UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI (UAC)

FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

RAPPORT DE FIN DE FORMATION

pour l'obtention de la Licence professionnelle en Psychologie

Sujet :

LA FRUSTRATION AUTOUR DE LA RELATION DE SOINS : CAS DE LA POLYCLINIQUE COOPERATIVE D'ABOMEY-CALAVI

Présenté Par :

Antoine Prud'homme G. ADJOVI SIANHODE

Maître de mémoire :

Dr Bernardin DOSSA

2022

SOMMAIRE

DEDICACES.....**Erreur ! Signet non défini.**

REMERCIEMENTS .....**Erreur ! Signet non défini.**

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHES .....**Erreur ! Signet non défini.**

RESUME.....**Erreur ! Signet non défini.**

INTRODUCTION.....**Erreur ! Signet non défini.**

CHAPITRE I : CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ETUDE .....**Erreur ! Signet non défini.**

1-1 : PRESENTATION GENERALE DE LA POLYCLINIQUE COOPERATIVE.....**Erreur ! Signet non défini.**

I-2 ENVIRONNEMENT DE LA POLYCLINIQUE 10

CHAPITRE II : DEROULEMENT DU STAGE ET REFLEXION CRITIQUE... **Erreur ! Signet non défini.**

2.1 DEROULEMENT DU STAGE .....**Erreur ! Signet non défini.**

2-2 : LES DIFFICULTES RENCONTREES .....**Erreur ! Signet non défini.**

CHAPITRE III : CADRE CONCEPTUEL ET METHODOLOGIQUE ....**Erreur ! Signet non défini.**

3-1 PROBLEMATIQUE, OBJECTIF DE L'ETUDE, HYPOTHESE .....**Erreur ! Signet non défini.**

3-2 REVUE DE LITTERATURE ET METHODOLOGIE DE RECHERCHE .... **Erreur ! Signet non défini.**

CHAPITRE IV : RESULTATS ET DISCUSSIONS .....**Erreur ! Signet non défini.**

CONCLUSION GENERALE .....**Erreur ! Signet non défini.**

ANNEXES .....**Erreur ! Signet non défini.**

BIBLIOGRAPHIE .....**Erreur ! Signet non défini.**

TABLE DES MATIERES.....**Erreur ! Signet non défini.**

DEDICACES

- Au Père Justin BOCOVO, curé de la paroisse Notre-Dame de la Visitation de Gbèdagba
- A mes parents, M. Pierre ADJOVI et Mme Hélène DJOHOU

REMERCIEMENTS

La reconnaissance est un devoir et plus qu'un devoir un plaisir. C'est dans cet élan de plaisir que nous venons dire notre gratitude à tous ceux qui de près ou de loin, nous soutiennent dans notre formation, et plus particulièrement, nous ont soutenu lors de la rédaction de ce mémoire de fin de premier cycle.

Nous voudrions en premier lieu exprimer notre vive reconnaissance à Dieu, Lui de qui vient toute vie et le bon aboutissement de tout ici-bas.

Qu'il nous soit ensuite permis de remercier particulièrement :

- le Dr Bernardin DOSSA qui a accepté de diriger ce travail. Sa disponibilité et ses orientations fort utiles ont été messianiques pour nous tout au long de la rédaction ;
- le professeur Patrick HOUESSOU Vice-président de l'UAC, pour sa solitude et ses orientations qui nous ont été fort utiles ;
- tous les enseignants du Département de Psychologie dont l'engagement et les sacrifices en vue de donner aux étudiants une formation adéquate et digne sont admirables ;
- le Professeur Jean C. HOUNDAGBA pour ses conseils ;
- notre maître de stage Mr Oscar ZOHOUNGBOGBO pour ses observations et ses conseils qui nous ont assez éclairés durant notre stage
- tout le personnel de la polyclinique d'Abomey-Calavi notamment le directeur, Dr DEGBELO François et le major KOUMASSOU Rock Joachim
- Monsieur Jean-Marie AHOUADI et Mme Michelle AHOUADI, née POGNON pour leurs soutien et encouragements de tous les jours
- Monsieur Harouna Dji-brilla DJIMBA pour son aide ;
- SEHOUETO T. Hervé E. pour son aide et assistance.

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHES

TABLEAU I : Données selon que les soignants sont frustrés à cause des remontrances des supérieurs

TABLEAU II : Résultats selon que les patients sont satisfaits du temps mis pendant l'attente du soignant

TABLEAU III : Le manque de temps au niveau des soignants pour accomplir toutes tâches

TABLEAU IV : Données selon que les patients qualifient l'accueil

TABLEAU V : Données selon que les soignants sont victimes d'incivilité

TABLEAU VI : Manifestations et impacts de la frustration chez le soignant

TABLEAU VII : Manifestations et impacts de la frustration chez le patient

GRAPHE I : Sources de frustration

RESUME

La frustration est un état d'insatisfaction provoqué par le sentiment de n'avoir pu réaliser un désir. Dans le milieu hospitalier, elle prend entre autres sa source dans les remontrances faites par les supérieurs, le temps d'attente, le mauvais accueil, le temps insuffisant pour bien faire le travail etc.… Ses manifestations se traduisent par l'agressivité, le découragement, la perte du goût du travail et le repli sur soi.

Le présent travail présente une étude de cas clinique sur la polyclinique coopérative d'Abomey Calavi avec laquelle le mode d'interaction entre relation soignant-soigné a été analysé. La démarche méthodologique adoptée à travers cette recherche qualitative et quantitative se résume en un échantillonnage par choix aléatoire et une collecte des informations qui a nécessité l'usage de techniques de recherche documentaire, d'entretien et d'observation. Il ressort de l'analyse de l'étude que la frustration dans la relation suscite aussi bien chez le soignant que le soigné des émotions telles que la colère, la tristesse, la déception et plus grave cause de dépression. Ce qui impacte donc cette relation qui lie le soignant et le soigné. L'implication d'un psychologue dont le métier est d'accompagner soignants et soignés dans leur relation de soin est vraiment capitale.

Mots-clés : frustration-relation-soignant-soigné-émotion-soin

Abstract

Frustration is a state of dissatisfaction caused by the feeling of not having been able to achieve a desire. In the hospital environment, it has among others its source in the remonstrances made by superiors, the waiting time, the bad reception, the insufficient time to do the job well, etc. Its manifestations are reflected in aggressiveness, discouragement, loss of passion for work and withdrawing of oneself to stay alone. The present work presents a clinical case study on the cooperative polyclinic of Abomey Calavi within which the mode of interaction between caregiver-patient was analyzed. The methodological approach adopted through this qualitative and quantitative research work can be summed up in a sampling by systematic random choice and a collection of information which required the use of documentary research, interview and technical observations. It appears from the analysis of the study that the frustration in the relationship aises both in the caregiver and the patient for emotions such as anger, sadness, disappointment and more serious causes depression. This therefore impacts this relationship that binds the caregiver and the patient. The involvement of a psychologist whose job is to support caregivers and patients in their care relationship is really crucial.

Keywords: frustration-relationship-caregiver-patient-emotion-care

INTRODUCTION

L'homme est par nature un être relationnel, un animal politique selon la belle expression populaire d'Aristote. Mais ce même homme est aussi un être en lui-même divers et différent de toutes les autres créatures, même de ses semblables. Vivant naturellement en société, il fait l'expérience des joies et peines d'une telle réalité : les conséquences des diversités caractérisant les humains. En effet, du fait que chaque être humain, même semblable à l'autre, reste cependant à la fois unique et différent entraîne des difficultés dans le vécu quotidien. De même, son statut d'être dynamique et ses divers caractères personnels ne facilitent pas sa connaissance ou la devinette de ses réactions exactes. Autrement dit, « l'homme n'est pas un être statique, gardant les mêmes réactions en tout milieu. Sa nature diversifiée et les différents contextes dans lesquels il se retrouve, déterminent ses diverses orientations. » (Sehoueto, 2020, p.35-36). Ce fait se vérifie dans toutes les sortes de relations que l'homme établit avec son semblable. Que ce soit donc avec sa famille, ses amis, ou simples compagnons de travail ou de jeux, la relation entretenue impacte toujours sur la vie de l'humain. Et le formidable défi lancé à l'humain chaque fois qu'il est en relation est de savoir s'il va se laisser dominer par l'autre, par la force ou s'il va être capable de le respecter sur la base de sa différence.

Pour éviter cet excès possible de domination, la relation bonne, sérieuse et bénéfique exige certaines qualités comme la disponibilité, l'amour de l'écoute. Ces exigences sont encore plus importantes dans le domaine médical où le soignant est appelé à agir sur son soigné. Lorsqu'elles sont absentes, la frustration du patient en est une des conséquences probables. Or plusieurs facteurs dans le monde du travail sanitaire ne favorisent que très faiblement le développement de telles dispositions nécessaires à la réussite du soin, surtout lorsqu'il s'agit de cas de maux appelant un traitement psychique ou psychologique. Ainsi, nombreux sont les cas de frustrations enregistrées dans le cadre de la relation de soins dans nos hôpitaux et qui ont un impact sur la qualité des soins. Or, si de nombreuses études de par le monde apportent des informations sur le problème et ses conséquences, au Bénin, très peu d'études ont été menées sur ce sujet. C'est dire que la problématique de la frustration autour de la relation de soins et son impact sur la qualité de celle-ci apparait comme un champ d'investigation peu prospecté au Bénin, alors qu'elle ne manque pas d'intérêt. C'est cela qui nous a donc poussé à ce projet de réflexion sur cette problématique à travers le sujet suivant : « La frustration autour de la relation de soin : cas de la Polyclinique Coopérative d'Abomey-Calavi ».

Pour aborder le thème traité dans le cadre de notre stage à la Polyclinique Coopérative d'Abomey-Calavi, nous suivrons un plan en quatre parties. Nous présenterons d'abord cette

institution qui nous a accueillis. Ensuite, le deuxième chapitre exposera le déroulement du stage : l'attention sera portée d'une part sur les activités menées, et sur les difficultés rencontrées au cours du stage, d'autre part. Le troisième chapitre abordera le Cadre conceptuel et méthodologique du travail : ici nous mettrons en lumière la problématique, les objectifs, les hypothèses et la revue de littérature ayant trait à notre thème. Enfin, le dernier chapitre sera consacré essentiellement à la présentation et à la discussion des résultats obtenus.

