qui peut l'écouter alors que le médecin n'a pas ce temps. On sent qu'il n'a rien, c'est pourquoi nous disons que le psychologue clinicien doit faire partie de l'équipe médicale pour ces patients-là ».

Nous assistons ici, de la part des praticiens hospitaliers, à un plaidoyer signalant clairement les limites de leur travail à l'hôpital général, évoquant ainsi les facteurs temps et domaine de compétence pour justifier leurs actes très peu honnêtes.

Un autre médecin généraliste avoue à propos :

« On rencontre des malades très jeunes qui souffrent de l'hypertension artérielle ou bien de céphalée pratiquement banale, sans cause apparente. Les analyses ne prouvent rien. Vous pensez à beaucoup de choses, vous traitez, ça ne passe pas. Autres, c'est des insomnies et là nous administrons des produits sans résultat favorable. Et quand il y a échec thérapeutique, il faut alors considérer l'aspect psychologique, ce qui nous pousse à mettre quelquefois des produits de spécialité ».

On dirait qu'à travers ce discours, la chimiothérapie viendrait régler le problème que le manque de temps n'a pas su résoudre.

La sage-femme, après la consultation prénatale, se contente de rassurer sa patiente et lui propose une consultation psychiatrique, mais en attendant, elle lui prescrit une ordonnance. A la sortie, la patiente nous confie :

« J'ai informé la sage-femme de mes inquiétudes. [...] j'ai très mal et j'ai peur pour mon bébé ; elle m'a rassuré et m'a proposé de voir le psychiatre si ça continue. Elle m'a prescrit des médicaments que j'ai déjà achetés. J'estime que j'aurai de satisfaction après ».

Si la plupart des patients adhère aux traitements médicamenteux, le résultat n'est pas toujours satisfaisant. Une sage-femme nous apprend :

« Je reçois des patientes qui ont beaucoup de problèmes psychologiques et n'arrivent même plus à dormir malgré tout ce que je leur donne, même les tranquillisants n'ont plus d'effet ».

Cet extrait montre que le médicament ne fait pas toujours disparaître les symptômes d'une maladie ayant un versant psychique, telle l'anxiété que l'on pourrait soupçonner. Cela montre que les soignants délaissent le versant psychique pour une autre approche de compétence où ils sont plus doués qu'est la chimiothérapie. Toutefois, l'approche psychothérapique que constitue l'accompagnement dont parlent les soignants doit, contrairement à la chimiothérapie, trouver ici sa nécessité.

3.1.3. Les prérogatives du psychologue clinicien à l'hôpital

La connaissance du rôle du psychologue clinicien et de son importance à l'hôpital constitue une aubaine nécessaire pour solliciter son intervention.

Concernant l'approche clinique des psychologues, les professionnels de santé interrogés soulignent deux aspects du rôle du psychologue auprès des équipes de soin : l'un d'appui pour la prise en charge des patients et la relation avec les familles, l'autre d'écoute et de médiation au sein même des équipes soignantes. A ce propos, nous affirmons que le psychologue clinicien est un atout dans la prise en charge des patients aux côtés des soignants.

3.1.3.1. De la reconnaissance et de l'importance du rôle du psychologue dans la prise en charge des patients

Plusieurs patients et soignants se sont exprimés au sujet du rôle que peut jouer le psychologue clinicien à l'hôpital et en médecine générale. Nous notons quelques opinions qui méritent d'être soulignées et qui consacrent aux psychologues toute leur importance au sein de l'équipe de soin. Un médecin généraliste affirme :

« Le psychologue clinicien s'occupera des problèmes psychologiques des patients et là, il pourra nous éviter la prescription répétée des anxiolytiques et autres tranquillisants à nos patients ».

Le second généraliste va également dans le même sens que le premier :

« Un psychologue clinicien est un professionnel de la santé mentale qui doit aider le personnel médical et paramédical à prendre en charge les malades sur le plan psychoaffectif ou psychologique. Il fait partie du corps médical en réalité et il a une place à l'hôpital aux côtés des soignants ».

Ici, ces deux médecins ont presque la même perception du rôle du psychologue clinicien et soulignent la nécessité de sa présence en médecine générale. De même, un patient va plus loin en se fondant sur ce qu'il voit à la télévision dans les feuilletons et dit :

« Je n'avais jamais eu à faire avec le psychologue à l'hôpital avant mais, pour ce que je vois à la télévision, il est sollicité pour calmer le malade, lui annoncer un diagnostic difficile, ou une situation de handicap ; il est donc très important qu'il soit à l'hôpital pour mieux nous traiter ».

Cet autre patient que nous avons vu avant son admission au bloc pour l'ablation d'une hernie dit ceci du psychologue :

« Selon moi, le psychologue contribue à la guérison de beaucoup de maladies. Un malade qui souffre vraiment et qui a peur, le psychologue parle avec lui, essaie de le calmer, de le faire revenir à la raison et de le rassurer ; je crois qu'après, le malade serait libre dans sa tête, se sentira un peu à l'aise et n'aura plus trop peur ».

Cette affirmation comporte des concepts comme : faire revenir à la raison, donner de l'assurance et apaiser le patient en l'aidant à ne plus avoir peur. Par la suite, d'autres soignants trouvent le psychologue clinicien indispensable à leurs côtés et étalent le bien-fondé de leurs interventions. C'est le cas du chirurgien qui nous rapporte :

« L'apport du psychologue est indispensable avant et après l'opération. IL va dissiper le stress du patient et lorsque le stress s'en va, le malade supporte mieux l'opération et les douleurs post-opératoires. Donc, il faut le psychologue pour parler au malade, car cela l'aide toujours ».

L'anesthésie peut générer des douleurs psychogènes post-opératoires. Il revient au psychologue clinicien d'exercer, à certains moments, un rétro contrôle sur l'effet des produits. L'anesthésiste se prononce :

« L'apport du psychologue dans le champ chirurgical est primordial pour la préparation de nos malades afin d'amoindrir les effets pervers des produits anesthésiques, puis de démystifier le côté secret et angoissant des opérations chirurgicales ».

Un autre médecin mais responsable d'un centre de santé se prononce :

« Le psychologue clinicien servira pour la formation du personnel à mieux soigner, à mieux accueillir et dans le traitement du malade surtout s'il se sent mal, puis dans les affections psychosomatiques ».

Ici, les limites n'ont pas été clairement fixées et les modes d'intervention restent à être établis suivant les impératifs de l'institution hospitalière. Dans la suite de son discours, il fait une nuance du rôle du psychologue clinicien en se référant à la définition de la santé donnée par l'OMS²⁷ :

« [...] il fait partie du corps médical pour faire allusion à la définition de l'OMS sur la santé dans sa globalité. On a besoin d'avoir dans une structure médicale quelqu'un qui doit s'occuper davantage de la partie psychologique des malades ».

Ce médecin, même s'il exagère en considérant le psychologue clinicien comme faisant partie intégrante du corps médical, souligne son importance dans la prise en charge globale du patient. Quant au gynécologue échographiste, comme ses collègues précédents, il mentionne une certaine expérience de collaboration entre psychologues cliniciens et médecins en Occident :

« [...] en Europe, il y a le psychologue à l'hôpital et le médecin lui envoie les malades : vous finissez par exemple l'échographie et vous constatez que c'est une GEU (grossesse extra-utérine) qu'il faut opérer dans un bref délai, mais la dame refuse ce diagnostic, car, elle veut avoir son enfant. Vous l'envoyez chez le psychologue. Il saura lui parler, discuter avec la patiente et l'amener à accepter ce diagnostic et prendre la décision qu'il faut. Il s'occupera du volet psychologique, des déséquilibres mentaux et autres ».

Il est évident que ce médecin fait cas de ce qu'il a vu et appris en Europe du rôle du psychologue, mais il n'en demeure pas moins que cela n'est pas aussi simple chez nous au Bénin, car, les mentalités et les cultures sont différentes. Nous avons noté, d'une manière ou d'une autre, l'expression d'une demande d'aide à la prise en charge psychologique tant du côté des soignants que des patients.

²⁷Un état complet de bien-être, physique, mental et social, et pas simplement l'absence de maladie ou de handicap (OMS 1946).

3.1.3.2. Un rôle d'appui aux équipes des soignants

L'enquête a permis de mettre en exergue l'apport d'expertise des psychologues aux soignants pour décrypter et comprendre les comportements des patients ou de leurs familles, pour adapter l'approche et la prise en charge du patient, pour assurer une médiation lorsque la communication avec le patient ou sa famille s'avère difficile. A cet égard, un médecin interviewé souligne :

« Le recours au psychologue doit être fait pour assurer une véritable écoute du patient et de ses proches et ainsi pallier le manque de disponibilité du personnel médical et paramédical. Donc, le psychologue a son rôle à jouer pour vraiment assurer la guérison totale du malade ».

Un autre soignant abonde dans le même sens, mais va plus loin et évoque :

« Face à la charge de travail des équipes médicales et paramédicales et à la diminution des effectifs, le temps d'écoute inhérent à la fonction soignante doit être déporté vers les psychologues ».

Et, à un infirmier d'évoquer la plus-value du psychologue en disant :

« Le psychologue a une capacité d'écoute attentive, son approche est différente et permet de relativiser le problème pour aller de l'avant ».

Qu'il s'agisse des deux médecins ou de l'infirmier, tous reconnaissent au psychologue sa capacité d'une écoute attentive et intrinsèque pour une prise en charge adéquate. Un généraliste, devant la résistance de la chimiothérapie, voudrait bien s'appuyer sur l'intervention du psychologue clinicien pour des facteurs subjectifs dont la résolution passe par la relativisation. Il affirme :

« Quand on traite le patient et son cas ne change pas, on fait tout sans résultat ; il faut le psychologue pour l'écouter, pour l'amener à relativiser un peu sa situation sanitaire. Il est très nécessaire d'avoir le psychologue clinicien dans le corps médical pour nous appuyer dans les soins ».

L'attente, quant au rôle de ce soignant, est une action thérapeutique sur son patient en l'amenant à dédramatiser sa situation. Un chirurgien abonde dans ce sens et dit :

« La présence d'un psychologue au quotidien dans le service permettrait d'apporter à la souffrance notamment une réponse autrement que par la médication. Il va appuyer les médecins dans le soin apporté aux patients ».

Mais, pour cela, il va falloir recruter les psychologues, les introduire à l'hôpital et que les médecins aient davantage le réflexe de leur faire appel. Concernant le soutien

auprès des équipes, le recours au psychologue devrait être sollicité dans les situations critiques et les situations de stress, pour aider à la prise de recul, mieux gérer les émotions et assurer une médiation en cas de tension interne. A cet effet, un médecin directeur de centre affirme :

« Une grande présence du psychologue dans les hôpitaux permettrait de réguler les tensions qui s'intensifient au sein des équipes soignantes, du fait des réductions d'effectifs et de l'usure professionnelle des personnels de santé ».

L'infirmier, quant à lui, trouve :

« On a besoin du psychologue pour nous aider à régler nos conflits, nos problèmes personnels et nos divergences entre soignants pour ne pas affecter la relation avec le patient ».

Cela voudrait dire que les problèmes personnels des soignants peuvent transparaître dans la relation thérapeutique au détriment des soignés.

Les différents acteurs de l'hôpital s'accordent tous à dire que les psychologues ont un rôle de médiation pour les équipes soignantes en cas de situation difficile ou délicate. Ils apportent une prise de recul que les soignants n'ont pas forcément pour permettre de débloquent certaines situations.

3.2. Présentation et analyse des résultats des observations

Les évaluations présentées ci-dessous montrent des indices et attitudes psychologiques qui concernent aussi bien ce que le malade et le soignant donnent à entendre (discours, voix) que ce qu'ils donnent à voir (comportement, gestes, attitude et mimiques).

3.2.1. Repérage et observation des indices psychologiques

Le tableau ci-dessous résume les différents indices psychologiques que nous avons pu noter lors de nos enquêtes.

