



UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

(UAC)



FACULTE DES LETTRES, ARTS ET SCIENCES HUMAINES
(FLASH)

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE ET DES SCIENCES DE L'EDUCATION
(DPSE)

OPTION : **Psychologie Clinique**

MEMOIRE DE MAITRÎSE

SUJET

**IMPORTANCE D'UNE UNITE DE PSYCHOLOGIE EN
INSTITUTION HOSPITALIERE : CAS DE L'HÔPITAL
DE ZONE DE MÈNONTIN**

PRESENTE PAR :

SALANON Jean-Chrysostome

SOUS LA DIRECTION DE :

DAH-LOKONON BODEHOU Gbènoukpo

Maître-Assistant (CAMES) des Universités

Composition du Jury

Président : Dr de CHACUS Sylvie

Examineur : Dr Ferdinand BOTON

Rapporteur : Dr DAH-LOKONON B. Gbènoukpo

Mention : Très-Bien

Soutenu, le 17 Octobre 2014

La santé mentale, c'est "l'aptitude du psychisme à fonctionner de façon harmonieuse, agréable et efficace lorsque les circonstances le permettent, à faire face avec souplesse aux situations difficiles et à rétablir après l'épreuve, son équilibre" (J. Sutter : 1989)

DEDICACE

A Dieu le Père Tout Puissant !

Je te dis merci pour tes bienfaits.

Seigneur, tu es ma force et mon refuge

Merci pour ta présence dans ma vie.

A toi la gloire !

A mon feu père Honoré SALANON.

Ce travail est le goût du travail bien fait, de l'esprit d'endurance et de persévérance que tu t'es efforcé à nous donner.

Qu'il soit une prémisse de tes récompenses méritées.

A ma mère Léocadie DOSSOU dont l'amour et le soutien indéfectibles m'apaisent. Je ne pourrai jamais prétendre un jour compenser toutes les peines, les sacrifices et les privations que tu t'es imposée pour m'élever et assurer mon éducation.

REMERCIEMENTS

A notre Directeur de mémoire, *Prof.* Dr DAH-LOKONON BODEHOU Gbènoukpo, Maître assistant (CAMES) des universités qui a accepté diriger ce travail avec une attention particulière malgré ses multiples préoccupations.

A tous les enseignants du Département de Psychologie et des Sciences de l'Éducation pour les efforts déployés dans le cadre de notre formation.

Aux membres du jury pour le temps consacré afin d'apprécier ce travail.

A mes frères, sœurs et cousins : Béatrice, Blandine, Basilia, Hyacinthe, Fulbert, Pierrette, Arnaud, Félicité, Bernardine, Carin, Aimé, Nicolas SESSOU, Raphaël SOSSOU, Epiphane SOSSOU-COUSSI, Henri Pascal PADONOU ;

Merci à vous tous pour vos encouragements et vos soutiens.

A mon épouse Ursule Calvie ASSOGBA, pour ton soutien indéfectible en toute situation.

A mes enfants : Aude-Myriame, Jean-Damascène H., Juste-Murielle, Gatiane-Marion E.

Merci à vous. Que ce travail vous serve de guide afin que vous puissiez mieux faire.

A Dr Georges Y. OFFRIN, Médecin du travail, Directeur de l'Hôpital de Zone de Mènontin et ses collaborateurs pour leur franche collaboration.

A Dr Sylvestre ABLEY, Médecin en Santé Publique, Ex-Directeur de l'Hôpital, qui nous a permis de faire cette formation.

A tout le personnel de l'Hôpital de Zone de Mènontin, en particulier ceux du service de pédiatrie. Merci pour la collaboration et la bonne complicité.

A tous mes camarades de promotion des quatre années passées ensemble en particulier Jaurès AVOCE, Nicéphore AGUIAR, Eugène DAA-LOKONON, Hospice GODONOU, Edmond KPEKOU, Georges HOUENOU, Patricia SOSSOU, Merci pour tout.