CHAPITRE I : CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ETUDE

1-1 : PRESENTATION GENERALE DE LA POLYCLINIQUE COOPERATIVE

Paragraphe 1 : historique, objectifs et organisation de la structure

I- Historique

Les réflexions ont commencé au début des années 1980.Suite aux difficultés de recrutement à l'époque, le ministère de la santé a initié le projet de la création des cliniques. L'idée fut soumise à l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et au Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) ; ceux-ci le financèrent à hauteur de quatre millions cinq cents mille (4.500.000 FCFA). Alors a vu le jour officiellement la clinique coopérative le 25 Juillet 1991 sous le numéro 88/004/OMS/PNUD du projet BEN avec au départ trois (3) infirmiers, deux (02) médecins, deux (02) sage-femmes, un (01) assistant social, et un (01) gardien sur recommandation du PNUD. Ils se sont regroupés par affinité et ont loué la maison qui abrite aujourd'hui la clinique. Les deux premières années furent difficiles et deux (02) d'entre eux ont dû démissionner. Il y eu aussi un décès. Le chiffre d'affaires au départ tournait autour de cinq (05) millions l'an. Le propriétaire de la maison mourut et sa famille demanda à vendre cette dernière, alors ils la rachetèrent. De nouveaux locaux furent construits. Leur chiffre d'affaires s'élève à plus de cent millions 100.000.000 de FCFA l'an et passe de l'étape de clinique simple au statut de polyclinique coopérative selon les critères de l'OHADA.

II- Objectifs

Les objectifs poursuivis par le centre à moyen et long terme sont :

- La recherche de la crédibilité du centre ;
- La gestion à bon escient des ressources ;
- La formation ;
- L'augmentation du taux de fréquentation des services de santés ;
- L'amélioration du système de consommation entre les usagers et le personnel ;
- L'amélioration des conditions de séjour des patients ;
- L'amélioration de l'hygiène, de la sécurité et de la salubrité.

III- Organisation structurelle de l'entreprise et environnement de la polyclinique coopérative

La polyclinique coopérative est dirigée par un conseil d'Administration et un comité de surveillance dont les membres sont élus par Assemblée générale et dont le mandat est de

deux ans. Dans le conseil d'Administration, il y a un président, un trésorier et un secrétaire. Ceux-ci nomment un médecin chef qui, à son tour est chargée de nommer les responsables de chaque service comme l'indique l'organigramme du centre (voir annexe)

1-Organe de décision : le Conseil d'Administration (CA)

La polyclinique est administrée, par un Conseil d'Administration investi des pouvoirs les plus étendus. Il se statue sur la politique générale du centre élaborée par la direction, assure la cohérence des différentes composantes de cette politique et en contrôle l'application. Le Conseil d'Administration examine et approuve au début de chaque année les comptes et les bilans de l'exercice écoulé ; l'étude prévisionnelle du budget et les perspectives d'activités de la formation sanitaire pour l'exercice à venir. Il contrôle périodiquement la gestion financière et celle des médicaments essentiels et exerce toute action judiciaire, tant en demande qu'en défense.

2- Organe consultatif : Comité de surveillance

C'est un organe qui est consulté sur les principales affaires concernant la gestion du centre, notamment les activités de santé, l'organisation, le fonctionnement la répartition des services médicaux et médico-techniques. Il examine les questions relatives à l'hygiène, à la salubrité, au fonctionnement médical et technique de la polyclinique. Il donne son avis obligatoire sur l'aménagement et la répartition des services techniques, les grosses réparations, l'achat et la distribution du matériel technique et des médicaments.

Paragraphe 2 : Environnement et ressource de fonctionnement de la polyclinique coopérative

I-2 ENVIRONNEMENT DE LA POLYCLINIQUE

La polyclinique coopérative est la structure d'accueil dans laquelle nous avions effectué notre stage. Cette clinique est implantée dans la ville d'Abomey-Calavi et est située dans le quartier Sèmè sur le tronçon Mairie-Campus. C'est une société privée à caractère social qui est constituée d'une dizaine environ de services à fonctions spécifiques avec une structure organisationnelle hiérarchique fonctionnelle.

L'importance de la connaissance par l'entreprise de son environnement n'est plus à démontrer. L'histoire économique des dernières décennies fournie en effet suffisamment d'exemples de disparition d'entreprises qui n'ont pas su identifier à temps les mutations de leurs

environnements ; cette situation devrait permettre désormais à tout chef d'entreprise d'avoir le réflexe d'analyser constamment son marché.

L'environnement est un ensemble d'éléments extérieurs de l'entreprise mais qui influence le fonctionnement normal de cette dernière. Il peut être des opportunités et des menaces (environnement externe) ou des forces et des faiblesses (environnement interne) pouvant agir sur la survie de l'entreprise. A cet effet, la pluralité des cliniques, des centres de santé privés et des tradi-thérapeutes constituent des menaces pour la fidélisation des patients. La croissance démographique constitue à la fois une force et une menace. Une force en ce sens qu'il y aura une augmentation sur la demande de soin. Et une menace en ce qui concerne la capacité d'accueil des patients (insuffisance des équipements, insuffisance de ressources aussi bien financières que humaines).

Le fait que la clinique soit située au centre de la ville, constitue une opportunité pour celle-ci car les malades ont plus de facilité à s'y rendre. Il est aussi noté la création d'une faculté de médecine qui rehausse la qualité d'hôpital de référence du centre. La pratique de tarifs plus bas par rapport à d'autres centres de santé et l'existence d'un service de psychologie sont des forces dont dispose la polyclinique coopérative. A côté de cela, les ruptures fréquentes de stocks de médicaments et d'instruments médicaux, l'insuffisance du personnel et des ressources financières, sont des faiblesses qui ralentissent les activités normales du centre. Ainsi l'écoute de l'environnement devient donc primordiale pour toute entreprise qui veut se préparer à rendre efficacement son service face aux brusques changements provenant de son environnement.

II- Ressources de fonctionnement de la polyclinique coopérative

La structure fonctionne essentiellement grâce aux recettes des prestations de soins fournis aux patients et aux recettes de la pharmacie. Afin d'aider l'hôpital à mieux subvenir aux besoins des populations, l'Etat et d'autres partenaires lui accordent périodiquement des aides chaque année, tout comme aux autres structures et formations sanitaires. Il est aussi noté la participation financière et dotation des organismes internationaux.

Notons par ailleurs que compte tenu de la croissance démographique, la polyclinique se doit de devenir un véritable centre de référence où la formation pratique des stagiaires est bien suivie ainsi qu'une offre de meilleures prestations de soins.

CHAPITRE II : DEROULEMENT DU STAGE ET REFLEXION CRITIQUE

2.1 DEROULEMENT DU STAGE

a) Objectif du stage

Point de départ

Dans le cadre de notre formation de psychologue, nous avions jusqu'à ce stage abordé la discipline par le versant scolaire, universitaire de la connaissance. Notre principale motivation pour ce stage, était d'avoir un contact pratique, vivant, avec une situation de terrain de psychologue clinicien.

Réévaluation de l'objectif

Au cours de stage, le point cité plus haut s'est confirmé, et d'autres sont venus s'ajouter. Le bon premier contact que nous avions eu avec le psychologue Oscar ZOHOUNGBOGBO s'est confirmé. Par contre, ce que nous n'avions pas du tout évalué et qui s'est révélé au cours de notre stage, c'est la complexité des relations à l'intérieur de l'équipe soignante, notamment les conflits (dits et non-dits) qui apparaissent dans les situations de tension.

b- Par rapport aux patients

Par rapport aux patients, nous avons pu définir deux objectifs. L'objectif premier était l'observation clinique. Pour cela, nous avions pris l'habitude de prendre pendant les matinées des notes rapides (dans les vestiaires, de manière à ce que les gens ne se sentent pas épiés) qui étaient ensuite rédigées dans l'après-midi. L'objectif était de garder une trace des évènements saillants ou des petits détails d'interactions qui nous ont frappés pour une raison ou pour une autre. Ces notes prises au fur et à mesure constituent une sorte de mémoire subjective (il était inévitable que nous notions plutôt des interprétations que des faits, même si nous avions essayé d'être le plus factuel possible).

Le second objectif était de nous insérer réellement dans le dispositif clinique, comme le psychologue nous y a invités, donc d'intervenir progressivement auprès des patients. Nous l'avions fait progressivement d'abord dans les situations de conflits entre soignant et soigné (à plus ou moins bon escient), puis au fur et à mesure que nous nous trouvons inséré dans le dispositif, dans les situations banales qui se sont avérées très intéressantes pour comprendre et observer le caractère de chaque patient.

Enfin nous avions essayé d'entrer beaucoup plus en contact avec les patients ce qui a pu se faire de façon directe (les visites matinales aux patients hospitalisés, la joie de vivre que l'on

dégageait à travers notre sourire), mais qui s'est principalement limité à des "échanges verbaux". Une des raisons évidentes de cette limite est que lorsqu'ils avaient « quelque chose à dire », pour exprimer un problème ou une souffrance, les patients s'adressaient souvent à nous et nous les orientons vers les stagiaires, les infirmiers ou les médecins suivant le besoin. Notons que nous stagiaire, avions été répartis dans les différents services, mais nous sommes plus restés au niveau de la maternité et du dispensaire participant ainsi à l'accueil des patients.

C) Travaux effectués à la Polyclinique Coopérative d'Abomey-Calavi

La Polyclinique Coopérative d'Abomey-Calavi offre des soins de proximités telles que : la consultation, les soins en médecine générale et la consultation prénatale. Elle offre également des prestations dans les domaines de la chirurgie (bloc opératoire), de la pédiatrie, de la gynécologie, de l'ORL (Oto-Rhino-Laryngologie), de l'ophtalmologie, d'Analyse de laboratoire, de la psychiatrie, de la psychologie et de la pharmacie ; c'est donc à juste titre que nous avons passé pratiquement un mois de stage pour nous imprégner des activités qui s'y mènent et de développer une réflexion critique en rapport avec notre sujet.