Tableau IV : Observation des indices psychologique à l'hôpital en 2014

Points d'observation	Résultats d'observation
Absence de communication	45 % des patients ne communiquent pas avec les soignants sur leur affection mais attendent la guérison.
Attitude d'isolement et de rejet de traitement.	- 55 % des patients rejettent les soins prescrits ; - 75 % des soignants n'expliquent pas le bien fondé des soins aux patients.
Attitude régressive qui tend vers une demande de prise en charge infantile.	- Tous les patients attendent qu'on fasse tout à leur place et ne contrôlent plus leur sphincter. - 70 % des soignants ne supportent pas le comportement enfantin des patients.
Etat dépressif de moyenne importante/effondrement du désir de vivre.	- 95 % des patients sont tristes et sont de mauvaise humeur à l'hôpital ; - 60 % des patients ont des insomnies.
Anorexie et attitude désespérée.	Tous les patients refusent de s'alimenter et ne supportent pas quand on les leur dit.
Agitation, agressivité ou impulsivité.	- 55 % des patients sont agités et 65 % sont agressifs et impulsives ; - 40 % des soignants répondent aux patients dans leur agressivité et impulsivité.
Sentiment de persécution/sensations bizarres.	85 % des patients ont des sensations bizarres et 45 % se sentent persécutés
Plaintes exagérées/angoisse de mort ou indifférence.	- Tous les patients ont très peur de mourir et 30 % restent indifférents par rapport à leur état. - 25 % des soignants viennent en aide à leur patient par des encouragements.
Discours sur le vécu corporel inhabituel.	Tous les patients ont peur de se vider et se sentent en morceau dans les centres de santé.
Négation de l'angoisse/ négation de l'atteinte corporelle.	40 % des patients nient leur angoisse et cherchent à cacher leur invalidité corporelle.
Expression d'émotion forte sans psychopathologique.	Tristesse, colère, peur et souffrance font le quotidien des patients.
Episode médical antérieur mal vécu/résonnance avec un traumatisme antérieur.	75 % des patients se souviennent de leur dernière visite à l'hôpital et n'ont rien oublié de la douleur et du mauvais traitement du soignant.

Source : Résultat d'enquête de terrain, 2015

3.2.2 Observation psychologique de la relation soignant-soigné

Les résultats des observations psychologiques faites sur la relation soignant-soigné sont consignés dans le tableau ci-dessous.

Tableau V : Observation psychologique de la relation soignant-soigné en 2014

Point d'observation	Résultats des observations
Collaboration entre soignants et patients.	Une collaboration pas au beau fixe et au gré d'humeur.
Demande d'assistance des patients.	- Une exigence exagérée du patient. - Considération imaginaire de la souffrance par les soignants
Evaluation du traumatisme ou de la douleur.	- Une surestimation de la douleur que le patient est susceptible de ressentir - Un silence coupable des soignants sur le traumatisme et la douleur.
Charge de travail pour l'équipe soignante eu égard à l'attitude du patient.	Fatigue et usure professionnelle des soignants, puis la relégation au second plan de la souffrance des patients
Difficulté particulière d'adaptation aux appareillages et contraintes des techniques médicales.	- Les patients n'acceptent pas leurs nouvelles conditions d'assistance. - Dysfonctionnement cognitif des patients par rapport aux moyens financiers.
Préparation du patient dans le but de lui administrer un soin.	Défaut d'explication et d'information du patient
Annonce du diagnostic et de résultat au patient.	- Angoisse de mort et baisse de l'estime de soi. - Troubles dépressifs
Présence et soutien des soignants/reconnaissance des efforts fournis.	- Manque de temps des soignants. - Sentiment de négligence des patients et le désir de quitter l'hôpital contre avis médical.
Mésentente par rapport à l'observance des soins.	- Un déni de la souffrance et un refus de soin au niveau du patient. - Une exigence sans explication du bien fondé du traitement.
Décompensation pendant l'hospitalisation et exéat contre la volonté médicale.	- Les patients n'apprécient pas le fait de rester pendant longtemps à l'hôpital et cherchent à quitter ce lieu à la moindre faillite de la vigilance du soignant. - Le coût de l'hospitalisation devient insupportable.

Source : Résultat d'enquête de terrain, 2015

➤ **Remarque**

Les présentes observations à travers les tableaux n°4 et n°5 comportent des résultats qui ne revêtent aucun caractère définitif mais reflètent plutôt le niveau de compréhension des patients et des soignants rencontrés sur le terrain ou l'état de la relation qui les unit. Les difficultés relationnelles des patients avec l'équipe soignante constituent des facteurs de risque et influent sur l'élaboration du type de prise en charge appropriée. Il ne peut en

être autrement car le degré de maturité de l'esprit humain est soumis au temps tout comme le tempérament des personnes impliquées dans une relation varie d'un moment à l'autre.

Nous remarquons qu'aux vues de ces observations et constats, qu'il a des facteurs pathogènes responsables du mauvais fonctionnement, à la fois conflictuels et déficitaires, bouleversant l'équilibre émotionnel et psychologique du soignant et du patient à l'hôpital. Ces facteurs sont multidimensionnels, organiques, psychologiques, économiques ou socioculturels, puis perturbent le soignant dans l'exercice de ses fonctions et le patient dans sa quête de guérison. L'environnement aussi, y joue un rôle très important. Et à chaque étape de la vie correspond une étiologie particulière. De même le besoin d'être accompagné et soutenu par un psychologue à l'hôpital est urgent et nécessaire pour tous les acteurs de la santé. Dans les salles d'hospitalisation, le Psy initie des échanges verbaux et un soutien dans l'optique de combler le vide créé par l'isolement et le désœuvrement dans lequel se trouvent les patients qui peuvent accentuer le désinvestissement, encourager la dépression ou accuser les aspects déficitaires. Il participe également aux tests psychotechniques de recrutement, puis conduit les psychothérapies, organise des programmes de formations en santé mentale et effectue les recyclages. En somme, d'une manière générale, le Psychologue clinicien étudie, évalue et traite la personne atteinte de troubles psychiques

Ces constats qui couvrent la période de notre étude ont servi à analyser et à interpréter les types de relations qui existent entre patients et soignants dans les milieux hospitaliers.

CHAPITRE V : DISCUSSION DES RESULTATS ET SUGGESTIONS

Certains extraits de discours sélectionnés seront interprétés et discutés à partir des bases théoriques existantes.

4.1. Des extraits de discours en rapport avec l'absence du psychologue à l'hôpital

Extrait 1 : Un médecin généraliste nous déclare :

« [...] il n'y a pas de psychologue dans les hôpitaux au Bénin et nous sommes en retard dans la prise en charge adéquate de nos patients. Aussi, il est de toute évidence que nos patients n'ont pas cette culture ».

Ce médecin fait ressortir dans cet extrait trois points essentiels, à savoir : l'absence du psychologue dans les hôpitaux au Bénin, le retard dans la prise en charge adéquate des patients, et enfin un problème de culture par rapport au recours aux psychologues.

La pratique hospitalière béninoise n'a pas prévu un autre mode de thérapeutique des patients que la médication. Aussi, faudra-t-il noter que les médecins sont foncièrement formés en ce sens. Dans leurs pratiques, quelques-uns de ces médecins se sentent gênés de n'avoir pas accompli efficacement leur mission de soignant, car, leurs patients souffrent toujours malgré tous les médicaments. A l'hôpital, le patient veut que son soignant l'aide, partage avec lui sa souffrance non seulement physique, mais aussi morale. Le médecin n'a pas la compétence pour le volet psychologique. Or, les centres de santé au Bénin n'ont pas prévu un espace pour les soins psychologiques. Il y a alors un retard effectif dans la prise en charge au Bénin, car, tout déséquilibre physique est d'abord psychique et traiter le corps sans l'esprit, c'est faire un travail à moitié, cette réalité est déjà d'actualité ailleurs en Occident. Même si l'oralité est très développée au Bénin, elle n'est pas dans les mœurs de venir livrer ses problèmes dans le but de se soulager à l'hôpital (Bamisso, 2005). Le patient a de difficultés à expliquer des choses intimes (et tout est intime) à son médecin. Mais le psy, par sa formation, sait s'y prendre avec le patient pour lui donner cet espace d'expression. Il établit une relation sympathique avec le patient et lui montre son attachement et sa compassion à sa souffrance (Winckler, 2003).

Le fait de savoir qu'il y a quelqu'un (le psychologue) à l'hôpital pour écouter et aider le patient à gérer ses peurs et ses doutes, de savoir qu'il ne serait pas seul, lui

permettra de traverser ce déséquilibre organique sans décompenser outre mesure et de se donner les moyens nécessaires pour sa guérison.

Extrait 2 : Ce patient fait une comparaison et préfère le tradi-thérapeute au psy :

« [...] c'est en Europe et dans les autres pays occidentaux que les psychologues sont consultés. Chez nous, on préfère voir le pasteur, le prêtre ou le charlatan pour régler nos problèmes extra médicaux et non le psychologue ».

Cet extrait montre deux points focaux : le recours au psychologue dans la prise en charge en Europe et la consultation des pasteurs, prêtres et tradi-thérapeutes en lieu et place du psychologue.

Il est à noter que, dans la culture occidentale, la consultation du psy est systématique sur tous les plans et essentiellement dans le domaine sanitaire où l'avis du psy est attendu par le médecin pour une bonne prise en charge. Ce recours au psy est non seulement suscité par le médecin, mais aussi par le patient qui le fait pour lever toute équivoque. Dès que l'un des acteurs se trouve dans une situation exceptionnelle qui donne à réfléchir à l'hôpital, il fait appel au psychologue. Mais, dans le contexte socioculturel africain en général et béninois en particulier, le patient se réfère au tradi-thérapeute. La culture médicale béninoise ne fait pas référence automatiquement aux psychologues cliniciens même si pendant longtemps ces derniers n'ont pas été formés au Bénin. Le patient dans ce cas de subjectivité se replie sur sa croyance culturelle et préfère laisser le prêtre et le pasteur faire leurs prières ou le Bokonon²⁸ interroger le divin pour identifier le problème et le résoudre. Dans sa quête d'éclaircissement ou de solution, l'intéressé (ses parents ou ses amis) est tenu, selon la logique culturelle, de se rapprocher des voduns, fait le « Bo »²⁹ ou expérimente les procédés divinatoires tel le « Fa »³⁰.

La préoccupation constante du tradi-thérapeute est de savoir s'il y a maléfice. *Si l'aboutissement est négatif, utiliser les vertus des plantes médico-magiques et quelques rares fois laisser la maladie à la médecine scientifique. Si la réponse est affirmative, ce*

²⁸Maître devin

²⁹Le « Bo » est un objet naturel que l'homme transforme en un objet symbolique pour en faire un objet culturel. Ce symbole peut-être un objet concret naturel (feuille) ou abstrait dans la parole, le verbe, l'incantation.

³⁰Hounwanou, R T. (1984) démontre dans le « *Fa, une géomancie divinatoire du golfe du Bénin (pratique et technique)* » qu'il existe seize (16) dieux majeurs correspondant à seize (16) signes particuliers qui, copulés entre eux donnent naissance à deux cent quarante (240) autres dieux secondaires. Chacun d'eux a ses propres proverbes, contes, anecdotes et légendes. Ils correspondent à des fétiches ou Vodun et représentent chacun un type humain avec sa nature, ses caractéristiques propres et ses spécificités. Chaque dieu est un reflet du naturel et du surnaturel, du matériel et de l'immatériel, du monde visible et invisible, de la vie et de la mort.

thérapeute, par ses techniques identifie les causes de la dysharmonie entre le corps visible et « l'âme » du malade. Le tradi-thérapeute, spécialiste aussi du traitement parapsychologique, associe donc à la conception matérielle et mécanique, celle de l'âme qui régit le corps et celle de l'environnement socioculturel, pour constituer une vision dynamique de la diathèse corps/esprit. Dans cette relation, le thérapeute est lui-même un facteur dynamique de la médication où sa charge émotive de la suggestion et du verbe agissant (prière, invocation) est associée aux vertus des plantes, des rituels et sacrifices expiatoires pour obtenir la guérison du malade en présence ou éloigné (Ahyi, 1991, pp.13-18). En effet, à l'opposé du marabout, le psy n'est pas en relation avec les esprits, mais à bien y regarder, les rôles du marabout et du psychologue clinicien ne sont pas très loin l'un de l'autre : ils cherchent tous les deux à trouver la cause, recherche de la cause à partir de laquelle l'individu pourra retrouver l'intégralité de sa personnalité. La différence va naître dans la façon de rechercher cette cause et d'aider l'individu à retrouver sa santé. Le marabout va travailler avec toute la communauté, avec l'aide des dieux, à travers les rites qu'il va charger symboliquement de la fonction de guérison alors que le psychologue clinicien va rester scotché au sujet et à sa parole. Le sujet devra seul être l'auteur et l'initiateur de son bien-être. Toutefois, le psy doit s'adapter à la société où il travaille afin d'optimiser son efficacité à travers le choix de l'attitude à adopter face à telle ou telle croyance des différents membres de la société. Dans ces conditions, le psychologue serait amené à travailler en collaboration avec le tradipraticien afin d'améliorer le présent du patient qui n'est rien d'autre que la conjugaison entre le passé qui n'est plus, le futur qui vient et l'actuel. Le psy va participer également à l'assainissement de la relation entre les patients, les soignants et leurs familles. Son rôle sera de faciliter la transmission des informations et des interprétations que ces interactants peuvent se donner pour aider à concilier le traditionnel avec la modernisation pour le bien-être du patient.