A toutes mes connaissances et à tous ceux qui de près ou de loin ont œuvré pour la réalisation de ce travail, je vous réitère mon amitié et mes sincères remerciements.

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

- AAP** : Association Américaine de Psychiatrie
- AGETUR** : Agence d'Exécution des Travaux Urbains
- AID** : Association Internationale pour le Développement
- AMSM** : Association Médico-sociale de Mènontin
- AMCES** : Association des Œuvres Médicales privés Confessionnelles et Sociales
- ARV** : Anti Rétroviraux
- BM** : Banque Mondiale
- CSM** : Centre de Santé de Mènontin
- CSP** : Catégories Socioprofessionnelles
- CIM-10/ICD-10**: Classification Internationale des Maladies Mentales (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), 10^{ème} édition
- DNSP** : Direction Nationale de la Santé Publique
- DPSE** : Département de Psychologie et des Sciences de l'Education
- DSM-IV** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
(Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux), 4^{ème} édition
- ECG** : Electrocardiogramme
- FLASH** : Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines
- FSS** : Faculté des Sciences de la Santé
- GRH** : Gestion des Ressources Humaines
- HM = HZM** : Hôpital de Mènontin ou Hôpital de Zone de Mènontin
- HZ** : Hôpital de Zone
- INSAE** : Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique
- MSP** : Ministère de la Santé Publique
- MISD** : Ministère de l'Intérieur de la Sécurité et de la Décentralisation
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

ONU	: Organisation des Nations Unies
ORL	: Oto-rhino-laryngologie
PAE	: Programmes d'Aides aux Employés
PAS	: Programme d'Ajustement Structurel
PDC	: Plan de Développement Communal
PDNLCMTN	: Plan Directeur National de Lutte Contre les Maladies Tropicales Négligées
PEV	: Programme Elargie de Vaccination
PMI	: Programme Maternel et Infantile
PRGU	: Programme de Réhabilitation et de Gestion Urbaine
PV/VIH	: Personnes Vivantes avec le Virus d'Immunodéficience
Psy	: Psychologue
RGPH4	: 4 ^{ème} Recensement Général de la Population et de l'Habitation
UAC	: Université d'Abomey-Calavi
UNICEF	: Organisation des Nations Unies pour l'Enfance
TCC	: Thérapies Cognitivo-Comportementalistes
TETU	: Tri – Evaluation – Traitement des Urgences

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Répartition des agents par sexe et par catégorie socioprofessionnelle	35
Tableau 2	Résumé de la recherche documentaire	38
Tableau 3	Synthétique des cibles	39
Tableau 4	Données relatives aux facteurs négatifs de l'environnement de travail	57
Tableau 5	Facteurs négatifs présents dans le milieu de travail	58
Tableau 6	Données liées à l'orientation et à la prise en charge ou non des travailleurs atteints de troubles psychologiques	60
Tableau 7	Relatif à l'existence ou non d'une unité de prévention des troubles psychiques	60
Tableau 8	Consultation traditionnelle du signe de A. Clément	69
Tableau 9	Résumé du niveau de connaissance du Psychologue à l'hôpital	70

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique I	Gestion des cas de troubles psychiques en milieu de travail	61
Graphique II	Estimation de la connaissance du rôle du Psychologue par les soignants et personnes ressources à l'Hôpital	70
Graphique III	Estimation de la connaissance du rôle du Psychologue par les patients et les parents à l'Hôpital	71