Ce stage est d'abord un stage d'observation, qui porte sur l'activité des psychologues et surtout des patients. Mais d'autres part, nous avions toute la latitude pour nous insérer dans l'équipe et dans le dispositif, c'est-à-dire dans un premier temps prendre des marques par rapport au mode d'action et de relation que les professionnels ont avec les patients et entre eux, et dans un deuxième temps, pour intervenir lorsque le besoin se fait sentir vis-à-vis des patients, ou de prendre des initiatives.

Dans les faits, notre premier objectif a été de nous insérer dans l'équipe des professionnels, en suivant les règles de fonctionnement explicites (arrivé à l'heure etc…) Ainsi nous avons tour à tour parcouru la maternité, le dispensaire et le service de psychologie. Différentes tâches relatives au quotidien de chaque section nous ont été confiées. Voici les différentes activités nous ayant occupé dans les différents services parcourus :

Au niveau de la maternité

- Accueil et Orientation des patients
- Remplissage des fiches de consultation à la maternité
- Participation aux entretiens avec le psychiatre.

Au dispensaire

- Observation et apprentissage sur l'usage de certains instruments tels : la pince de Kocher, la pince intermédiaire pour servir les compresses stériles, les plateaux, la paire de ciseaux à pansement, le porte-aiguille, le manche de bistouri, la pince à disséquer avec griffes, la sonde cannelée, le stylet…
- Remplissage des fiches de consultation du dispensaire
- Participation aux entretiens avec certains patients.

Au service de psychologie

- Accueil et orientation des patients
- Participation aux entretiens avec le psychiatre[1]
- Etablissement des rapports journaliers au psychologue.

L'accueil

-orienter les visiteurs du centre selon leurs besoins : pour y arriver, nous avons cherché, d'abord dès les premiers jours de notre stage, à connaître et à visiter les différents services et bâtiments de la clinique ;

-mettre à l'aise les patients et leurs accompagnateurs ou donner des renseignements à ceux qui en ont besoin.

2-2 : **LES DIFFICULTES RENCONTREES**

Généralement, l'objectif principal du stage est de mettre les étudiants en situation de découvrir la réalité du milieu professionnel, de se frotter à la réalité institutionnelle. Il est donc opportun pour l'étudiant qu'à l'issue de son expérience, l'on fasse une certaine évaluation de son déroulement, avancer ses critiques avec toute la prudence qui s'impose et surtout faire des suggestions pour l'amélioration du service.

Comme toute structure, la Polyclinique Coopérative d'Abomey-Calavi du fait de sa sensibilité et de sa spécificité est confrontée à des problèmes spécifiques. Nous avons ainsi au cours de notre stage éprouvé quelques difficultés.

[1] Il convient de préciser qu'au cours de notre stage dans ce Centre, nous avions eu la chance de rester aux côtés d'un psychiatre souvent sollicité par la Clinique pour des services ponctuels.

La principale difficulté rencontrée est la durée qui nous est donnée pour collecter les informations relatives à la Polyclinique et en rapport avec notre sujet. Par ailleurs, les difficultés que nous avons rencontrées dans les différents services que nous avons eu à parcourir peuvent être réparties comme suit :

A la Maternité

La difficulté rencontrée lors du stage à la maternité est l'indisponibilité du personnel à répondre à nos préoccupations. Cette indisponibilité s'analyse sous deux angles :

- d'une part le cadre de travail n'est pas très adéquat compte tenu du nombre de personnel et de salles insuffisants pour accueillir les patients.

- d'autre part l'indisponibilité est due à une pression du travail, des dossiers importants à traiter en priorité ; le temps qu'ils avaient à accorder à un stagiaire relève plus de la politesse qu'à temps nécessaire à un apprentissage. Pour preuve nous n'avons pas eu toutes les informations nécessaires suite aux questionnaires de recherche adressés au personnel.

Au Dispensaire

Du fait de la pression du travail à faire, le personnel est indisponible pour nous donner plus d'information sur la vie du service. Aussi cette pression du travail rend certains nerveux ; ce qui impacte négativement sur la qualité de l'accueil accordé aux patients. Une autre difficulté à laquelle nous avons été confrontés est la réticence du personnel à nous donner certaines informations. Il existe de même une lourdeur dans la procédure du remplissage des fiches liées également à l'influence au niveau de ce service surtout les lundis et les week-ends.

Au service de psychologie

La salle réservée au service de psychologie est à l'usage rotatif avec d'autres agents du centre, ce qui perturbe les activités du service de psychologie ; Aussi le chef du service est souvent indisponible en raison de certaines tâches qui lui incombent à l'extérieur de la clinique.

Autres difficultés

Au cours de notre stage, nous avions pu constater que loin de ce que l'on apprend à l'université où l'on prône la nécessité de l'existence d'une demande chez le sujet en ce qui concerne les soins psychologiques, la réalité du terrain nous renvoie à certaines difficultés.

En effet nombreux sont les patients qui n'ont pas de demande réelle et tout le travail du psychologue serait de faire éclore cette prise de conscience de la nécessité d'une réflexion sur soi. On voit beaucoup de patients qui trainent derrière eux des parcours de vie difficiles et qui sont inscrits dans une répétition d'évènements traumatiques, sans qu'ils puissent faire le moindre lien et sortir d'un engrenage installé depuis des années. *C'est l'exemple de cette jeune fille S venue en consultation. Au cours de la thérapie elle avait pour exercice de fouiller son inconscient pour en faire ressortir un évènement qui l'a marqué. Nous avions pu voir toute l'émotion qu'elle dégageait, le temps qu'elle a mis avant de répondre, de nous dire que le mariage de ses parents l'avait vraiment touché au point où elle leur en voulait mais surtout à sa maman. Elle explique que ni ses frères et elles n'avaient été associés aux préparatifs et que ce qui lui avait fait le plus mal était que ses cousines en étaient informés et que même le jour du mariage elles étaient habillées aux couleurs de la fête ; et elle conclut : « oui ça m'a vraiment fait mal ».*Elle avait gardé cela dans son cœur pendant deux ans sans en avoir parlé à quelqu'un et en parler a été un exercice très douloureux pour elle puisqu'elle avait enfouie cela au plus profond de son inconscient et se voir face à cela lui a fait couler des larmes

Par ailleurs le psychologue est souvent l'un des derniers maillons de la chaîne rencontrée par le patient, après toute l'armée de médecins, d'infirmiers et même de psychiatres, qui se soient occupés de son problème d'ordre somatique d'une part, mais aussi symptomatique en ce qui concerne la psychiatrie ou plutôt sur le versant du DSM IV.

DSM IV : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux

CHAPITRE III : CADRE CONCEPTUEL ET METHODOLOGIQUE

3-1 PROBLEMATIQUE, OBJECTIF DE L'ETUDE, HYPOTHESE

3-1-1 PROBLEMATIQUE

L'être humain, à l'instar d'autres créatures, est paradoxal car bien que le rapport de force l'habite, il ressent aussi la nécessité de trouver un autre mode de relation à autrui. Pour Spinoza (1660-1663) l'homme a en lui ce qu'il appelle le *conatus* qui désigne l'effort par lequel chaque chose pour autant qu'elle soit en elle, s'efforce de persévérer dans son être. Or quand le conatus devient conscient de soi, il s'appelle *désir*. Conatus et désir correspondent à l'affirmation de notre être. (Alquié, 1998). Mais les désirs humains peuvent être modifiés par l'intervention de causes extérieures. Ces causes extérieures trouvent leurs origines généralement dans les diverses relations interpersonnelles dans lesquelles l'on se lie.

Dans la vie ordinaire, en effet, l'homme, être social, se trouve constamment en train de nouer des relations. Que ce soit avec sa famille, ses amis, ou simples compagnons de travail ou de jeux, la relation entretenue impacte toujours la vie de l'humain. Le formidable défi lancé à l'humain chaque fois qu'il est en relation est de savoir s'il va se laisser dominer par l'autre, par la force ou s'il va être capable de le respecter sur la base de sa différence.

D'un autre côté, la relation, pour être sérieuse et bénéfique exige certaines qualités comme la disponibilité, l'amour de l'écoute. (Bouhelier, Gibo et Previtali, 2014) Ces exigences sont encore plus importantes dans le domaine médical où le soignant est appelé à agir sur son soigné. Lorsqu'elles sont absentes, la frustration du patient en est une des conséquences probables. Or plusieurs facteurs dans le monde du travail sanitaire ne favorisent que très faiblement le développement de telles dispositions nécessaires à la réussite du soin, surtout lorsqu'il s'agit de cas de maux appelant un traitement psychique ou psychologique. Il urge donc de creuser le phénomène pour mieux l'appréhender en vue d'y trouver des moyens-remèdes capables d'aider un tant soit peu à le pallier.

3-1-2 CHOIX ET INTERET DU SUJET

Le choix de ce sujet a été motivé par la situation de frustrations existant dans la relation de soins dans nos hôpitaux et qui peut avoir un impact sur la qualité des soins. Or, de

nombreuses études de par le monde apportent des informations sur le problème et ses conséquences mais au Bénin, très peu d'études ont été menées sur ce sujet.

Ainsi aucun travail publié sur la frustration en milieu hospitalier n'est disponible à la Bibliothèque Universitaire d'Abomey-Calavi ni dans celle de la Faculté des Sciences de la Santé (FSS). Signalons qu'il y a beaucoup de publications sur le stress et ses conséquences, le burn-out etc....

Au total la problématique de la frustration autour de la relation de soins et son impact sur la qualité de celle-ci apparait comme un champ d'investigation peu prospecté au Bénin, mais qui ne manque pas d'intérêt**.**

L'intérêt donc de ce sujet est double :

- Sur le plan théorique, cette étude va permettre de mieux appréhender la frustration et ses impacts sous ses angles les plus pertinents en milieu hospitalier
- Sur le plan pratique, les résultats de ce sujet pourront être appropriés par les professionnels en vue d'améliorer la qualité des soins dans les structures sanitaires de la place.