Tout cela concourt à donner au patient toutes les chances de sortir plus rapidement du déséquilibre psychoaffectif qu'il aurait connu et de pouvoir se réinsérer au plan social et professionnel.

Extrait 3 : L'infirmier déplore l'absence du psychologue à l'hôpital et dit que le soignant s'en occupe à sa façon :

« [...] le patient qui vient à l'hôpital ne veut rien d'autre que la guérison quelle que soit sa maladie et comme le psychologue n'est pas là, on s'occupe aussi du volet psychologique comme on peut. Mais ce n'est pas la même chose, car, cela n'est pas notre rôle ».

Ici, l'infirmier fait sortir dans son discours le désir du patient de guérir de sa maladie, quelle soit organique ou psychique à l'hôpital et l'absence du spécialiste dans ce milieu qui ne laisse pas d'autres choix au soignant que de s'en occuper à sa manière.

Le patient qui vient à l'hôpital cherche effectivement la guérison et n'est pas conscient de ce que son mal apparemment organique a un versant psychique. C'est au praticien médical de soigner l'organique pour lequel il est outillé et de repérer le psychique qu'il pourra référer au psychologue s'il était introduit à l'hôpital. Mais la pratique médicale ne permet pas l'intégration de la dimension psychique dans la disposition de l'équipe soignante. Le fonctionnement dichotomique persiste dans la réalité des soins, même s'il est condamné dans le discours, ce que témoigne cet infirmier. Or, si nous souhaitons que le patient puisse intégrer la part psychique de sa souffrance et sortir de la dichotomie, encore faut-il que les soignants puissent le faire. Mais, le système éducatif et culturel béninois ne renseigne pas sur le fait que l'homme n'est pas que corps mais également esprit. Consulter un psy signifie pour beaucoup de gens être malade mental ou être pris pour tel, alors que ce qui touche le corps affecte aussi le psychisme.

Pour ce soignant, puisque le psy n'est pas là, il faut faire quelque chose au patient pour le soulager. Mais, que peut faire un soignant médical à un patient à l'hôpital si ce n'est ce qu'il connaît le mieux : chercher à objectiver le mal en demandant des analyses et examens médicaux et pouvoir mettre la médication correspondante. C'est là son point fort et cela n'est pas à condamner, seulement, on peut faire mieux en associant le psy à cette prise en charge pour évaluer et traiter le volet psychologique des affections de chaque patient dès que le besoin se fait sentir. Précisons que, même si les médicaments peuvent parfois s'avérer nécessaires, en aucun cas, ils ne peuvent remplacer la parole. Le rôle du psychologue est d'entreprendre un travail d'accompagnement psychologique. Ce travail pourrait aboutir, non seulement à la reconnaissance de la part psychique de la maladie, mais aussi et surtout amener le malade à miser sur sa capacité et sa force interne pour un prompt rétablissement. Ce rôle, que le psychologue clinicien serait amené à jouer, est nouveau et différent de tous les types de prise en charge habituellement offerts à l'hôpital. Donc, c'est déjà très heureux que les soignants reconnaissent le besoin de le voir dans l'équipe de soin pour tout au moins traiter le côté psychique des patients.

Extrait 4 : Un médecin généraliste affirme :

« Les malades disent des choses qui apparemment n'existent pas du tout, des choses qu'ils n'ont pas souvent, ce qui nous fait penser à un trouble psychique. Ça nous gêne, car, ce n'est pas notre rôle ; c'est celui du psychologue, mais voilà qu'il ne fait pas partie de l'équipe à l'hôpital ».

Dans cet extrait du médecin, deux réalités retiennent notre attention : le soignant qui reste collé à sa pratique et maintient sa position dans un registre médical qui se limite à l'objectivité, puis la reconnaissance du volet psychique de la maladie, mais mal traité faute de l'absence du psychologue dans le système sanitaire.

Peut-être existe-t-il des « malades imaginaires », des gens qui se « croient malades », mais il n'y a jamais de souffrance imaginaire. Toute souffrance est bien réelle, surtout quand elle est issue de l'illusion (Michel et Gazaix, 1987 p26). Initialement imaginaire, cette souffrance va se cristalliser sur un organe par exemple, qui va en devenir le pôle central. Toute la vie du malade est envahie et organisée autour de la plainte au point où le symptôme ou l'organe témoin de la souffrance va être rendu responsable du non-bien-être et du mal-être. Le refus de comprendre la demande du patient comme telle, amène le soignant à rater le diagnostic. Il s'agit ici d'un besoin d'écoute bienveillante et globale. Le malade s'exprime et de façon symbolique. Il a un langage étrange qui en appelle aux réalités phénoménologiques du terrain, en déphasage avec la culture médicale générale et soupçonnées de trouble psychique par le médecin. Il y a là l'expression d'une impuissance à gérer ce vécu du malade et à nier ce qui sort de l'objectivité de la médecine générale. N'est-ce pas le point de départ d'un investissement du psychologue clinicien auprès du malade ? Il serait intéressant de chercher à comprendre le patient plutôt que de nier ce qu'il ressent. La rigueur objective du médecin l'amène à une analyse qui écarte d'emblée un approfondissement subjectif et favorise donc une rigidité dans l'approche analytique. Le message interpsychique patient/soignant peut prendre un coup, la distance et l'estime de l'autre également.

Il est heureux de constater que le soignant repère le côté psychique de l'affection même si, entre-temps, il avait nié l'existence d'une maladie. Mais une chose est de reconnaître le mal et l'autre est de proposer la solution qu'il faut pour traiter ce mal. Cependant, le médecin n'est pas outillé pour le faire de façon adéquate. Aussi, l'inexistence de psy dans ce milieu ne lui rend pas la tâche facile. C'est au psychologue clinicien de régler ce problème à travers une écoute bienveillante, une médiation

ponctuelle entre les interactants patient/médecin, ce qui permettra un diagnostic fructueux. Ce faisant, malgré qu'il soit proche de la psychiatrie, il ne sera jamais être confronté ni investir la tradition du pouvoir qu'il n'a pas sur la personne du malade.

Extrait 5 : Le médecin généraliste accuse l'université d'être responsable de l'ignorance du psy par la population :

« Les psychologues ne sont pas à l'hôpital puisqu'on ne les connaît pas et c'est bien dommage. Depuis plus de dix ans que l'université les forme et leur délivre des diplômes, il n'y a pas une politique de vulgarisation de leur compétence ni de leur savoir-faire pour permettre leur recrutement dans tous les services, pas seulement les hôpitaux ».

Dans cet extrait, on retiendra que ce médecin, directeur d'un centre de santé publique, confirme, comme tous les autres, l'absence du psychologue à l'hôpital et le regrette. Pour lui, c'est parce que les formateurs ne font pas grand-chose pour les faire connaître à la population.

En milieu médical, le soignant est, en dehors du patient, mieux placé pour dire si le psy pourra être utile ou pas. Dans certaines situations, le patient, à l'hôpital ne demande qu'une parfaite compréhension de ce qu'il a par les acteurs de soins. Comprendre, c'est faire preuve d'empathie, d'acceptation de l'autre, de sa différence et de son unicité du point de vue cognitif et comportemental. Cette compréhension est inhérente à une écoute attentive et bienveillante. Ce qu'il attend de l'hôpital, c'est de bénéficier d'un traitement singulier, particulier de son cas. Mais, le soignant sait qu'il n'a pas le temps d'y faire face, et pire il n'a pas la compétence pour le faire. Le métier de psychologue, dans le domaine de la santé, est un rapport au corps dans sa consistance et sa prégnance, tant pour le dispositif médical que pour le sujet. Il est confronté à l'organisation et à l'occupation de l'espace, puis au temps qui marque les limites de la corporéité. C'est une véritable pratique à laquelle a affaire le psychologue en milieu médical et qui exige des méthodes et des outils pour être réussie et non la seule "écoute" du psychologue comme le pensent souvent les soignants.

Pour aborder le deuxième volet de cet extrait du discours du médecin, il est à noter qu'autrefois le psychologique n'était pas inscrit dans notre système éducatif. Depuis l'an 2001 où le département de psychologie et des sciences de l'éducation (DPSE), devenu par la suite institut de psychologie et des sciences de l'éducation (IPSE) a été créé, beaucoup d'étudiants se sont intéressés. Ce secteur d'activité a enregistré déjà plusieurs

diplômés dont les cliniciens et les psychologues du travail pour ne citer que ceux-là. Malgré les difficultés déjà reconnues sur le marché d'emploi, les psychologues rencontrent encore plus d'obstacles que les autres diplômés universitaires et la plupart n'ont pas trouvé d'emploi plusieurs années après l'obtention de leurs diplômes. Pourtant, de façon paradoxale, cette formation reste attractive, car, les jeunes ont compris manifestement que c'est un métier d'avenir.

➤ **Conclusion partielle**

Les soignants ont témoigné de l'inexistence du psychologue dans les centres de santé publics au Bénin pour une prise en charge psychique des patients comme le stipule l'OMS dans sa définition de la santé. Même si ces soignants sont conscients parfois de ce que la maladie n'est pas seulement organique, mais aussi psychique, ils se trouvent bloqués par la non-introduction du psy en médecine générale. De même, la plupart des patients ne s'imaginent pas qu'en dehors du corps médical ou paramédical, ils pouvaient bénéficier d'un service plus humanisant et singulier du psychologue à l'hôpital. Certains patients ne rappellent que quelques exemples ou cas illustratifs du psy à l'hôpital que dans les films et magazines venus de l'Occident. Les tendances qui se dégagent sont : l'absence du psychologue à l'hôpital, le non-traitement du volet psychologique, puis l'ignorance du rôle et de l'existence du psychologue. Outre ces faits, certains acteurs de l'hôpital trouvent que notre culture ne prête pas à l'introduction du psychologue et d'autres y voient l'inaction non seulement des autorités politico-administratives, mais également des autorités universitaires qui ne font pas beaucoup pour l'émergence de ce secteur.

La recherche a permis de constater que tous les soignants sont unanimes sur l'introduction du psychologue à l'hôpital pour un meilleur soin aux patients qui, parfois, tiennent des discours purement traditionnels qui les éloignent de leur pratique. Etant donné que la tradition a toujours considéré le traitement sur les plans physique et spirituel, les malades qui accordent de l'importance au spirituel seraient mieux compris dans leur sphère mentale à l'hôpital en présence du psy.

Dans leur pratique, les soignants sont confrontés à des demandes des patients qui les éloignent de leurs thérapeutiques spécifiques habituelles auxquelles ils sont formés. A ce propos, nous affirmons que les patients expriment alors des demandes psychologiques en médecine générale. Nous avons recueilli diverses opinions sur la forme de ces demandes et les attitudes thérapeutiques globales offertes aux patients. Voici l'analyse de quelques extraits de discours qui traitent de notre préoccupation.

4.2. Des extraits de discours en rapport avec la demande psychologique des patients en médecine générale

Extrait 6 : Une patiente que nous avons vue après les soins nous informe sur son état :

« Je n'ai pas d'appétit, et rien ne me plaît. Je ne dors plus et ma tête me fait très mal. Parfois, les soirs quand je me couche, je sens que mon cœur veut tomber. Cela fait tellement mal et j'ai l'impression que quelque chose se déplace dans mon corps. Pourtant, j'ai fait assez d'examen qui n'ont rien donné, je suis même fatiguée ».

La patiente fait sortir dans cet extrait son manque d'appétit chronique, son insomnie aiguë, son mal de tête atroce et le battement accéléré de son cœur.