Il convient donc de se demander l'effet réel de la frustration dans la relation soignant-soigné. Mais avant, quelques interrogations sont nécessaires : quels sont les fondements de la frustration dans le cadre de la relation soignant-soigné ? Comment se manifeste-t-elle dans le quotidien des soins ? Ces différentes interrogations renferment notre objectif général et les objectifs spécifiques.

3-1-3 OBJECTIF GENERAL

L'objectif général de ce travail est de montrer l'impact de la frustration sur la relation de soins

3-1-4 OBJECTIFS SPECIFIQUES

Cet objectif général est décliné en trois objectifs spécifiques. Il s'agit de :

- Identifier les sources de frustrations chez le patient et chez le soignant
- Décrire les manifestations de la frustration chez le patient et chez le soignant
- Montrer l'impact de la frustration sur la relation soignant-soigné

Pour répondre à la question de recherche posée, des hypothèses ont été formulées

3-1-5 HYPOTHESES DE RECHERCHE

- Les sources de frustration aussi bien des soignants que des patients sont nombreuses, qu'il s'agisse des relations interpersonnelles, de l'accueil, du temps d'attente, de l'incivilité, de la qualité du soin.

-La frustration se manifeste sous plusieurs aspects chez les soignants comme chez les patients allant du repli sur soi, de l'agressivité, du découragement, à la perte du goût du travail

- la frustration dans la relation a un impact sur le psychisme du patient et du soignant et donc sur la qualité du soin.

3-1-6 CLARIFICATION CONCEPTUELLE

Cette rubrique comporte la définition des concepts comme : « relation soignant-soigné », « soigner » et « frustration »

a- La relation soignant-soigné

Dans le cadre de notre futur exercice en tant que psychologue, la relation que nous partagerons au quotidien avec les patients est communément appelée « relation soignant-soigné ». Par ce travail nous nous sommes donc intéressés à son sens.

D'après le dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers, elle se définit comme un lien existant entre deux personnes de statut différent, ici, la personne soignée et le personnel de santé (Potier, 2002).

Cela nous amène à étudier chacun d'eux. D'après le LAROUSSE le **soignant** est une : « personne qui donne des soins à quelqu'un. ». Le soigné est donc celui auquel l'action de soigner est appliqué par le soignant. Mais qu'est-ce que soigner ?

Soigner c'est : administrer des soins médicaux, ou encore traiter (Potier, 2002).

Plus précisément soigner c'est : « mettre en œuvre des gestes thérapeutiques ou administrer des traitements dans le but de guérir ou soulager une maladie ou de restaurer des fonctions vitales, relationnelles ou psychiques altérées » (Potier, 2002).

Ainsi Madame X, la responsable du service de la vaccination confirme cette définition lorsqu'elle affirme : « soigner c'est prendre soin de l'autre …… tu soignes le patient dans toute son entièreté, son coté physique, psychologique, tu l'écoutes … »

Nous avions constaté une petite hésitation à donner une définition chaque fois que la question : « soigner, c'est quoi pour vous » est posée à un agent. Ainsi chez un autre agent par exemple, la réponse au début était : « ah, soigner c'est quoi ? ….. Je peux dire que c'est très général… »

Ce témoignage nous confirme que soigner est un tout mais aussi un terme vaste et complexe à définir. Il ne s'agit pas simplement d'administrer des soins sur prescriptions médicales ; c'est aussi prendre en compte au quotidien, le ressenti du patient face à sa prise en charge. Le soignant et le patient deviennent étroitement liés par cette relation omniprésente. D'ailleurs pour Alexandre Manoukian et Anne Masseubeuf, à en croire Ranasinghe (2012), « tout acte, tout geste technique ou de confort se situe au sein d'une relation soignant-soigné. Être en relation n'exige pas nécessairement un temps particulier pendant lequel nous aurions le loisir de discuter »

b- Définition de la relation

La relation est l'un des concepts-clés de notre sujet. Sa clarification importe donc pour l'intelligibilité de nos réflexions.

Le terme "relation" vient étymologiquement du latin *relatio* qui signifie "rapport". La relation peut être comprise donc comme un lien qui met en rapport une personne à une autre.

A en croire Ranasinghe (2012, p.8) pour Alexandre Manoukian, « *une relation est une rencontre entre deux personnes au moins, c'est à dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires* ». Manoukian évoque d'autres facteurs intervenant dans l'établissement d'une relation. Il s'agit des :

- facteurs psychologiques
- facteurs sociaux
- facteurs physiques

Comme l'a commenté Ranasinghe, on peut déduire de cette définition de Manoukian que la relation n'est pas fixe ou statique ; elle varie en fonction de différents facteurs que nous ne pouvons contrôler. C'est pourquoi l'auteur complète qu'« *au-delà de la relation entre deux personnes, c'est son contexte qui permet à chacun de déduire un sens* » (Manoukian, 2008, pp. 9-10). La relation dépend donc de la personnalité de chaque individu et du contexte dans lequel elle naît (environnement, circonstances, type de maladie etc.) (Ranasinghe, 2012).

c- Définition frustration

D'après le Larousse la frustration vient du latin frustratio-onis et elle est l'action de frustrer quelqu'un, c'est aussi l'état de quelqu'un qui est frustré, empêché d'atteindre un but ou de réaliser un désir.

3-2 REVUE DE LITTERATURE ET METHODOLOGIE DE RECHERCHE

Ce travail n'est certes pas le premier du genre. En effet, il existe des travaux menés et publiés par d'autres auteurs.

Toutefois ces études ne parlent pas tous les mêmes langages car, chaque chercheur y a donné ses orientations et y a développé sa vision de la question de la frustration, de la relation et du soin. Quelques-uns de ces travaux sont très intéressants. Il s'agit de ceux d'Alexandre Manoukian et Anne Masseubeuf (2009), de Rosenzweig cité par Pichot et Danjon (1966) et de Dollard, Miller et al. (1939).

3-2-1 REVUE DE LITTERATURE

A) Les différents types de relations

La relation soignant-soigné se distingue en trois types. La première, dite la relation de « **civilité** », consiste à adopter un comportement agréable pour ainsi mettre en place une certaine convivialité.

La seconde, appelée « **fonctionnelle** », est comme son nom l'indique, mise en place dans le but d'amener la personne à communiquer des informations pertinentes pour sa prise en charge.

Enfin, le troisième type de relation est la « **relation d'aide** ». Celle-ci a pour but d'apporter du soutien au patient dans les moments qui lui semblent difficiles, grâce à une écoute active et une attitude empathique, c'est-à-dire, une attitude qui conduit à percevoir ce que ressent la personne et à comprendre ce qu'elle vit de l'intérieur.

- **Facteurs influençant la relation**

Au fil de nos entretiens, nous avons constaté que la relation soignant-soigné dépendait tout d'abord de la disponibilité de chacun de ces acteurs. Par ailleurs, selon les propos du Dr Catherine DESHAYS repris par Ranasinghe (2012, p.8-9) dans son mémoire de fin de

formation : « là où il y a relation, il y a du risque. Quel risque ? Celui d'être affecté, touché, et de perdre la clairvoyance d'un raisonnement rationnel. » C'est bien de là que naissent souvent les frustrations.

B) THÉORIE GÉNÉRALE DE LA FRUSTRATION

Le consensus n'est pas entièrement fait sur le nombre exact de théories relatives à la frustration. En effet, plusieurs chiffres sont avancés. Ainsi, Villerbu (1981) estime à quatre le nombre des théories majeures concernant la frustration. Il s'agit de la théorie de Rosenzweig, celle de Dollard, Miller et al., celle de Lewin, Barker et Dembo, et finalement celle de Maier. Mais près de deux décennies plus tôt, Lawson et Marx (1958) en répertoriaient beaucoup plus. Ils y incluaient quelques théories bifactorielles telles celles de Brown-Farber, Amsel et Child-Waterhouse et quelques théories ·brèves comme celles d'Arsenian, Sargent, Undzey, Sheffield et Campbell, Curtis, et French.

On reconnait à Freud d'avoir été le premier à donner à la frustration un rôle central dans une théorie psychologique, mais les frustrations expérimentales ont cependant peu à voir avec celles qui intéressaient la psychanalyse. Parmi les quatre théories les plus importantes, deux d'entre elles furent abandonnées : celles de Maier (1949, 1956, 1965) et de Barker Dembo et Lewin (1941). La théorie de Maier misait sur l'utilisation d'animaux de laboratoire et laissait croire que· des comportements pouvaient sélectivement être le fruit d'une motivation ou d'une frustration. Elle est tombée en désuétude après d'âpres critiques à son encontre. Lawson et Marx (1958) regrettent toutefois qu'en rejetant l'hypothèse de cet auteur, on ait du même coup abandonné des données expérimentales importantes sur la frustration à l'état sévère. Quant à la théorie de Barker, Dembo et Lewin (1941), abandonnée aussi, elle met en parallèle la frustration et la régression. A croire Lawson et Marx (1958), leur interprétation n'a jamais fait d'unanimité, ce qui explique sans doute le délaissement progressif observé. Aujourd'hui, semblent s'imposer donc deux théories de la frustration suscitant des courants de recherche importants : celles de Rosenzweig et celle de Dollard, Miller et al.

Suivant Rosenzweig : « La théorie de la frustration est un essai de donner une expression concrète au point de vue organismique en psychobiologie. Elle fournit une reformulation de concepts psychanalytiques, tenant compte des possibilités expérimentales. » (Pichot et Danjon, 1966). Suivant cette conception, il existe trois niveaux de défense psychobiologique de l'organisme :

a) Le niveau cellulaire ou immunologique : reposant sur l'action des phagocytes, des anticorps, de la peau, etc., il concerne essentiellement la défense de l'organisme contre les agents infectieux.

b) Le niveau autonome ou d'urgence : suivant les conceptions de CANNON, il concerne la défense de l'organisme dans son ensemble contre des agressions physiques générales. Au point de vue psychologique, le niveau autonome correspond à la peur, à la douleur et à la « rage ».

c) Le niveau supérieur, cortical, ou de défense du moi, défend la personnalité contre les agressions psychologiques.

C'est ce niveau que concerne essentiellement la théorie de la frustration. Il faut cependant noter qu'au sens large, la théorie de la frustration recouvre les trois niveaux, et que ceux-ci se complètent. Comme exemple, Rosenzweig indique que la série d'états psychologiques : douleur-peur-anxiété, bien que parallèle aux trois niveaux, présente avec ceux-ci des chevauchements, la douleur correspondant à la fois au premier et au second, la peur au second et au troisième, l'anxiété en principe uniquement au troisième.

Il existe une frustration toutes les fois que l'organisme rencontre un obstacle ou une obstruction plus ou moins insurmontable sur la route qui le conduit à la satisfaction d'un besoin vital quelconque. On appelle « stress » la situation stimulus constituant cet obstacle. L'atteinte de l'organisme correspondant à ce stress peut être conçue comme une augmentation de tension.

On distingue deux types de frustration :

a) Frustration primaire, ou privation : elle est caractérisée par la tension et l'insatisfaction subjectives dues à l'absence de la situation finale nécessaire à l'apaisement d'un besoin actif. La faim causée par un long intervalle écoulé depuis le dernier repas en est une illustration simple.

b) Frustration secondaire : elle est caractérisée par la présence d'obstacles ou d'obstructions sur la route conduisant à la satisfaction d'un besoin.

Comme on le voit, c'est essentiellement à la frustration secondaire que s'applique la définition de la frustration donnée plus haut. C'est sur elle qu'ont porté jusqu'à présent les recherches, et c'est à son exploration que s'attache le Test de Rosenzweig. Pour reprendre l'exemple déjà donné, on dira qu'il y a frustration secondaire si l'individu ayant faim est empêché de prendre son repas parce qu'il est retardé par un visiteur importun. Dans ce cas, ce visiteur constitue le stress. Il est à remarquer que l'absence d'une classification satisfaisante des différents besoins

ne constitue pas un obstacle à l'étude de la frustration. Rosenzweig admet même que c'est probablement de l'étude des réactions à la frustration que pourra sortir ultérieurement une base de classification de ces besoins (cf. Pichot et Danjon,1966).

La frustration, comme conflit intérieur, peut entraîner un manque de confiance en soi. Elle réveille des émotions telles que l'impatience, la colère ou la tristesse. Plus grave, elle peut mener à la dépression. Devenue une obsession, elle ne permet plus à l'individu de mener une réflexion claire. Mais pour le psychanalyste Freud, la frustration trouverait toute son utilité à l'épanouissement de l'individu. Elle serait à l'origine des plaisirs, et susciterait ainsi le désir.

Elle peut se manifester par quelques états psychologiques tels que la déception, la dépression, la colère etc.....(Hounkpe-dos santos,2007)

*La déception

Le fait d'être trompé dans ses espérances, dans ses attentes. Elle se caractérise par la tristesse ou la mélancolie qui, répétée dans le temps, conduit à la dépression.

*La dépression

Selon le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM IV), le trouble de l'humeur le plus courant est la dépression. Elle se caractérise par la tristesse ou la mélancolie, une perte d'intérêt, des changements au niveau de l'appétit et du sommeil, la fatigue, les sentiments d'inutilités ainsi que des pensées et des tentatives suicidaires

La frustration place l'individu dans l'attente de la réalisation de quelque chose qui ne se fera pas. Elle est toujours provoquée par quelqu'un ou par quelque chose. Elle est une perception d'une injustice qui s'accompagne souvent d'un droit de « rancunes » à l'encontre de ceux qui sont considérés comme responsables de la victimisation.

La frustration n'est rien d'autre qu'un mélange de colère et de déception. C'est un sentiment inconfortable généré par l'écart que l'on perçoit entre le désir de ce que l'on veut et la réalité de ce que l'on obtient, plus l'écart est élevé plus la frustration est grande. C'est aussi le fait de considérer pour acquises les attentes que vous aviez au départ de votre action ou de votre désir, d'où l'équation :

$$\text{FRUSTRATION} = \frac{ATTENTES}{REALITE} \times ILLUSION\ DU\ CONTROLE$$

Source: intolérance à la frustration : mère de tous les maux

3-2-2 : QUELQUES PERSPECTIVES

Dans cette sous-partie au regard de la description sus donnée du phénomène de la frustration : nous ferons un bref exposé indiquant la nécessité d'une tolérance à la frustration.

En effet, la tolérance à la frustration s'impose à l'homme considérant la nature de phénomène naturel et ''normal'' de la frustration qui souvent échappe au sujet frustré. Cette tolérance peut être comprise comme l'aptitude d'un individu à supporter une frustration sans perte de son adaptation psychobiologique, c'est-à-dire sans faire appel à des modes de réponses inadéquates. Cette conception est à rapprocher de la notion d'« énergie adaptative » de SELYE.

Le concept de tolérance à la frustration doit être également rapproché de deux principes psychanalytiques :

- Le principe du plaisir et de la réalité

  Chez l'enfant très jeune le principe du plaisir, immédiate de tout désir. Petit à petit, l'individu prend contact avec la réalité et son comportement tient compte aussi bien des conséquences lointaines possibles que de la satisfaction immédiate. Cette notion essentielle de l'aptitude à retarder la satisfaction est impliquée dans le concept de tolérance à la frustration.

- Le principe de faiblesse du moi

  Le principe du plaisir est en jeu, du point de vue psychanalytique, lorsque le sujet adopte des réactions inadéquates de défense du moi, car ces réactions sont des moyens de protéger la personnalité du déplaisir associé à la frustration. Dans la mesure où seul un moi faible a besoin de se défendre par des méthodes aussi inadéquates, le concept analytique de faiblesse du moi apparaît évidemment en rapport avec la notion de tolérance à la frustration.

Le concept de tolérance à la frustration a, sur les deux concepts psychanalytiques précédents, deux avantages : tout d'abord, il peut s'exprimer sous forme quantitative. D'autre part, il implique l'existence de différences individuelles en ce qui concerne certains seuils de tolérance à la frustration. Ces seuils peuvent être envisagés d'une part suivant la gravité du stress (il existe

pour chaque sujet une zone comprise entre deux intensités de stress, dans laquelle la réponse du sujet à la frustration est adéquate) ; d'autre part, on peut admettre l'existence de différences dans le degré de tolérance à la frustration suivant les différents aspects de la même personnalité. Ces zones de basse tolérance à la frustration correspondraient aux « complexes » de la doctrine psychanalytique. Les sujets névrotiques et psychotiques seraient, de ce point de vue, des sujets ayant des zones de basse tolérance nombreuses, et éventuellement se recouvrant les unes les autres, alors quel sujet normal bien portant serait caractérisé par un haut degré général de tolérance à la frustration ? Cette aptitude à la tolérance à la frustration implique évidemment l'existence d'un processus inhibitoire, puisque, ainsi que nous l'avons indiqué, la frustration est accompagnée d'une augmentation de tension, et la satisfaction d'une décharge de tension. L'inhibition à la base de la tolérance à la frustration dépendrait d'une aptitude à soutenir cette tension et à éviter une décharge de cette tension. Il est à noter que le concept de tolérance à la frustration a des implications dans la sphère intellectuelle. De la même façon que, dans la sphère affective, la tolérance à la frustration implique la capacité à refuser une satisfaction immédiate, de même dans la sphère intellectuelle, suivant HUNT, la pensée symbolique ou abstraite impliquerait l'aptitude de l'organisme à retenir certaines impressions après que le stimulus ait été enlevé, et à répondre de façon sélective après un certain délai. C'est par ce moyen que la pensée peut s'élever du plan concret immédiat au plan abstrait symbolique ou conceptuel. Dans les deux cas, il y a une certaine aptitude à la réponse non immédiate. Cette aptitude, dans les deux cas d'ailleurs, se développe avec la maturation. Dans cette perspective, l'œuvre de GOLDSTEIN pourrait facilement être intégrée. La régression, chez le malade, à un niveau concret de réponse, l'apparition d'une réaction catastrophique, sont facilement envisagées sous cet angle.

Les déterminants de la tolérance à la frustration sont encore mal connus. S. ROSENZWEIG suggère la participation de deux types de facteurs :

- Facteurs somatiques, tenant aux différences individuelles, innées, et correspondantes à des variations nerveuses, endocriniennes, etc. Il est probable que ces facteurs somatiques sont, pour une large part, constitutionnelle et héréditaire. Il faut d'ailleurs y ajouter des éléments somatiques acquis qui peuvent, de toute évidence, jouer un rôle (fatigue, maladie physique par exemple).
- Facteurs psychologiques génétiques. Ils sont mal précisés, mais leur rôle est indiscutable. Il est certain que l'absence de toute frustration dans la première enfance rend le sujet plus tard incapable de répondre à une frustration de façon adéquate. D'autre part, une frustration

excessive peut créer des zones de basse tolérance, car l'enfant, à cause de son immaturité, est contraint de réagir de façon inadéquate par des réactions de défense du moi qui inhiberont son développement ultérieur. Enfin, la conception de la tolérance à la frustration peut avoir des conséquences thérapeutiques. Une psychothérapie basée sur cette théorie aurait pour but de rééduquer cette tolérance à la frustration. Nous nous contentons de citer cet aspect qui a été développé, d'autre part, par S. ROSENZWEIG.

3-2-3 Méthodologie de recherche

Cette étude est réalisée avec des méthodes descriptives et analytiques, et en utilisant des techniques variées : enquêtes par questionnaire, entretien libre et analyse documentaire pour la collecte des données ; analyse de contenu pour le traitement des données et l'exploitation des résultats.

La population d'étude est composée de deux parties : le personnel soignant de la Polyclinique coopérative d'Abomey-Calavi d'une part et les usagers de cette clinique d'autre part. Et comme l'étude exige l'approche par échantillon, il est retenu pour les enquêtes 31 agents représentant le ¼ du personnel soignant toutes catégories confondues et 80 patients tirés de façon aléatoire pendant notre stage à la polyclinique.