C'est là l'un des discours que tiennent les patients à l'hôpital. On note ici une très grande angoisse qui tend vers une dépression probable de cette patiente. Avec cette pression, le soignant lui prescrira des médicaments pour soigner ces symptômes et d'ailleurs qu'elle en avait sur elle. Elle a foi en son médecin et aux produits prescrits, mais rien ne change. A l'hôpital, les médecins sont imprégnés de la chose psychologique, du moins ceux qui prêtent attention aux difficultés que rencontrent les patients au travail, dans leurs foyers et dans leurs familles. Mais, ils n'abordent pas efficacement le volet psychique pour aider ces patients, limitant donc leurs actions à une prescription médicamenteuse.

L'influence psychologique et le mauvais fonctionnement de l'organisme sont complètement occultés, malgré la fréquence des troubles psychiques, par le soignant qui se met toujours dans la recherche organique du mal. Dans le but de rester fidèle à la logique médicale, le soignant a prescrit des examens et analyses à cette patiente afin de confirmer son diagnostic. Mais force est de constater que la médecine toute puissante, technologique et hyper spécialisée avec ses appareils ultramodernes a échoué parce qu'elle n'a pas détecté la cause organique du mal. En fait, derrière l'impuissance de la technique médicale réapparaît la dimension humaine avec ses besoins élémentaires de relation faite d'écoute et d'attention, pour lutter contre la souffrance dans tous les sens du terme. L'alternative devrait être de reconnaître ses limites et penser que ce dysfonctionnement, ses insomnies, ses pertes d'appétit auraient sûrement une base psychique qui nécessiterait une prise en charge psychologique³¹. C'est ainsi que beaucoup de malades souffrent désespérément d'une maladie non objectivable par la médecine, puisque le diagnostic adéquat n'est pas

³¹Colson, P. (1999). *Douleurs et psychopathologies liées aux traumatismes*, p10

posé. La patiente perd donc son autonomie, se laisse téléguidée par les soignants et ne pense même pas que son mal pouvait être psychique. Elle est fatiguée de tout : le soignant, les médicaments et les analyses. Elle a perdu confiance et la vertu de la « *foi qui sauve* »³² n'est plus maintenue ni au niveau des médicaments, ni au niveau des médecins. Les soignants doivent considérer l'homme malade dans sa totalité, c'est-à-dire que le médecin doit faire intervenir dans ses trois démarches (diagnostic, pronostic, thérapeutique) la totalité organique et psychologique du malade. Il va falloir alors considérer la dimension psychique des usagers en ayant recours aux psychologues cliniciens. Si cela ne peut être fait, il est possible que les troubles psychiques passent au niveau somatique et entraînent un certain nombre de dysfonctionnements cognitifs et des complications sévères qui rendraient le patient passif. Or, à notre avis, la prise en charge de ces problèmes psychologiques entre directement en ligne droite d'une prise en charge globale de la personne souffrante. Cela contribue, non seulement à un véritable soulagement du patient, mais aussi, à une approche pluridisciplinaire de la maladie, rendant ainsi performant le dispositif de prise en charge des patients (Ginger, 2006). Le psychologue à l'hôpital va constituer une figure d'étayage pour le soignant qui se trouve bloqué dans sa logique médicale et pour le patient qui ignore l'aspect psychologique de sa maladie.

Extrait 7 : Les propos d'un médecin gynécologue qui fait un aveu :

« On reçoit des femmes enceintes qui signalent des picotements dans le corps, des palpitations et parfois des insomnies. [...] Tu fais tout ce qui est de ton pouvoir, mais la pauvre dame se plaint toujours ».

Le discours du médecin gynécologue indique que, face à des problèmes de picotement, de palpitation et d'insomnie, il administre des médicaments qui restent sans effet. La patiente se plaint toujours, car, son problème n'est encore réglé comme il le faut.

Ici, encore aucun médicament, aucun traitement organique n'est la vraie solution pour faire disparaître l'anxiété qui anime cette femme désespérée peut-être par l'attente trop grande de concevoir. La douleur psychique est intense et le gynécologue ne pourra pas faire grand-chose. Le registre de médication sur lequel se fonde le soignant dissimule l'existence probable d'induction des éléments psychiques et fait prévaloir les connaissances somatiques acquises. La gestante est peut-être inquiète et fait une dépression pré-partum. Alors, il faut lui prescrire des produits et espérer le rétablissement de sa santé.

³² Nathan T. et Stengers I. (1995). Médecins et sorciers. Paris, Coll. « Les empêcheurs de penser en rond ».

La prise en charge psychologique du soignant, du point de vue chimique, n'aboutit pas au résultat escompté du fait que, assurément, l'approche analytique n'est pas efficace. Donc, la réponse du gynécologue aux différentes sollicitations de la gestante ne lui permet pas de recouvrer son équilibre sanitaire antérieurement rompu. Le désordre du corps de la patiente ne tarde pas à suivre. Il se pose alors un problème d'hygiène de la santé mentale qui échappe aux traitements médicamenteux auxquels on avait eu recours.

Lorsque les femmes enceintes se plaignent de picotement ou de palpitations, voire des insomnies, il faut bien se rendre à l'évidence que ce ne sont pas uniquement les problèmes somatiques qui l'engendrent. On conclut aussi parfois à une manifestation de l'anxiété, une résultante d'un dysfonctionnement psychique en rapport avec le soma. Cette nouvelle problématique d'anxiété aurait un lien intrinsèque avec la personnalité de la patiente, son milieu et la connotation socioculturelle qu'elle donne à la situation qu'elle traverse. Savoir faire la différence pour mieux prendre en charge les diverses expressions de la peur est un atout fondamental dont dispose le psychologue clinicien, pour susciter auprès de la patiente un travail personnel sur le sens de cette dualité « psychisme / soma ». La non-résolution de cette interaction amène certaines parturientes à mettre en exergue leur ligne de faiblesse où l'issue peut être une chronicisation des symptômes somatiques qui ne sont qu'un reflet du désarroi psychique non diagnostiqué. Plus tard, cette erreur thérapeutique pourrait être à l'origine d'une maladie mentale. Les soignants préfèrent ne pas s'aventurer dans un domaine où ils reconnaissent leurs limites afin d'éviter les réactions incalculables qu'une telle nouvelle aurait fait émerger chez leurs patients. Il s'agit là d'angoisses "archaïques" ou d'attaques de paniques qui perturberaient la patiente dans son foyer conjugal.

Extrait 8 : Un patient affirme :

« Je pense que mon problème n'est pas médical, la preuve est que je suis en traitement depuis cinq ans pour une douleur au dos jusque-là inexplicable par mes soignants et la souffrance continue. J'ai fait le tour des hôpitaux, mais rien n'a changé. [...] je me suis plaint un jour au directeur d'un centre pour les dépenses ; ce mal me prend toutes mes économies ».

Le patient, après plusieurs années de traitement décevant, annonce lui-même que son mal n'est pas médical et disqualifie, *de facto*, tous ceux qui soignent le corps sans distinction. Toutefois, il n'a pas eu la perspicacité de penser à ce que son mal pouvait être

psychologique, mais peut-être à un envoûtement, compte tenu de notre contexte socioculturel.

La science médicale ne progresse qu'à proportion de l'outillage technique qu'elle est capable de mettre en place puis d'utiliser³³. Il est évident qu'on ne saurait aujourd'hui se passer de l'oxygène en réanimation ou du scanner en radiologie pour sauver des vies humaines. Mais, au-delà de ces canalisations, de ces appareils, il y a l'homme. Le traitement ne peut se faire seulement avec le concours de machines. Il convient dans chaque cas, pour le médecin, de « négocier entre le malade et la maladie », en sachant que, dès qu'une maladie est durable, la répercussion psychologique est évidente.

Il existe deux types de malades différemment appréciés par les soignants : le malade porteur de lésion et le malade que l'on appelle fonctionnel. Chez le malade ne présentant que de trouble fonctionnel, la visée thérapeutique peut être légitimement plus ambitieuse et il y a de nombreuses chances que le choix de l'organe atteint ait un sens dans l'analyse. Disons que, en l'absence de lésion, la situation semble plus prometteuse, plus fertile en possibilités. Or, il est curieux de constater que le médecin organiciste a un sentiment contraire. Il préfère la lésion, car, c'est la lésion qu'il a appris à traiter. Il redoute le malade dit fonctionnel et s'en débarrasse. Il y a là une grave lacune de la pensée médicale actuelle et c'est ce qui se passe avec ce patient et ses soignants qui n'ont pas trouvé une lésion à traiter. Le médecin a, sans le vouloir, une attitude iatrogénique : il pousse inconsciemment le malade vers la lésion. Il est alors important pour les soignants de réviser leur position traditionnelle vis-à-vis de ce type de malade, d'apprendre le mode thérapeutique adapté à ces cas. Il est capital que son contre-transfert se modifie et devienne utilisable pour le malade qui, dès lors, cessera sa quête douloureuse et onéreuse à laquelle il est contraint actuellement (Huisman, 1972).

Cette catégorie de patient, par la suite, provoquerait une réaction inconsciente de rejet de la part du médecin à cause de sa chronicité. Une grande partie du corps médical raisonne encore la pathologie en des termes insuffisamment élaborés et qui conduisent à des échecs thérapeutiques. L'introduction du psychologue à l'hôpital pour la prise en charge de la personne malade apporte une ouverture dans ce domaine. Le psy dans ce lieu va aider le patient à mieux analyser ce qui lui arrive. Il va lui redonner le pouvoir de penser par lui-même, de trouver des solutions qui correspondent à son problème et à ses capacités, d'être autonome.

³³Huisman, D. (1972). *Encyclopédie de la psychologie*, p316.

Extrait 9 : Un chirurgien reconnaît que toutes les affections ne sont pas organiques et affirme :

« [...] Tout n'est pas organique ; il y a aussi des soucis, des pensées bizarres et autres qui rendent malades et, pour cela, que peut faire le soignant que je suis ? C'est vrai que, parfois, nous faisons un soutien psychologique aux patients, mais ça ne suffit pas, car, ce n'est pas notre domaine ».

Le discours du soignant informe de ce qu'une prise en charge psychologique se fait parfois par les soignants à l'hôpital, étant donné que tout n'est pas organique. Cet extrait montre de même que certaines situations du patient comme les soucis et les pensées bizarres peuvent le rendre malade.

Ce médecin affirme qu'il fait souvent un accompagnement psychologique aux patients, ceci à une seule consultation. Donc, le suivi psychologique n'est pas normal. La priorité est donnée à la chimiothérapie comme complément qui limite la fréquence. Malgré l'esquisse d'accompagnement psychologique, on n'oublie pas la pratique médicale qui stipule la prescription des produits. Le temps qu'on laisse à la chimiothérapie aveugle peut porter préjudice aux sujets qui finiront par développer la maladie mentale. Le médecin ne peut pas faire une évaluation psychologique comme le psychologue. Même s'il a reçu dans sa formation quelques connaissances de psychologie médicale. Elle ne reste que purement médicale. Cet accompagnement psychologique n'aboutit pas au résultat escompté du fait que, assurément, l'approche analytique du médecin n'est pas efficace.

Le médecin affirme qu'il y a des soucis qui peuvent rendre malade, mais il ne peut rien, car, son domaine de prédilection n'est pas l'accompagnement psychologique. Il cherchera à prescrire des médicaments auxquels il investit le pouvoir tout puissant de guérir le patient de ses soucis. Dans ce contexte le patient n'est pris en charge que partiellement. Si le patient fait cas de ses soucis au médecin, c'est parce qu'il est convaincu qu'il trouvera la solution. Cependant, ses inquiétudes semblent susciter indirectement des demandes d'aide auprès du médecin, conscient de la portée psychique mais n'y aventure pas trop à cause de son incompétence.

L'approche médicale de la souffrance psychique de Béraud (2006) mentionne que la fonction soignante exige quatre disponibilités : la disponibilité temporelle, la disponibilité intellectuelle, la disponibilité morale et la disponibilité affective. Elle entend par disponibilité intellectuelle, le fait que, « soigner implique l'acceptation des opinions de

l'autre et de ses décisions ». Mais Pédinielli³⁴ souhaite le désinvestissement de l'extérieur suivi d'une production de sens et d'objectivations, qui dans un sens est une bonne chose mais dans l'autre ne respecte pas la singularité de cette personne. Or, il serait souhaitable que le psychologue puisse servir d'embrayeur et de support au patient, lui permettant un espace de parole et de pensée où s'exprimeront tour à tour les différentes facettes du sujet (corporel, affectif, cognitif, inconscient). Le psychologue pourra amener le sujet à analyser sa situation et à prendre conscience de son fonctionnement. Il passera du temps avec le patient pour revoir son existence et sa vie.