CHAPITRE IV : RESULTATS ET DISCUSSIONS

4-1 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

Dans ce chapitre sont présentés et analysés les résultats des différentes investigations menées au cours de cette recherche

4-2 : ANALYSE DES DONNES RECUEILLIS SUIVANT LES HYPOTHESES DE RECHERCHE

Les résultats de cette rubrique concernent les données recueillies sur les différentes hypothèses

- Hypothèse 1

Les sources de frustration aussi bien des soignants que des patients sont nombreuses, qu'il s'agisse des relations interpersonnelles de l'accueil du temps d'attente de l'incivilité de la qualité du soin.

Ces sources de frustration sont mesurées à travers les tableaux suivants

TABLEAU 1 : données selon que les soignants sont frustrés à causes des remontrances des supérieurs

Reponses	Effectifs	Pourcentage (%)
Quelques fois	08	25.80
Souvent	18	58.07
Rarement	05	16.13
Jamais	00	00
TOTAL	31	100

Au vu de ce tableau, 58.07% des soignants affirment qu'ils sont fréquemment frustrés à causes des reproches, 25.80% le sont souvent pour la même raison, et 16.13% disent qu'ils le sont rarement.

TABLEAU 2 : résultats selon que les patients sont satisfaits du temps mis pendant l'attente du soignant

Reponses	Effectifs	Pourcentage (%)
Long	47	58.75
Moyen	21	26.25
Court	12	15
TOTAL	80	100

Ce tableau montre que 58.75% des patients ne sont pas satisfaits du temps mis pour être reçu par le soignant, 26.25% des patients trouvent que le temps d'attente est moyen et 15% des patients estiment court le temps d'attente.

TABLEAU 3 : le manque de temps au niveau des soignants pour accomplir toutes tâches

Réponses	Effectifs	Pourcentage (%)
Suffisant	08	25.80
Insuffisant	23	74.20
TOTAL	31	100

Partant de ce tableau, 25.80% des soignants estiment que le temps qu'ils ont pour s'occuper des patients est suffisant tandis que pour 74.20% des soignants ce temps est assez insuffisant.

TABLEAU 4 : données selon que les patients qualifient l'accueil

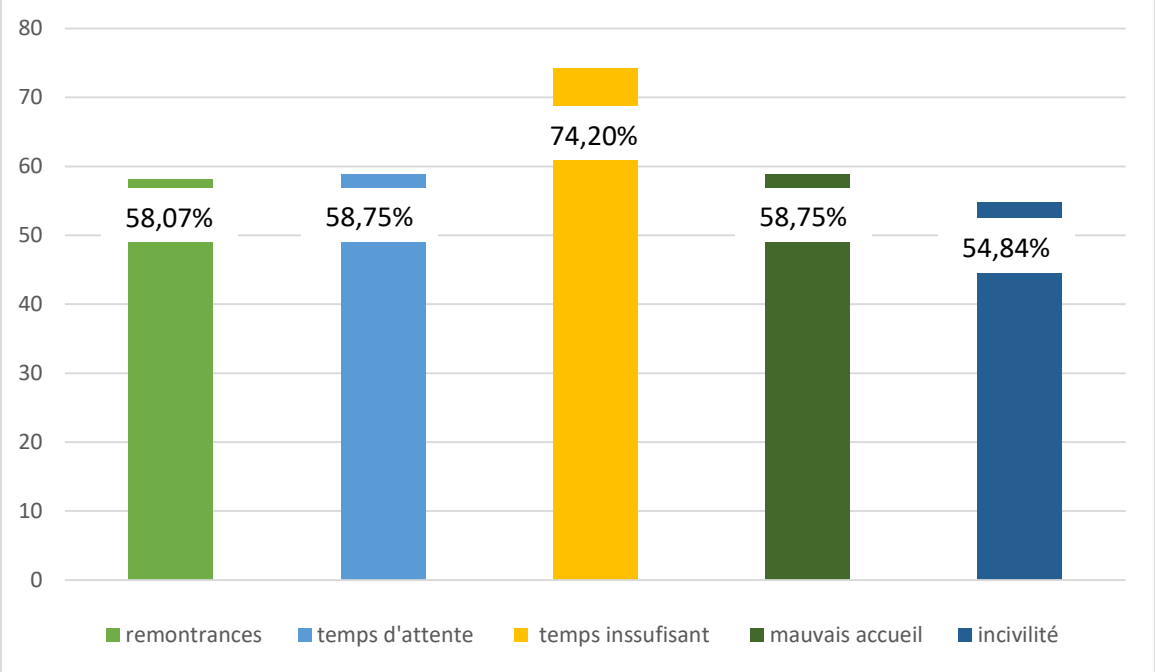
Réponses	Effectifs	Pourcentage (%)
Bon	12	15
Moyen	21	26.25
Mauvais	47	58.75
TOTAL	80	100

Ce tableau montre que 58.75% des malades trouvent que l'accueil est mauvais, 26.25% trouvent l'accueil moyen et que 15% pensent que l'accueil est bon.

TABLEAU 5 : données selon que les soignants sont victimes d'incivilités

Réponses	Effectifs	Pourcentage (%)
Très souvent	17	54.84
Souvent	9	29.03
Rarement	5	16.13
TOTAL	31	100

Ce tableau révèle que 54.84% des soignants sont très souvent victimes d'incivilités, 29.03% le sont souvent et 16.13% le sont rarement.



Graphique 1 : Source de frustration

Source : données d'enquête Mai 2015

Le graphique 1 présente les sources de frustration ainsi bien des soignants que des soignées. De sa lecture on relève que 58,07% des soignants sont frustrés à cause des remontrances des supérieurs, 54,84% à cause de l'incivilité des patients et 74,20% sont frustrés du temps insuffisant dont t'ils disposent pour faire leurs travailles. On voit aussi que 58,75% des soignés

sont frustré à cause du temps d'attente et du mauvais accueil. Passons aux deux dernières hypothèses.

- Hypothèse 2

  La frustration se manifeste sous plusieurs aspects chez les soignants comme chez les patients allant du repli sur soi, de l'agressivité du découragement à la perte du goût du travail.

- Hypothèse 3

  La frustration dans la relation a un impact sur le psychisme du patient et du soignant et donc sur la qualité du soin

Tableau VI : Manifestation et impact de la frustration chez le soignant

Avez-vous été agressé verbalement ?	Oui	64,84%
	Non	35,16%
Avez-vous été agressé physiquement ?	Oui	0%
	Non	100%
Sentez-vous de la colère lorsque cela arrive ?	Oui	84%
	Non	16%
Etes-vous découragé?	Oui	58,07%
	Non	42,03%
Cela vous empêche-t-il de continuer le travail ?	Oui	16%
	Non	84%

Le tableau VI présente les manifestations et l'impact de la frustration chez les soignants. De ce tableau, il ressort que 64,84% affirment qu'ils ont été agressés verbalement par les soignées mais jamais de façon physique. On remarque que 84% se mettent en colère quand ils sont frustrés et 58,07% se sentent découragés, mais malgré ce découragement 84% de ceux-ci ne délaissent pas le travail comparativement à 16% qui disent perdre le goût du travail et ainsi se replient sur eux-mêmes.

Tableau VII : Manifestations et impacts de la frustration chez le patient

Avez-vous été victime de violence verbale ?	Rarement	41,75%
	Très souvent	58,25%
Que ressentez-vous quand le temps d'attente est long ?	Colère	58,75%
	Frustration	26,25%
	Deception	15%
Avez-vous observé de la colère ou un mal être chez un soignant ?	Oui	54,84%
	Non	45,16%
Comment qualifiez-vous le travail du soignant dans un état de colère ou de mal être ?	Bien	0%
	Mauvais	100%

Source : données d'enquête 2015 Mai

Le tableau VII vérifie également les hypothèses 2 et 3, il démontre que 58,25% des patients ont été victimes des violences verbales et lorsque le temps d'attente est long ils éprouvent de la colère, 26,25% disent se sentir frustrées et 15% disent être déçus dans leurs attentes. Également les patients affirment avoir observé quelque fois de la colère ou un sentiment de mal être chez le soignant et lorsque cela arrive, ils trouvent le travail mauvais.

4-2-DISCUSSIONS ET SUGGESTIONS

L'analyse des réponses fourni aussi bien par les soignants que par les soignées dans le cadre de la présente recherche montre bien que les soignants et les soignées ressentent de la frustration dans la relation qu'ils entretiennent. En effet il ressort des enquêtes que la plupart des soignants sont frustrées à cause des remontrances qui leurs sont faites par leurs supérieurs

4-2-1- VERIFICATION DES HYPOTHESES

La vérification de nos hypothèses se présente comme suit :

L'hypothèse numéro 1 stipule que « les sources de frustration aussi bien des soignants que des patients sont nombreuses, qu'ils s'agissent des relations interpersonnelles de l'accueil du temps d'attente de l'incivilité de la qualité du soin etc. ».

Et justement, la plupart des personnes questionnées estiment qu'elles sont frustrées à cause des remontrances, du temps d'attente, du temps insuffisant pour bien faire le travail, du mauvais accueil et de l'incivilité.