Extrait 10 : Un médecin généraliste nous livre ceci en s'appuyant sur sa pratique :

« [...] On sent quelquefois que le patient, que nous avons reçu, nous pose un problème psychologique, mais on n'a pas le temps de s'en occuper à fond, étant donné que d'autres personnes attendent sur le banc pour être consultées. Parfois, on est conscient que le patient s'en va avide, insatisfait mais on n'a pas le temps de régler vraiment son problème sur le plan psychologique. Alors, on met des anxiolytiques ou des antidépresseurs selon le cas pour le calmer ».

Le soignant dit reconnaître de trouble psychique chez ses patients, mais pose le problème de temps comme facteur handicapant la prise en charge psychologique, avant d'avouer son impuissance face aux patients qui en ont besoin. Il propose par la suite son savoir-faire médical où il se trouve à l'aise, sans s'inquiéter du temps.

Nous assistons ici, de la part de ce médecin, à un plaidoyer, mieux, à une déclaration signalant clairement les limites que peut avoir le travail des médecins à l'hôpital général. Ils n'ont pas le temps de s'occuper à fond d'une seule personne et/ou ils n'en ont pas les compétences. La plupart des professionnels à l'hôpital témoignent de leur surcharge de travail : pas de temps pour des patients « trop demandeurs » ; pas de temps, non plus, pour consacrer de précieuses minutes à des tâches ne permettant ni d'œuvrer à coup sûr pour la guérison, ni de changer la situation (Schauder, 2004). Dans ce lieu de défense et sans emplacement pour élaborer ces difficultés professionnelles, c'est le chemin vers l'épuisement et son cortège de dysfonctionnements qui s'affichent dans le rang de ces somaticiens. Les premiers à en faire les frais sont les patients. Le soignant est conscient que son patient a un problème psychologique, mais il ne peut rien faire pour l'aider, sinon

³⁴ Pédinielli, cité par Schauder, S. (2004) dans « *Pratiquer la psychologie clinique aujourd'hui* ».

lui prescrire des médicaments. Si le médecin persiste à considérer son exercice professionnel à travers la césure “corps-esprit”, il se condamne à une sorte de cécité mentale concernant l’impact psychique et les déterminations qu’il entraîne. Dufour (1999), disait à ce propos que « *la vie psychique et l’inconscient sont des éléments fondamentaux et fondateurs de l’être humain et cela ne s’arrête pas aux portes de l’hôpital* ». Pour comprendre ce patient et mieux savoir sur ce qu’il a, il faut y consacrer du temps. Or, ce temps, qui fait défaut chez le médecin, est un remède chez les psychologues. Comme la culture médicale veut qu’on prescrive pour « garder le lien », le soignant recommande la prise des anxiolytiques et des antidépresseurs pour être en phase avec lui-même.

A l’hôpital, les aspects somatiques sont toujours traités et les troubles psychiques mis en attente. Or, le malade est perpétuellement en situation de stress. Quand nous sommes nous-mêmes malades, nous manquons nous aussi d’objectivité. Quoi de plus normal ! Nous sommes inquiets, angoissés, nous aussi, et ce, légitimement (Queneau et Ostermann, 1999)³⁵. La pire des choses alors est qu’on ne comprenne pas le traitement prescrit, son bien-fondé, et qu’on redoute de poser des questions qui nous préoccupent parce que notre soignant n’a pas le temps. On constate aussi une mauvaise observance thérapeutique de la part du patient à cause de la qualité de la relation malade/médecin qui n’est ni confiante, ni chaleureuse.

Extrait 11 : Une patiente nous confie ceci à la sortie de sa consultation prénatale :

« J’ai informé la sage-femme de mes inquiétudes. [...] J’ai très mal et j’ai peur pour mon bébé ; elle m’a rassurée et m’a proposé de voir le psychiatre si ça continue. Elle m’a prescrit des médicaments que j’ai déjà achetés. J’estime que j’aurai de satisfaction après ».

Cet extrait montre qu’à la maternité, la gestante informe la sage-femme de ses inquiétudes, ses peurs en rapport avec son bébé et sa souffrance. Elle a bénéficié d’une assurance et d’une prescription médicamenteuse comme d’habitude, puis d’une proposition de consultation psychiatrique en cas d’échec.

Pour cette soignante, il y a bien des affections qui ont un versant psychologique ; du moins, c’est ce que son attitude prouve à sa patiente. Elle n’a pas de données objectives pour réduire sa patiente à son affection. Alors, elle se sent gênée, mais rassure la patiente

³⁵Ces auteurs soulèvent dans « *douleurs et psychopathologie liées aux traumatismes* », la nécessité d’une prise de conscience du soignant dans la dimension relationnelle avec le patient au sujet de l’acte thérapeutique, sachant que l’état psychologique du malade peut être assez fragile.

de ce que tout ira bien. Il faut d'abord sacrifier à la tradition et prescrire des anxiolytiques et des antidépresseurs contre la peur, les inquiétudes, l'angoisse et la dépression et espérer que sa patiente soit guérie de sa souffrance psychique. Cependant, les choses ne se passent pas toujours comme elle pense ; les prescriptions ne suffisent pas. Dans ce cas où la médication a échoué, la soignante sent qu'elle ne met pas tout en œuvre pour être à l'écoute de la patiente. Émerge alors l'idée de référence à la psychiatrie.

Dans notre contexte socioculturel, que pensons-nous de la psychiatrie qui ne soit proche d'un centre d'asile de fous et de déréglés ! L'étiquette que cette psychiatrie porte est tout à fait celle qu'imaginent patients, parents et amis. Soit, ils y vont en faisant foi aux expériences de personnes ressources, soit ils n'y vont pas du tout. Une étude mérite d'être effectuée sur le nombre de malades effectivement référés et le nombre qui parvient réellement dans ces centres spécialisés. La patiente a peur plus encore et fonde son espoir sur les médicaments pour ne pas aller à la psychiatrie, au pays des fous. C'est ainsi que certains trouvent refuge dans un monde défensif fait de déni de la maladie, tentant de conserver un minimum d'espace vital et de sérénité³⁶. Pour une insomnie rebelle, des troubles de personnalité et autres, on se réfère à un psychiatre. C'est peu savoir de l'écart qui existe actuellement entre les cas de pathologies psychiatriques avérés et le sens que l'on donne aux troubles bénins rencontrés à l'hôpital. Certains n'ont peut-être pas besoin des traitements psychopathologiques lourds, mais plutôt de psychothérapies.

La question qui se pose est de savoir si la santé mentale est l'affaire unique de la psychiatrie ou de la psychologie en général. Peut-être que la bonne excuse est l'indisponibilité des psychologues cliniciens dans les hôpitaux. Actuellement, ils sont nombreux et se font de plus en plus connaître et il faudrait en tenir compte.

➤ **Conclusion partielle**

Cette partie du travail de la recherche nous révèle qu'il existe une présence de troubles psychiques à l'hôpital, une expression de demande psychologique des patients, un problème technique de manque de temps et de compétence, puis une chimiothérapie en lieu et place de la psychothérapie au niveau des soignants. Cette attitude thérapeutique aboutit à un échec parfois si l'origine de la maladie est psychique. S'il arrive que le soignant a une alternative à proposer au patient, c'est une consultation psychiatrique alors qu'il ne s'agit pas d'un trouble psychiatrique mais plutôt un trouble psychologique. Il pense très tôt à la psychiatrie or, « Un trouble psychologique est un dysfonctionnement psychologique

³⁶Dauriac, S (2004). *Pratiquer la psychologie clinique aujourd'hui*.

associé à un sentiment de détresse ou à une dégradation fonctionnelle ainsi qu'une réaction atypique ou inattendue dans un contexte culturel donné » (DSM-IV). De même, le patient depuis chez lui, a une relation de transcendance qu'il importe de ne pas offusquer. A ce propos Boko (2009) dit : « Tout être humain a une approche de religion quelle que soit sa position vis-à-vis de Dieu ». Le rôle du soignant ne consiste pas à modifier la croyance du patient, mais à collaborer avec lui pour sa guérison.

Il convient de constater que tous les soignants, selon leurs prérogatives s'inscrivent sur le terrain de la chimiothérapie bien qu'ils découvrent des troubles psychiques dans ce milieu. C'est dire qu'à toute affection correspond une médication appropriée même à l'expression des symptômes des troubles psychiques. Toutefois, quelques rares soignants s'essayent à l'accompagnement psychologique aux pronostics incertains. Le problème de diagnostic et de prise en charge des troubles psychologiques en médecine générale pourrait faire fuir certains malades dans les hôpitaux. Mais, si en de troubles psychiques, une prise en charge psychologique est préconisée, les malades auront de plus en plus confiance et la fréquentation va croître dans les hôpitaux.

4.3. Des extraits de discours se rapportant aux prérogatives du psychologue à l'hôpital

Les propos des soignants et autres usagers de la clinique s'inscrivent, d'une certaine manière, dans la préoccupation de cette partie de notre recherche.

Extrait 12 : Un médecin généraliste précise :

« Un psychologue clinicien est un professionnel de la santé mentale qui doit aider le personnel médical et paramédical à prendre en charge les malades sur le plan psychoaffectif ou psychologique. Il fait partie du corps médical en réalité et il a une place à l'hôpital aux côtés des soignants ».

Il faut relever que dans cet extrait, le médecin soulève deux points essentiels : le psychologue clinicien fait partie du corps médical et doit aider le personnel soignant pour la prise en charge des patients.

Le psychologue clinicien est une personne qui a d'abord reçu une formation qualifiée reconnue propre à sa spécialité qu'est la psychologie. Il accompagne le personnel médical et paramédical à prendre en charge les malades sur le plan psychologique.

Percevoir le psychologue clinicien comme faisant partie du personnel médical le limiterait dans ses prérogatives, dans son rôle et dans sa fonction. Or, il n'est ni médical ni paramédical et n'a pas le même discours. Donc, il n'est associé à aucune hiérarchie dans les soins médicaux. Ici, tout laisse à croire que le psychologue n'a de rôle qu'envers les soignés. Cependant, la relation d'influence du soignant sur le soigné dépend également de l'état d'esprit de ce soignant. La relation soignant/soigné peut prendre un coup si c'est uniquement un pôle qui est accompagné. Le psychologue clinicien a aussi à apporter au soignant sur la perception de la dimension psychique et du maintien d'une bonne relation entre le patient et lui, pour la réussite de la conduite thérapeutique. Le rôle du psy est de se positionner comme tiers. Il donne donc au malade d'un côté, et au soignant de l'autre, la possibilité de prendre de la distance³⁷. L'aide que sollicite le soignant ne doit pas être dans le sens d'auxiliaire, car, cela n'est pas son rôle. Nous pensons qu'il faut éviter toute tentative de faire du psychologue clinicien à l'hôpital général l'appendice du médecin, autant qu'il ne devrait pas l'être auprès du psychiatre. Le psychologue clinicien a à dire et à faire non seulement à propos du patient, mais aussi envers le soignant qui pourrait bénéficier de son éclairage pour avoir une idée sur la part psychique de toute affection à l'hôpital. Perron R. dira qu'il incombe au psychologue de ne pas réduire le sujet au statut d'objet passif de ces déterminations (psychiques), il ne peut y prendre position de sujet agent de son propre destin³⁸.

Une chose est quand même claire : le médecin formule un besoin de voir engager le psychologue dans le processus de prise en charge psychologique des patients à l'hôpital.

Extrait 13 : Un patient nous informe de ce qu'il sait du psychologue à travers la télévision :

« Je n'avais jamais eu à faire avec le psychologue à l'hôpital avant, mais, pour ce que je vois à la télévision, il est sollicité pour calmer le malade, lui annoncer un diagnostic difficile, ou une situation de handicap ; il est donc très important qu'il soit à l'hôpital pour mieux nous traiter ».

A travers cet extrait, le patient montre clairement sa méconnaissance du psychologue clinicien à l'hôpital, mais, il nous fait cas de son rôle à partir de ce qu'il a vu à la télévision.