Les hypothèses numéro 2 et 3 sont énoncées comme suit :

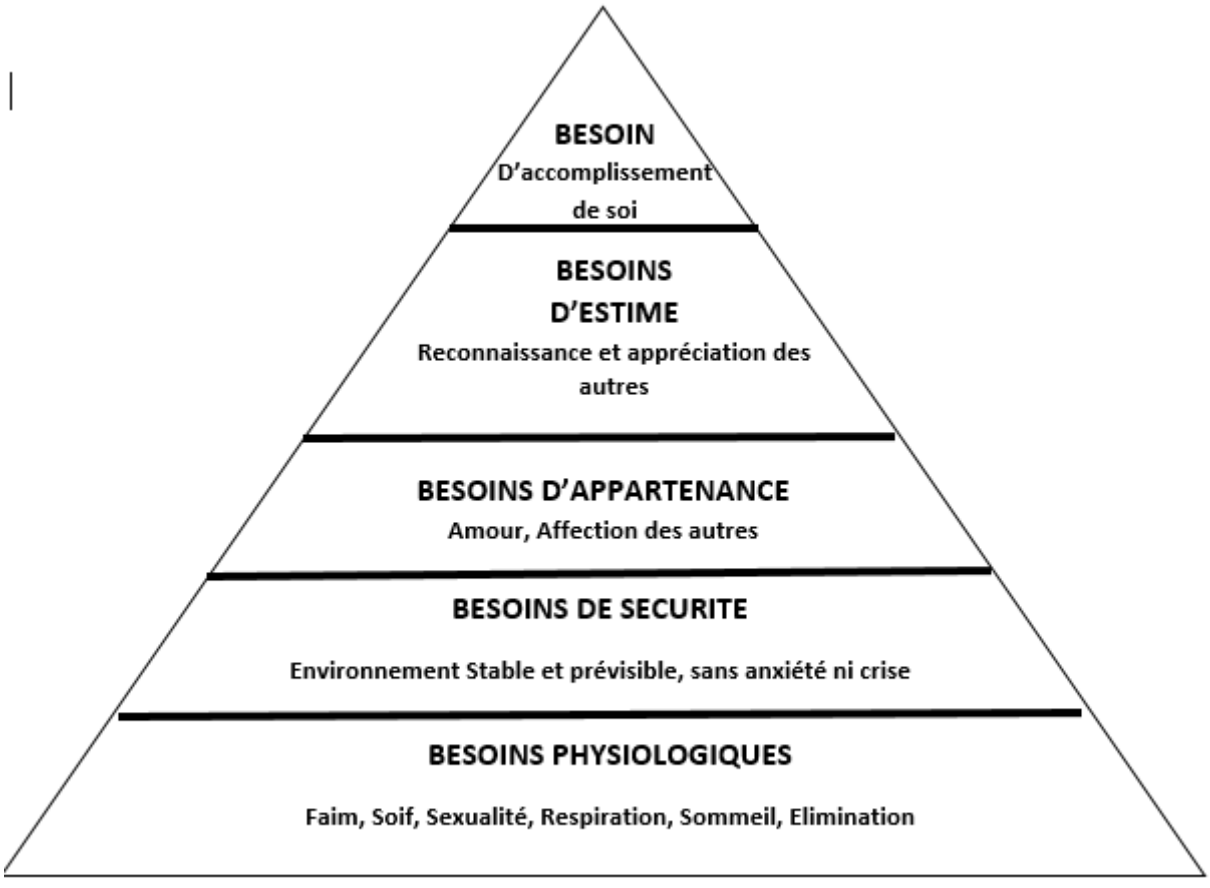
- Hypothèse 2

  La frustration se manifeste sous plusieurs aspects chez les soignants comme chez les patients allant du repli sur soi, de l'agressivité du découragement à la perte du goût du travail.

- Hypothèse 3

  La frustration dans la relation a un impact sur le psychisme du patient et du soignant et donc sur la qualité du soin

Etant donc un état d'insatisfaction provoqué par le sentiment de n'avoir pu réaliser un désir, le mot clé entre relation-frustration est donc : « mon identité » et cela nous renvoie à l'échelle des besoins de Maslow (1950) à savoir les besoins physiologiques, de sécurité, d'appartenance, d'estime de soi et du besoin de se réaliser.....



Echelle des besoins de Maslow

On retrouve dans cette catégorie, des besoins matériels (manger, boire ...etc..), des besoins physiques, primaires et des besoins psychologiques (besoins d'être en sécurité, d'être reconnu, estimé, le besoin d'être aimé et de s'accomplir...)

Et donc avant d'entrer dans la relation soignant-soigné, l'un des acteurs se dit : « puisque je suis le soigné j'ai droit par exemple au respect, à l'écoute, et à une solution rapide pour un mieux-être » et l'autre acteur dans sa position de soignant trouve qu'il mérite d'avoir tout le respect de son soigné, qu'il mérite qu'on le laisse faire son travail comme il le pense...Mais lorsque les deux acteurs entrent dans la relation et qu'ils n'ont pas ce à quoi ils s'attendaient, ils entrent dans un mélange de surprise et de colère. De là naissent des interrogations intérieures ou extérieures telles que : Comment est-ce qu'il peut oser se comporter ainsi ? Etant un agent de santé ? est-ce qu'il sait qui je suis ? A-t-il oublié que je suis un soignant ?

Mais au-delà d'une éducation ou d'une prise de conscience de la tolérance à la frustration, n'y-a-t-il pas un problème de base à régler ? C'est bien ce que semble révéler les données recueillies dans le cadre de cette recherche. Il y a en effet des frustrations gratuites et même illégitimes qui sont observées très souvent : c'est le cas de celles liées à l'impatience du patient en attente d'être reçu par son soignant ou à l'incivilité des patients. En ce qui concerne le premier cas, il faut noter l'égoïsme subtil du patient qui ne pense plus à la satisfaction des besoins de l'autre (il s'agit surtout du patient qui bénéficie déjà des soins de son médecin allongeant involontairement par-là le temps d'attente des autres). Car très souvent, si c'est sur soi-même que le médecin ou un autre soignant prend tout son temps, on ne pense pas aux autres en attente, mais on tient à rester autant que nécessaire avec le soignant à qui on pose parfois des questions inopportunes. Bref, le temps ne semble long que pour celui qui est en attente. Et ce temps long devrait être favorablement accueilli par le patient en attente pensant au bien de l'autre. Evidemment, il pourrait arriver des cas où légitimement, le patient en attente ne pourrait pas supporter ce temps d'attente ; mais dans ces cas, il lui suffirait d'aborder un autre membre du personnel soignant qui saura faire ce qui urge dans ces conditions. Le patient ne devrait donc pas s'attendre à ce qu'on libère vite les autres afin de s'occuper de lui. Il n'y a pas un créneau réglementaire pour recevoir un patient, à chaque patient sa durée du temps. Et en dehors du motif de réception d'un patient, le soignant peut avoir d'autres motifs légitimes indépendants de sa volonté qui fassent durer le temps d'attente du patient. Ce dernier devrait faire confiance aux soignant dont le devoir est de se consacrer à lui sans tarder mais dès que les conditions minimales sont réunies.

Pour ce qui est de l'incivilité de certains patients, tout soignant devrait s'y attendre. La psychologie du malade est telle qu'il s'attend à tout miracle urgent pour sa libération. S'il n'en a pas eu droit, il exprime sa déception de mille manières au nombre desquelles figurent l'incivilité. Et aussi, le défaut d'éducation peut conduire à de telles attitudes d'incivilité que le soignant est appelé à dépasser et ne pas en faire un problème. S'il s'agit d'une agression physique, chose rare, les moyens nécessaires et adéquats existent aussi. La frustration n'est pas la solution.

Cela est à intégrer dans le système de santé. Car, la polyclinique coopérative d'Abomey-Calavi, comme tout hôpital, s'est donnée comme vision de construire avec sa clientèle une relation professionnelle dans la perspective du projet de soin. Ce rapport intervient dans cette compétence du fait qu'il est nécessaire dans une relation soignant-soigné que le soignant sache communiquer, guider, soutenir et accompagner le patient durant son hospitalisation et ses soins. La frustration influencera ses actes car un soignant frustré ne peut aider convenablement ; il entretiendra avec ses patients une sècheresse relationnelle ; il n'est ainsi pas possible de construire une relation de confiance entre les deux. La frustration du soignant rend difficile l'accompagnement du soigné car il est pénible de soutenir d'autre personnes si nous même nous ne nous sentons pas bien. D'un autre point de vue, il faudrait savoir qu'un soignant change de comportement quand il est frustré, par exemple, il devient irritable ou évite de rester trop longtemps avec ses patients. Dès lors l'on pourrait se poser les questions suivantes :

-Est-ce que quelqu'un de l'équipe soignante a perçue ces changements de comportement ?

-Est-ce que quelqu'un a discuté avec ce soignant ?

-Les erreurs professionnelles ne sont-elles pas dues à un trop plein de frustration accumulée ?

Il faudra donc une sensibilisation dans ce sens

La frustration est multiple pathogène ; elle est liée à un problème émotionnel.

Compte tenu de sa complexité et de son impact sur la relation soignant-soigné il importe que des actions préventives soit menées.

- Mise en place d'un groupe de parole dans les services

Le but des groupes de parole est de réunir les soignants d'un service désireux de s'exprimer sur une situation et de permettre un temps d'échange. Chacun a droit à la parole ; ainsi une souffrance ou une colère qui est exprimée pèsera beaucoup moins sur la personne.

- Action de formation
  - Il s'agit de donner une formation personnelle aux soignants sur comment aborder les thèmes comme la frustration (composante, manifestation), la souffrance, la maladie, la mort, l'épuisement professionnel, la gestion du temps, les techniques de relaxation afin de leur donner les outils de travail.
  - Impliquer un psychologue qui de par ses attributs est à même d'accompagner les soignants dans la gestion de leurs vies professionnelles. Le psychologue pourrait leur faire une psychothérapie basée sur la théorie de la frustration de ROSENZWEIG afin de rééduquer leur tolérance à la frustration.

CONCLUSION GENERALE

En conclusion, la relation soignant-soigné est une relation dépendante d'un processus d'idéalisation réciproque qu'entretient un soignant avec son soigné : le patient idéalise le médecin comme connaisseur et expert ; le médecin idéalise le patient comme celui qui répondra à la prise en charge qu'il préconise. Dans ses attentes, le malade s'attend qu'on prenne bien soin de lui, il attend une relation emphatique, un travail interdisciplinaire efficace et le meilleur résultat possible etc. Ces facteurs sont à la base de la satisfaction des patients et de leurs proches ainsi que celle de la satisfaction des professionnels.

De même le soignant est aussi celui-là qui a sa propre personnalité, des qualités et des défauts ; il peut être impatient, de mauvaise humeur, stressé, déprimé ou malade etc. il est quelqu'un qui a aussi une vie privée et donc en tant qu'être humain qui prend soin des autres il a le droit d'être respecté. Lorsque ces attentes ne sont pas satisfaites, cela suscite des émotions comme la frustration ce qui a comme impact la déception, la colère, l'agressivité, le repli sur soi ce qui ne favorise pas une bonne relation.

L'amélioration de la relation soignant-soigné est utile à la fois pour le médecin confronté à des situations parfois difficiles et conflictuelles, mais aussi pour le patient afin d'accepter une prise en charge parfois contraignante et génératrice d'angoisse.

ANNEXES

Tableau comportant tous les membres du personnel de la polyclinique coopérative d'Abomey-calavi

N°	DESIGNATIONS	NOMBRE
01	Médecins permanents	04
02	Médecins prestataires	07
03	Médecins collaborateurs externs	10
04	Bio technologists	06
05	Sages-femmes	04
06	Psychologue	01
07	Assistant social	01
08	Infirmiers diplômés d'Etat	07
09	Chargées d'appui	43
10	Stagiaires en formation	40
11	Comptabilité	01
12	Gardiennage et entretien	04
Effectif total		128

TRAME D'ENTRETIEN POUR LE PERSONNEL SOIGNANT

Thème : La frustration autour de la relation de soin : cas de la polyclinique coopérative d'Abomey-Calavi

Déterminants sociaux :

- Age
- Situation familiale (marié(e)) ?
- Enfants
- Loisirs
- Homme/femme
- Depuis quelle année êtes-vous diplômé ?
- Quel est votre parcours professionnel ?
- Poste occupé actuellement
- Depuis quand êtes-vous dans ce service ?
- Formations suivies en lien avec le thème

Est-ce que vous m'autorisez à enregistrer l'entretien ? Sachez qu'il sera anonyme

La relation soignant-soigné

- Question 1 : Soigner c'est quoi pour vous ?
  Et la relation ?
- Question 2 : Pour vous quels sont les critères de qualité de la relation soignant-soigné ?

Bon accueil Δ disponibilité Δ bonne écoute Δ autre : à préciser.....,.....
.....

- Donnez-nous un exemple dans le cas où la relation soignant-soigné vous a semblé réussie, un autre dans le cas où elle ne vous a pas convenu
- Question 3 : la relation soignant-soigné a-t-elle un impact sur vous ?
- Exemple

- Quelles répercussions ?
- Psychologique, physique, somatique (fatigue, sentiments négatifs, diminution d'énergie…)
- Question 4 : Lors des relèves, l'opinion des membres de l'équipe à propos d'un patient va-t-elle influencer votre future relation soignant-soigné ?
- Donnez-nous des exemples

La frustration

- Question 5 : Que savez-vous de la frustration ?
- Question 6 : Avez-vous déjà vécu une situation lors de laquelle vos émotions vous ont mis en difficultés ? Pourriez-vous nous la décrire
- Question 7 : Qu'avez-vous faite de ces émotions ?
- Exprimées ? oui Δ non Δ Refoulées ? oui Δ non Δ
- Quel(s) impact(s) celles-ci ont eu sur votre prise en soins ?
- Par quels moyens avez-vous dépassés ces émotions ? (Et l'équipe ?)

Question 8 : la critique du personnel soignant vous fruste-t-elle ?

Question 9 : Pour vous est-il important de reconnaître sa frustration ?

Question 10 : faites-vous part de vos frustrations en équipe ?

- Si oui, y a-t-il un contexte favorable à cela ? (Un environnement, un état d'esprit, disponibilité, organisation du service, temps inter-équipe…)

Question 11 : Quel est le contenu des échanges au sein de l'équipe ?

- Y a-t-il des soignants qui font part de leur ressenti ?

Est-ce que l'équipe intervient lorsque vous vous sentez en difficultés ??

- De quelle manière ?

Question 11-1 : avez-vous déjà reçu une formation dans cet espace concernant les stratégies de gestion de la frustration ?

A- OUI B- NON

Si oui, de quel type était cette formation ? Spécifiez

……
……
……
……
……
……
……
……

11-2 : Ailleurs que dans votre fonction.

A- OUI B- NON

Si oui, de quel type était cette formation ? Spécifiez

……
……
……
……
……
……
……
……

Question 12 : si l'on vous offrait une formation sur la gestion de la frustration, quelles seraient vos attentes ? Encerclez autant de choix que vous le désirez.

- Gestion du temps (apprendre à gérer mon temps, à être plus efficient, etc.)

- Formation de groupe de support entre agent de santé avec échanges et conférences
- Méditation
- Formation de groupes d'activités physique (hors de l'hôpital)
- Cours sur ce qu'est la frustration (composante, manifestations)
- Stratégies de gestion de la frustration
- Techniques de relaxation
- Techniques de massage, sophrologie
- Autres. Spécifiez

……
……
……
……
……
……
……
……

Question 13 : Selon vous, de quelle(s) façon(s) devrait (aient) être dispensée(s) cette ou ces formations

°Incluse dans le cours académique ?

° Comme formation en cours d'emploi ?

° Les deux ?

° Formation personnelle ?

° Autres. Spécifiez

L'entretien est à présent terminé. Souhaiteriez-vous apporter d'autres informations sur le sujet qui est la frustration autour de la relation de soins.

BIBLIOGRAPHIE

- Alquié, F. (1998). « Chapitre XVII. Le désir et les sentiments. » Dans F. Alquié, *Le rationalisme de Spinoza* (pp. 279-294). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France, « Épiméthée », 1998, p. 279-294. URL : https://www.cairn.info/--9782130438571-page-279.htm
- Bouhelier E., Gibo E., et Previtali M. (2014), *Les émotions des soignants dans la relation de soins*, Institut de Formation de Professions de Santé, Formation infirmière, 44 chemin du Sanatorium, 25030 Besançon Cedex.
- Dollard, Miller et al. (1939). The hypothesis suggests that the failure to obtain a desired or expected goal leads to aggressive behavior.*Frustration and aggression*, Yale University Press, New Haven, (ISBN 0-313-22201-0).
- Doron R. et Parot F.(Dir.) (2011), *Dictionnaire de psychologie* ; Puf, Paris.
- Gahou domonhedo L. T. (2013), *Evaluation des facteurs de stress en milieu hospitalier : cas du personnel de l'HOMEL de Cotonou*, mémoire UAC/FFS.
- Ghiglione et Jean-François R. (1994), *Cours de psychologie 3. Champs et théories*, Dunod.
- Hounkpe-dos santos, B. (2007), *Etude du stress chez les agents de santé de deux centres hospitaliers du Bénin*, Certificat d'études spéciales de santé au travail, UAC/FFS.
- Lefebvre B., Poirot M. (2015), *Stress et risques psycho-sociaux au travail : comprendre-prévenir-intervenir*, Elsevier Masson.
- Manoukian A., Massebeuf, A.(2008), La relation soignant-Soigné 3e édition. Lamarre. France.
- Pichot P. et Danjon S. (1966), *Manuel test de frustration de Rosenzweig ;* édition du centre de psychologie appliquée du Square Jouvenet, Paris.
- Ranasinghe A. I. (2012), *La juste distance dans la relation soignant-soigné,* mémoire de fin d'étude.
- de Scoraille C., Brosseau O., Vitry G. (2017), *Quand le travail fait mal : une clinique de la relation pour soigner les maux du travail*, Dunod.
- Sehoueto T. H. E. (2020)*, Respect de l'égalité des peuples et préservation de la diversité des cultures à partir de race et histoire de Claude Lévi-Strauss,* Mémoire de licence en philosophie, Université Catholique de l'Afrique de l'Ouest (UCAO), Institut Jean Paul II de philosophie et des sciences humaines, Département de philosophie.

- SAVI A. (2021), *Relations interpersonnelles et professionnelles à l'UAC : quelques sources de frustrations au sein du personnel administratif, technique et de service*, Mémoire de fin de formation en psychologie du travail et des organisations (LP/PTO)

TABLE DES MATIERES

Table des matières

DEDICACES 2
REMERCIEMENTS 3
LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHES 4
RESUME 5
INTRODUCTION 7
CHAPITRE I : CADRE INSTITUTIONNEL DE L'ETUDE 9
1-1 : PRESENTATION GENERALE DE LA POLYCLINIQUE COOPERATIVE 9
Paragraphe 1 : historique, objectifs et organisation de la structure 9
I- Historique 9
II- Objectifs 9
III- Organisation structurelle de l'entreprise et environnement de la polyclinique coopérative 9
1-Organe de décision : le Conseil d'Administration (CA) 10
2- Organe consultatif : Comité de surveillance 10
Paragraphe 2 : Environnement et ressource de fonctionnement de la polyclinique coopérative 10
I-2 ENVIRONNEMENT DE LA POLYCLINIQUE 10
II- Ressources de fonctionnement de la polyclinique coopérative 11
CHAPITRE II : DEROULEMENT DU STAGE ET REFLEXION CRITIQUE 12
2.1 DEROULEMENT DU STAGE 12
a) Objectif du stage 12
b- Par rapport aux patients 12
C) Travaux effectués à la Polyclinique Coopérative d'Abomey-Calavi 13
2-2 : **LES DIFFICULTES RENCONTREES** 14
CHAPITRE III : CADRE CONCEPTUEL ET METHODOLOGIQUE 17
3-1 PROBLEMATIQUE, OBJECTIF DE L'ETUDE, HYPOTHESE 17
3-1-2 CHOIX ET INTERET DU SUJET 17
3-1-3 OBJECTIF GENERAL 18
3-1-5 HYPOTHESES DE RECHERCHE 19
3-1-6 CLARIFICATION CONCEPTUELLE 19
a- La relation soignant-soigné *19*
b- Définition de la relation *20*
c- Définition frustration *21*
3-2 REVUE DE LITTERATURE ET METHODOLOGIE DE RECHERCHE 21
3-2-1 REVUE DE LITTERATURE 21

A) Les différents types de relations 21
B) THÉORIE GÉNÉRALE DE LA FRUSTRATION 22
3-2-2 : QUELQUES PERSPECTIVES 25
3-2-3 Méthodologie de recherche *27*
CHAPITRE IV : RESULTATS ET DISCUSSIONS 28
4-1 : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS 28
4-2-DISCUSSIONS ET SUGGESTIONS 32
4-2-1- VERIFICATION DES HYPOTHESES 32
CONCLUSION GENERALE 37
ANNEXES 38
BIBLIOGRAPHIE 43
TABLE DES MATIERES *45*