³⁷J. Dufour dans Douleurs et psychopathologies liées aux traumatismes p55.

³⁸R. Perron est cité par S. Dauriac dans Pratiquer la psychologie clinique aujourd'hui.

Ici, le psychologue est pris pour un psychiatre qui, grâce à une injection qu'il administre au patient, pourra le calmer. Il n'est pas seulement à l'hôpital pour annoncer le diagnostic difficile au patient. A l'hôpital, toutes les compétences du psychologue peuvent être sollicitées : évaluation, expertise, conseil, « psychothérapie », formation, travail avec les équipes. Fua (2002) disait « *le rôle du psychologue est de soutenir l'équipe soignante soumise à une forte pression émotionnelle considérable* ».

Le patient nous énumère quelques attributs du psychologue à l'hôpital. Le travail du psychologue à l'hôpital est fondé essentiellement sur l'entretien. C'est un entretien qui permet à la personne malade d'exposer, de dire et d'expliquer ses symptômes, ses problèmes, ses inquiétudes et son mal-être. Il n'est ni médecin, ni infirmier pour faire usage des médicaments, mais, il peut, à partir de l'entretien, amener le sujet malade à voir plus clair en lui-même. Cette relation avec le patient exige la sympathie et la coopération. Il comprend l'individu malade dans sa différence et fait un chemin avec lui sans jamais le juger. L'élément vitalisant est la relation entre patient et psychologue, ce que le patient a compris et le souhaite vivement.

Extrait 14 : Propos du médecin chirurgien :

« L'apport du psychologue est indispensable avant et après l'opération. Il va dissiper le stress du patient et lorsque le stress s'en va, le malade supporte mieux l'opération et les douleurs post-opératoires. Donc, il faut le psychologue pour parler au malade, car, cela l'aide toujours ».

Le soignant reconnaît l'apport du psychologue dans sa pratique médicale et le souhaite à l'hôpital pour parler aux patients ayant un besoin en chirurgie.

Ici, le soignant fait allusion à un besoin d'aide psychologique à l'endroit des malades, aide qui passe par l'entretien que fait le psychologue. L'intervention du psy n'est pas la même dans tous les services à l'hôpital. En chirurgie, c'est un entretien pour évaluer l'angoisse du patient, ce qui joue un rôle important parmi les paramètres de maintien de la vie des opérés. L'accompagnement psychologique, qui permet de mieux gérer le stress, amène au patient un espace relationnel différent de celui qu'il a avec l'équipe soignante. Il organise un lieu et un temps où le vécu subjectif est privilégié et il est créateur d'un espace de parole. C'est le rôle essentiel de l'entretien de permettre au sujet de laisser émerger l'angoisse, la peur, la souffrance et l'encourager à mettre des mots sur ce qu'il n'ose pas dire. Pour cela, l'écoute doit être de qualité, c'est-à-dire respectueuse de la parole de

l'autre, de ce qui pourra émerger dans l'instant, même si cela nous surprend ou nous dérange.

Dans ce cas d'espèce, le psychologue clinicien pourrait investiguer les différents axes suivants :

- ✓ parcourir l'histoire de la maladie et sa gestion avec le patient ;
- ✓ déterminer, à partir du discours du patient, les traits essentiels de son fonctionnement psychique : nature de son angoisse, mécanisme de défense, type de personnalité ;
- ✓ évaluer la perception psychique qu'ont les parents des suites chirurgicales et leur capacité à y faire face.
- ✓ aider le patient à travers une écoute attentive et une neutralité à tous les concernés ;
- ✓ transmettre régulièrement les informations et proposer des pistes de travail à l'équipe soignante, assurer en collaboration avec elle une continuité des soins relationnels, reconnaître l'intensité de l'épreuve auprès de la famille et respecter sa détresse par une présence contenante ou silencieuse dans le cas échéant ;
- ✓ étayer l'équilibre affectif de l'équipe dans cette situation où la juste distance est difficile.

Les suites négatives de l'acte chirurgical ébranlent très sérieusement le soignant dont l'idéal et l'éthique reposent sur les soins et gestes qui sauvent la vie. L'interrelation doit alors aboutir, pour le patient, à une assistance qu'il reçoit pour trouver un meilleur épanouissement.

Extrait 15 : Propos de médecin :

« Le recours au psychologue clinicien doit être fait pour assurer une véritable écoute du patient et de ses proches et ainsi pallier le manque de disponibilité du personnel médical et paramédical. Donc le psychologue a son rôle à jouer pour vraiment assurer la guérison totale du malade ».

Il faut relever que, dans cet extrait, le médecin soulève trois points essentiels : le recours au psychologue pour une écoute du patient et de ses proches, le psy qui va pallier le manque de disponibilité des soignants et assurer une guérison totale au patient. Le médecin connaît le rôle du psychologue à travers son écoute et affirme que, sans lui, la guérison n'est que partielle à l'hôpital. Toutefois, il l'assimile au corps médical et trouve qu'il pourra même combler leur vide en cas d'indisponibilité.

Le psychologue clinicien est une personne qui a reçu une formation qualifiée reconnue, qui élabore et met en œuvre des actions préventives, curatives et de recherches auprès des patients et des familles. Sur ce, il fait usage de son écoute attentive et d'accompagnement psychologique des uns et des autres. Il bénéficie pour cela d'une autonomie et ne peut jamais pallier le manque de disponibilité des soignants, car, ils n'ont pas les mêmes fonctions à l'hôpital. Le psychologue, à travers l'entretien va établir une relation avec le patient, sa famille et les soignants. Cette relation qui se développe entre le psychologue et le patient doit permettre de :

- dénouer certaines difficultés relationnelles du patient avec l'équipe ;
- comprendre le problème dans les termes où il est posé par le patient et dans ses particularités singulières ;
- aider le patient à évoluer personnellement dans le sens d'une meilleure adaptation au contexte social, psychologique ou économique.

Extrait 16 : Propos de médecin généraliste :

« Quand on traite le patient et que son cas ne change pas, on fait tout sans résultat, il faut le psychologue pour l'écouter, pour l'amener à relativiser un peu sa situation sanitaire. Il est très nécessaire d'avoir le psychologue clinicien dans le corps médical pour nous appuyer dans les soins ».

Le soignant pense qu'il faut passer la main au psychologue en cas d'échec thérapeutique. Cependant, il estime qu'il fait partie du corps médical et est nécessaire dans l'équipe pour écouter le patient, relativiser sa situation sanitaire et servir d'appui aux soignants.

A l'hôpital, une complémentarité sans dépendance s'avère indispensable entre le médecin et le psychologue pour éviter l'intrusion de l'un dans le champ de l'autre. On ne pensera pas au psy en cas d'échec, mais il doit être sollicité pour élaborer la part psychique de la maladie et va appuyer le soignant pour une analyse complète du patient, puisque « le corps fait partie de notre organisation psychique ». Le discours du soignant est une formulation d'un besoin d'accompagnement du patient par le psychologue clinicien, besoin exprimé dans le but d'écouter le patient et de relativiser son cas, ce qui n'est pas aussi simple. Le rôle du psychologue clinicien à l'hôpital est plutôt de susciter au niveau des patients l'envie d'entreprendre un travail d'accompagnement psychologique, l'éveil de la conscience du patient vers un rétablissement du bien-être. Les facteurs qui interviennent

sont multiples et engagent tout l'être humain, sans oublier la prise en compte du contexte socioculturel et ethnique qui est essentielle dans l'accompagnement de certains patients.

Le psychologue ne fait pas partie du corps médical comme le prétend le médecin, car, il n'utilise pas le discours médical. "Sa place se situera sur une sorte de tangente. Si l'on trace un cercle dans lequel il y a le groupe institutionnel sanitaire et à l'extérieur l'environnement, le psychologue est sur la tangente, en bordure. Il fait partie intégrante du groupe, mais, en même temps sa fonction lui permet une prise de distance pour comprendre les enjeux groupaux et institutionnels qui s'y passent. Donc, le psychologue a un peu le rôle d'un équilibriste"³⁹.

Extrait 17 : Le médecin directeur du centre de santé affirme :

« Une grande présence du psychologue dans les hôpitaux permettrait de réguler les tensions qui s'intensifient au sein des équipes soignantes, du fait des réductions d'effectifs et de l'usure professionnelle des personnels de santé ».

Dans cet extrait, le médecin souhaite voir le psychologue à l'hôpital pour l'appuyer dans son rôle et à régler les problèmes de ses collègues soignants.

Le psychologue clinicien à l'hôpital pourra aider le responsable dans les situations critiques et de stress au niveau de l'équipe, à gérer les émotions des uns et des autres en cas d'épuisement professionnel, puis à assurer une médiation en cas de tensions internes. Il va apporter dans les situations difficiles ou délicates une prise de recul que les soignants n'ont pas forcément pour permettre de débloquer certaines situations.

Certes, les doléances du soignant peuvent trouver partiellement solution au niveau du psychologue clinicien, mais aussi avec le psychologue du travail, car, les questions de souffrance au travail et de prévention des risques psychosociaux incombent beaucoup plus au psychologue du travail. Le rôle de soutien et de règlement de tensions, voire de conflits n'est pas directement du ressort du psychologue clinicien, qui a reçu spécifiquement sa formation sur la relation humaine, puis à l'épanouissement de l'individu dans sa pensée, son ressentir, et son agir. En réalité, chaque acteur au niveau des soignants devrait posséder une batterie de connaissances en psychologie qui serait souvent mise à jour par le psychologue maison qui travaille en partenariat avec eux dans la détection des cas et leur prise en charge sommaire. Mais, une chose est de vouloir favoriser l'expression, et une autre est la capacité du soignant à s'y impliquer réellement.

³⁹Syndicat national des psychologues, Structurations institutionnelles, enjeux et perspectives, 25 mars 2013.

➤ Conclusion partielle

La plupart des soignants dans la zone sanitaire d'Abomey-Calavi sont informés de l'existence du psychologue clinicien, mais ses fonctions exactes à l'hôpital échappent à plus d'un. Ils pensent en général que le psychologue clinicien appartient au corps médical et doit les appuyer dans leurs tâches avec parfois un rôle d'auxiliaire médical qui n'est pas systématique, mais un choix que le psychologue pourra faire. Son action thérapeutique tourne autour de la maladie mentale à l'hôpital et d'appui aux soignants. Comme on le voit (Fig 2), le psychologue se trouve au sein d'un système dont il est un élément et auquel il participe, donnant forme à ce système par son activité, mais recevant en retour lui-même une mise en forme et une limitation de cette activité par le système et par les éléments historico-culturels qui leur préexistent. En effet, un certain nombre de fondements sociaux et culturels préexistants ne sont pas sans influencer sur ses propres positions et représentations, mais aussi sur celles des autres acteurs du système et sur l'organisation institutionnelle. Pour expliquer la figure ci-après, nous allons énumérer quelques précisions plus globales concernant les fondements de l'activité du psychologue à travers :

1. La complexité du système auquel il a affaire afin de "réaliser" l'objet central de son activité (quel que soit le cadre de travail du psychologue d'ailleurs).
2. La multiplicité des interlocuteurs/autrui avec lesquels le psychologue doit compter dans la réalisation de son activité et leur niveau différent qui exige des interventions ajustées de niveau également différent entre elles (famille/équipe/pairs/hierarchie, ...).
3. Enfin, la nécessaire présence d'instruments/outils (symboliques) de travail et, plus particulièrement ici, la spécificité de la place de la corporéité, du non-verbal et des émotions dans ces instruments psychologiques (Santiago-Delefosse, 2002d), spécificité en lien avec le cadre de travail du milieu médical qui porte sur le soin du corps et qui favorise les aspects régressifs de la personnalité.

La connaissance du rôle du psy chez les soignants est inexacte. Certains confondent ses prérogatives avec les attributs du psychiatre. Cela pourrait expliquer alors ce pourquoi l'attente, quant au rôle des soignants vis-à-vis du psychologue clinicien, est souvent orientée vers un mode opératoire psychiatrique. La connaissance des soignants en matière de psychologie médicale ne leur a pas permis d'informer aisément sur le rôle du psychologue clinicien à l'hôpital. Les patients, sous la même lancée que leurs thérapeutes,

souhaitent une présence de cette tierce personne à leurs côtés, l'objectif des patients étant de tendre vers une amélioration de la relation sanitaire faite d'empathie, d'attention, de sympathie, de compassion et d'humanité à leur égard, choses qui se faisaient désirer en sourdine dans ce lieu de souffrance et de rétablissement.

Néanmoins, il faut signaler que les acteurs institutionnels comme professionnels de santé interviewés et les patients s'accordent sur l'importance du rôle des psychologues cliniciens tant auprès des patients et de leur famille qu'auprès des équipes soignantes.

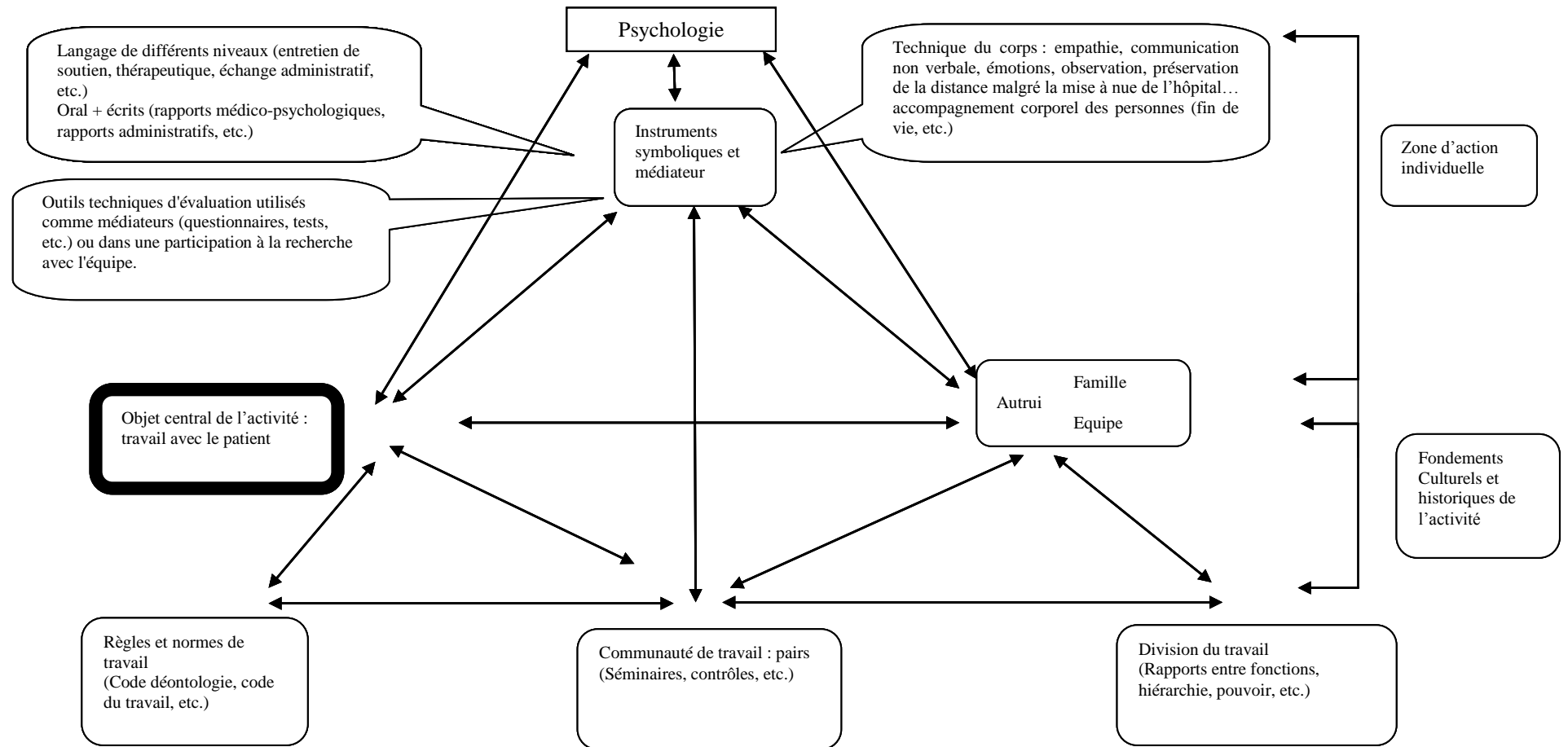


Figure 2 : Une ébauche du triangle de l'activité du psychologue en milieu médical (pour développement sur le modèle de l'activité, voir Clot, 1999, Engestrom & al., 1999, Wells, 1999)

4.4. Suggestions et recommandations aux différents acteurs

Face aux besoins de prise en charge psychologique évoqués par les patients et les soignants, il sera opportun de doter les centres de santé ou tout au moins les hôpitaux de référence de psychologue clinicien pour leur besoin. Un tel spécialiste pourra :

- former et informer les différents soignants de ces hôpitaux à la perception des demandes psychologiques des patients pour une meilleure prise en charge ;
- faire des suivis psychologiques des patients présentant des troubles psychiques ou psychosomatiques ;
- accompagner les différents soignants dans chaque service à repérer à temps les troubles psychologiques pour pallier les déconvenues ;
- assister les soignants à mieux gérer les stress, les émotions et l'usure professionnelle ;
- assurer une liaison entre les centres psychiatriques et les hôpitaux en matière de psychopathologies lourdes ;
- instaurer des rencontres mensuelles avec les soignants pour une exploration efficace et efficiente de la prise en charge des cas.

A travers sa politique sanitaire, nous invitons l'Etat béninois à voter des lois qui reconnaissent le statut, la place et la fonction des psychologues cliniciens afin de leur donner un moyen juridique, puis de favoriser leur insertion dans tous les corps de métiers en général, et surtout dans les hôpitaux et centres de santé en particulier. Les décideurs doivent penser à élaborer un document pouvant établir une correspondance entre certains concepts psychologiques et leur signifiant en langues nationales pour donner la même chance de prise en charge à tout le monde. Quant aux responsables universitaires et psychologues, ils pourront :

- améliorer la formation des psychologues pour qu'elle soit plus pratique, professionnelle et adaptée à notre pays ;
- élaborer un projet de lois aux décideurs pour doter la corporation d'un code de déontologie en adéquation avec notre pays ;
- se constituer en association, fédération ou autre pour représenter la profession dans les instances de décision.

CONCLUSION

Notre recherche de Master qui a porté sur « le psychologue clinicien en milieu hospitalier au Bénin : état des lieux, rôle et perspectives dans la zone sanitaire Abomey-Calavi/Sô-Ava », vise à faire connaître aux autorités en charge de la santé et autres décideurs, la nécessité d'une prise en charge psychologique des patients en milieu hospitalier. Elle nous a permis de remarquer sur le terrain qu'il n'existe pas de structures et d'actions psychologiques en médecine générale dans les centres de santé et hôpitaux. Tout se passe comme si la maladie n'est rien d'autre que des symptômes organiques observables, mesurables et traités à base de médicaments. L'importance de la prise en charge des troubles psychologiques, doit imposer en thème de santé (un état de bien-être physique, moral, et social selon l'OMS), une attitude préventive et interventionniste.

En somme, toutes ces situations de troubles psychiques dans la zone sanitaire A/S pourraient être évités ou pris en charge par la communauté hospitalière en aménageant une unité de psychologie au sein des hôpitaux, en vue de bien recevoir les cas à eux présentés, puis un suivi rigoureux du personnel de l'hôpital qui est souvent sujet de bien de troubles psychologiques en milieu professionnel hospitalier. Le psychologue a une fonction d'accueil, d'accompagnement, d'évaluation de l'adéquation du support social, voire d'orientation vers un psychologue pour soutien psychologique des proches. Ce niveau d'intervention n'est pas du même type que celui qu'il peut établir avec le patient. Les perspectives sont alors prometteuses en thème d'évolution psychologique, mais aussi en thème d'évolution somatique, et nous devons plaider dans ce sens, car, toute aide apportée aux patients est une aide au soignant.

Au terme de cette recherche, il est à noter que les centres de santé et hôpitaux publics dans la zone sanitaire d'Abomey-Calavi sont dépourvus de personnel de soins psychologiques. Aussi, les patients expriment, dans ces lieux, des demandes psychologiques qui tombent dans les oreilles de sourds ou auxquelles on applique une chimiothérapie symptomatique. Enfin, soignants et patients sont unanimes sur l'importance et le rôle du psychologue clinicien en médecine générale. Toutes ces allégations ont été examinées et vérifiées à travers l'analyse des extraits du discours des entretiens que nous avons effectués. De l'analyse des résultats, il a été constaté une méconnaissance légère et une reconnaissance indisponible du rôle du psychologue dans la zone sanitaire A/S. La négligence de la prise en charge psychologique est due à l'absence du psy à l'hôpital et son

introduction est vivement attendue. Toutefois, les différents acteurs de l'hôpital sont impatients de le voir à leurs côtés pour une prise en charge adéquate.

Ainsi, il est à retenir d'une part que le psy n'est pas dans le système sanitaire béninois parce que l'Etat béninois n'a pas prévu le mettre dans l'équipe de soins à l'hôpital comme le requiert l'OMS et d'autre part les soignants et les patients n'ont ni ce réflexe, ni cette culture de le consulter pour leurs différents problèmes. Il reviendra alors, à l'Etat de régler la question de l'introduction du psy à l'hôpital. Nous pensons que l'avenir est prometteur sur cette question, car, depuis peu l'Etat organise des concours de recrutement des psychologues au profit des ministères.

Nous pensons avoir atteint les objectifs de notre recherche, mais, pour finir, on retiendra que ce travail n'est que l'un des aspects d'exploration de l'introduction et du rôle du psychologue clinicien à l'hôpital. On pourrait, par exemple, étudier les missions et les conditions d'exercice, du psychologue clinicien en milieu hospitalier au Bénin.

Donc, trop longtemps resté en dehors du fonctionnement et de la prestation sanitaire, les psychologues doivent être intégrés à l'organisation et au fonctionnement des centres de santé. C'est l'une des conditions nécessaires à la reconnaissance du métier.

BIBLIOGRAPHIE

➤ **Ouvrages généraux**

1. **Apovo, J- M.** (2005). *Anthropologie du "Bo"*. Porto-Novo, CNPMS, 276p.
2. **Beerlandt, C.** (2009). *La clef vers l'autolibération : Origines psychologiques de 1000 maladies*. Nazareth, Belgique, Beerlandt Publications, 847p.
3. **Boko, C. G.** (2009). *Psychologie et guidance en milieu africain*. Cotonou, CAAREC Editions, 240p.
4. **Brenot, P.** (2007). *Psy mode d'emploi*. Quercy, IF, Coll. « L'Esprit du Temps », 243p.
5. **Bruchon-Schweitzer, M.** (2002). *Psychologie de la santé modèles, concepts et méthodes*. Paris, Dunod, Coll. « PSCHO SUP », 443p.
6. **Daco, P.** (1977). *Les prodigieuses victoires de la Psychologie moderne*. Verviers, Marabout, 500p.
7. **Dagnon, G.** (1999). *Libérer de la divination, de la sorcellerie*. Cotonou 2^{ème} éd, 143p.
8. **Delefosse, S. M.** (2002a). *Psychologie de la santé : Perspectives qualitatives et cliniques*. Liège : Pierre Mardaga.
9. **DSM-IV** (1996). *Critères diagnostiques* (Washington DC, 1994). Traduction française par J.-D. Guelfi et al. (1996). Masson, 384p
10. **Ferragut, E., Colson, P., et al.** (1999). *Douleurs et psychopathologies liées aux traumatismes*. Paris, Masson, 181p.
11. **Fua, D.** (dir.) (2002). *Les métiers de psychologue clinicien*. Paris, Nathan Université, coll. « Fac psychologie », 201p.
12. **Dictionnaire Le Petit Larousse illustré** (1995). Paris, Larousse.
13. **Huisman, D.** (1972). *Encyclopédie de la psychologie*. Bourges, Nathan.
14. **Ghiglione, R.** (1998). *Les métiers de la psychologie*. Paris, Dunod, coll. « Les Topos », 127p.
15. **Ginger, S. et al.** (2006). in « Être Psychothérapeute : Questions, pratiques, enjeux ». Paris, Dunod, 251p.
16. **Grawitz, M.** (2001). *Méthodes des sciences sociales*. Paris, Dalloz, Coll. « Précis », 1024p.

17. **Hounwanou, R. T.** (1984). *Fa, une géomancie divinatoire du golfe du Bénin (pratique et technique)*. Lomé, NEA, 249p.
18. **Herzlich, C. & Pierret J.** (1984). *Maladie d'hier, Malades d'aujourd'hui*. Paris, Payot.
19. **Jeammet, Ph., Reynaud, M. & Consoli, S.** (1996). *Psychologie médicale*. Paris, Masson. 2^{ème} éd.
20. **Michel, F-B et Gazaix, P.** (1987). *Pour en finir avec les maladies Psychosomatiques*. Paris, Albin Michel, 400p.
21. **Moldin, S.O., Scheftner, W.A., et al.** (1993). *Psychologie médicale*. Londres, 812p.
22. **Mucchielli, R.** (1977). *L'analyse de contenu des documents et des communications*. Paris, 2^{ème} éd, les éditions ESF.
23. **Nathan, T. et Hounkpatin, L.** (1998). *La Guérison Yoruba*. Paris, Odile Jacob, Coll. « OPUS ». 337p.
24. **Nathan, T. et Stengers, I.** (1995). *Médecins et sorciers*. Paris, SANOFI SYNTHELABO, Coll. « Les Empêcheurs de penser en rond », 161p.
25. **Postel, J.** (2003). *Dictionnaire de la psychiatrie et de psychopathologie clinique*. Paris, Larousse, Coll. « In extenso ».
26. **Pédinielli, J.L.** (1994). *Introduction à la psychologie clinique*. Paris, PUF.
27. **Quivy, R. et al.** (1995). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris, Dunod, 287p.
28. **Schauder, S.** (2004). *Pratiquer la psychologie clinique aujourd'hui*, Paris, Dunod, 503p.
29. **Sockeel, P. et Anceaux, F.** (2002). *La démarche expérimentale en psychologie*. Paris, In press, Coll. « Psycho », 225p.
30. **Stéphane, R. et Agnès, R.** (2007). *Je réussis mes études en psychologie*. Paris, Dunod, 213p.
31. **Sylvie, A. et Pierre, A.** (1999). *Comment choisir son psychologue clinicien*. Paris, ROBERT LAFFONT, COLL. « Santé », 320p.
32. **Viry, R.** (1990). *Introduction à l'étude de la psychiatrie analytique*. Nancy, PUN, 250p.
33. **Winckler, M.** (2003). *Nous sommes tous des patients*. Paris, STOCK. 224p.

➤ **Thèses de doctorat et mémoires**

1. **Claire Fiollot-Bertrand.** *Accès au soin psychiatrique et précarité*, thèse pour le diplôme de doctorat d'Etat en médecine présentée et soutenue le 04 novembre 2004 à l'Université d'Angers.
2. **Coin-Bariou Laure.** *Grossesse à l'adolescence : Événement de vie événement d'un sujet*, thèse pour le diplôme de doctorat d'Etat en médecine qualification en psychiatrie présentée et soutenue publiquement le 26 septembre 2005 à l'Université d'Angers.
3. **Houessou Dossou Yélindo Patrick.** *Les déterminants de l'échec à l'Université d'Abomey-Calavi (Bénin) : état des lieux, analyse et perspectives*, dissertation doctorale présentée en vue de l'obtention du grade académique de docteur en 2007-2008 à l'Université Wallonie-Bruxelles.
4. **Alinon kokou Nouwamè.** *Prestation des soins, perception et réaction des soignées : Cas de 30 parturientes observées de juillet 2004 à mars 2006 à la maternité du CHU Tokoin*, mémoire de DESS soutenu le 10 janvier 2007 à l'Université de Lomé.
5. **José Manuel Salim da-Silva.** *L'Univers psycho névrotique dans l'œuvre romanesque de Sony Labou Tansi*, mémoire de maîtrise soutenu en février 2004 à l'Université d'Abomey-Calavi.
6. **Bamisso Olga.** *Le clinicien en Afrique : Rôle et utilité (une contribution à la réflexion sur le statut du psychologue en Afrique)*, travail d'étude en vue de l'obtention de la licence 3 de psychologie à l'Université de Poitiers en décembre 2005.

➤ **Revue et articles**

1. **Brocq, H.** (N°232-Novembre 2005). *La prise en charge psychologique du malade atteint de sclérose latérale amyotrophique*. Le journal des psychologues, 80p.
2. **Ahyi Amakoué, M.R.** (N°58-Août 1991). *Médecine traditionnelle, l'art de guérir dans les sociétés traditionnelles*. Famille et développement, 51p.
3. **Bouchilloux, H. et al.** (2013). *Place et rôle des psychologues en établissement de santé*. Paris.13p
4. **Bruchon-Schweitzer, M. & Dantzer, R.** (1994). *Introduction à la psychologie de la santé*. Paris, PUF.

5. **Organisation mondiale de la santé.** (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*, Genève, 376p.

➤ **Webographie**

- www.cpa.ca/cpaside/splash.asp consulté en juin 2013.
- www.psicho-ressources.com/françoise.zannier.html consulté en mars 2013.
- www.psicho-ressources.com/bibli/index.html consulté en mars 2013.
- www.larousse.fr/dictionnaires/français/psychologie/64844 consulté en 2013.
- www.infirmiers.com/ressources-infirmieres/nos-collegues/les-metiers-de-psychologue.html consulté en janvier 2015.
- www.reseauxpsychologues.eu/file/23248 consulté en octobre 2014.
- <http://pagesperso-orange.fr/géza.roheim/html/ethnopsy.html> consulté décembre 2014.
- <http://pagesperso-orange.fr/géza.roheim/html/roheim2.htm#ttrauma> consulté décembre 2014.
- http://www.unil.ch/webdav/site/cerpsa/shared/presentations_pdf/pharmakon.pdf
Marie Santiago Delefosse professeure des Universités psychologie clinique, analyse de l'activité du psychologue en milieu médical : un nouveau pharmakon ? Consulté en janvier 2015.
- <http://www.carnetpsy.com/cp.php> consulté en janvier 2015.

ANNEXES

Guides d'entretien

➤ Pour les soignants

Nos entretiens ont porté sur les thèmes suivants :

- les types d'affections rencontrés
- les types de demandes des patients
- les difficultés liées à la prise en charge des patients
- l'accessibilité des psychologues cliniciens
- la prise en charge psychique
- l'importance du psychologue clinicien et de son rôle à l'hôpital
- l'intégration du psychologue clinicien en institution
- l'apport du psychologue clinicien en milieu hospitalier

➤ Pour les patients

Nos entretiens ont porté sur les thèmes suivants :

- le malade et sa demande de soin
- la relation soignant/soigné
- le vécu de la maladie et des soins
- aspects psychologiques de la maladie
- les attentes et besoins exprimés
- les impacts psychologiques de la maladie sur le patient et la famille
- une autre prise en charge souhaitée
- connaissance du psychologue clinicien et rôle

Les grilles d'observation

➤ Grille n°1 : Repérage et observation des indices psychologiques à l'hôpital

N°	Repérage et observation des indices psychologiques à l'hôpital	Oui	Non	Autre
1	Absence de communication			
2	Attitude d'isolement et de rejet de traitement.			
3	Attitude régressive qui tend vers une demande de prise en charge infantile.			
4	Etat dépressif de moyenne importante/effondrement du désir de vivre.			
5	Anorexie et attitude désespérée.			
6	Agitation, agressivité ou impulsivité.			
7	Sentiment de persécution/sensations bizarres.			
8	Plaintes exagérées/angoisse de mort ou indifférence.			
9	Discours sur le vécu corporel inhabituel.			
10	Négation de l'angoisse/ négation de l'atteinte corporelle.			
11	Expression d'émotion forte sans psychopathologique.			
12	Episode médical antérieur mal vécu/résonnance avec un traumatisme antérieur.			

➤ **Grille n°2 : Observation psychologique de la relation soignant-soigné**

N°	Observation psychologique de la relation soignant-soigné	Importante	Moyenne	Faible
1	Collaboration entre soignants et patients.			
2	Demande d'assistance des patients.			
3	Evaluation du traumatisme ou de la douleur.			
4	Charge de travail pour l'équipe soignante eu égard à l'attitude du patient.			
5	Difficulté particulière d'adaptation aux appareillages et contraintes des techniques médicales.			
6	Préparation du patient dans le but de lui administrer un soin.			
7	Annonce du diagnostic et de résultat au patient.			
8	Présence et soutien des soignants/reconnaissance des efforts fournis.			
9	Mésentente par rapport à l'observance des soins.			
10	Décompensation pendant l'hospitalisation et exéat contre la volonté médicale.			

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	i
DEDICACE.....	ii
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES SIGLES.....	iv
LISTE DES TABLEAUX.....	v
LISTE DES FIGURES.....	vi
LISTE DES EXTRAITS	vii
RESUME.....	viii
ABSTRACT.....	ix
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 : FONDEMENTS THEORIQUES	4
1.1. Problématique	4
1.1.1. Analyse de la situation	4
1.1.2. Enoncé du problème.....	8
1.2. Objectifs et hypothèses de recherche	10
1.2.1. Objectifs de la recherche	10
1.2.2. Hypothèses de la recherche	11
1.3. Clarification conceptuelle	11
1.3.1. Psychologie clinique	11
1.3.2. Psychologue et psychologue clinicien.....	12
1.3.3. Rôle	13
1.4. Repères théoriques de la recherche	14
1.5. Revue de littérature	15
1.5.1. Etat de la question	15
1.5.2. Psychologues cliniciens en institution hospitalière	19
1.5.3. Rôle du psychologue clinicien dans quelques services hospitaliers.....	21
1.5.3.1. En médecine/urgence	21
1.5.3.2. A la gynécologie/la maternité	22
1.5.3.3. A la chirurgie	22
1.5.3.4. A la réanimation.....	24
CHAPITRE 2 : CADRE DE L'ETUDE ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE	26
2.1. Présentation générale de la zone sanitaire Abomey-Calavi/Sô-Ava	26
2.1.1. Situation géographique et démographique de la zone.....	26
2.1.2. Données administratives et organisationnelles de la zone sanitaire	26
2.2. Données socioculturelles et économiques de la zone sanitaire Abomey-Calavi/Sô-Ava	29

2.3. Démarche méthodologique	31
2.3.1. Population d'étude.....	31
2.3.2. Échantillonnage.....	31
2.3.3. Techniques et instruments de collecte des données utilisées	32
2.3.4. La recherche documentaire	32
2.3.5. Méthodes d'enquête	34
2.3.5.1. L'observation	34
2.3.5.2. Les entretiens	35
2.3.6. Procédure d'analyse et de traitement des données	36
2.3.6.1. L'analyse de contenu.....	36
2.3.6.2. La méthode d'analyse sémantique et structurale.....	37
2.4. Difficultés rencontrées et limites de la recherche	37
CHAPITRE 3 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS.....	39
3.1. Présentation et analyse des résultats des entretiens.....	39
3.1.1. Le défaut de personnels de soins psychologiques en milieu hospitalier	39
3.1.1.1. L'inexistence de psychologue à l'hôpital.....	39
3.1.1.2. Ignorance du psychologue et de son rôle à l'hôpital	40
3.1.2. Expressions des demandes psychologiques dans la zone sanitaire Abomey-Calavi/Sô-Ava .	42
3.1.2.1. Présence de troubles psychologiques à l'hôpital.....	42
3.1.2.2. De la chimiothérapie en lieu et place de la psychothérapie.....	43
3.1.3. Les prérogatives du psychologue clinicien à l'hôpital	45
3.1.3.1. De la reconnaissance et de l'importance du rôle du psychologue dans la prise en charge des patients.....	45
3.1.3.2. Un rôle d'appui aux équipes des soignants	48
3.2. Présentation et analyse des résultats des observations	49
3.2.1. Repérage et observation des indices psychologiques.....	49
3.2.2. Observation psychologique de la relation soignant-soigné.....	50
CHAPITRE 4 : INTERPRETATION ET DISCUSSION DES RESULTATS.....	53
4.1. Des extraits de discours en rapport avec l'absence du psychologue à l'hôpital.....	53
4.2. Des extraits de discours en rapport avec la demande psychologique des patients en médecine générale	60
4.3. Des extraits de discours se rapportant aux prérogatives du psychologue à l'hôpital	68
4.4. Suggestions et recommandations aux différents acteurs	77
CONCLUSION	78
BIBLIOGRAPHIE	80
ANNEXES	84