LISTE DES CAS CLINIQUES

Cas clinique 1	A. Clément	62
Cas clinique 2	BB HOUEDAN	65

SOMMAIRE

INTRODUCTION			9
CHAPITRE	I	CONSIDERATIONS THEORIQUES	11
	1.1.	Problématique et Justification du sujet	11
	1.2.	Clarification de quelques concepts	14
	1.3.	Revue de la littérature	22
CHAPITRE	II	CADRE DE L'ETUDE ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE	29
	2.1.	Cadre de l'étude	29
	2.2.	Présentation de l'Hôpital de Mènonin	30
	2.3.	Démarche méthodologique	38
CHAPITRE	III	DE LA RECONNAISSANCE ET DE L'IMPORTANCE DU PSYCHOLOGUE EN MILIEU HOSPITALIER	44
	3.1.	Reconnaissance des statuts de l'HZM et du Psychologue en institution hospitalière	44
	3.2.	Des conditions de travail du personnel soignant de l'HZM	57
	3.3.	Expressions des demandes à l'HZM	62
	3.4.	Niveau de connaissance du rôle du Psychologue à l'HZM	69
CHAPITRE	IV	COMMENTAIRE ET DISCUSSION	72
	4.1.	De la nécessité de la prise en compte du statut de l'HZM	72
	4.2.	Des constatations concluantes	78
	4.3.	Suggestions	81
CONCLUSION			84
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES			86
ANNEXES			89
TABLES DES MATIERES			97

INTRODUCTION

Chaque jour, beaucoup de gens dans le monde voient leur existence perturbée, raccourcie ou gâchée par différentes maladies, aussi bien transmissibles que non. Le problème de santé et du bien être de l'homme demeure toujours préoccupant, surtout dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Partout sur le continent africain, comme au Bénin par exemple, l'homme est confronté quotidiennement à toutes formes de pathologies susceptibles de provoquer un plus grand nombre de maladies chroniques, d'incapacités majeures et de décès (OMS, 2004). Il faut alors penser guérir, soigner et prendre en charge les malades qui, en tout cas, fréquentent les institutions hospitalières ; car ces lieux constituent par excellence les meilleurs cadres de soins et de suivis de toutes formes de pathologies (Fua, 2002).

Aussi faut-il souligner la problématique du dualisme corps-esprit qui, sans vouloir retracer les grandes lignes des débats philosophiques en ce domaine, attire notre attention sur les deux grandes dimensions de l'homme dans sa fonctionnalité, aussi bien "normale" que pathologique : le soma (corps) et le psukhê (esprit/psychique). Nous osons penser que toute maladie somatique (du corps) engendre, nécessairement d'une manière ou d'une autre, une certaine forme de malaise psychique ; ceci pour dire que à côté d'un traitement somatique de la maladie, il faut prévoir ou penser en même temps une prise en charge ou un suivi psychologique du patient. À l'hôpital, la plupart des patients ne bénéficient que d'un traitement somatique du point de vue biomédical (Zohoungbogbo et Zoumènou, 2008). Aussi, faudrait-il que le personnel ait surtout un suivi psychologique adéquat afin que le patient soit bien accueilli et pris en charge, car un adage populaire fon stipule que « *Egnon nû mi an whé non non kpoo a* » traduisant le fait que "Deux malades ne peuvent rester ensemble et s'entraider".

Par ailleurs, pour une prise en charge adéquate de la personne malade, l'idéal serait pourtant d'apporter au patient un appui ou un soutien psychologique, là où déjà la personne est perturbée pour la simple raison d'être malade, surtout dans le cas de certaines maladies, les maladies chroniques par exemple. Un décalage de plus en plus grand s'observe alors entre la demande des patients et l'offre des soins.

Notons alors que malgré le besoin parfois “inaperçu” d’une prise en charge psychologique, les patients sont exclusivement traités du point de vue biomédical. Ceci pose un certain nombre de problèmes à savoir : La prise en charge du vécu psychologique des patients traités dans les centres hospitaliers, et le profil des spécialistes traitant ces besoins ou vécus psychologiques des patients (Brenot, 2007).

En outre, le caractère décevant et fragmentaire des recherches étiopathogéniques et du traitement des maladies, contraignaient les spécialistes à divers niveaux à élaborer le concept d’une prise en charge intégrée. Mais souvent, le psychologue en tant que personne ressource, devant être chargé de la prise en charge et du suivi psychologique des patients dans l’équipe multidisciplinaire requise pour ce travail, est à peine envisagé au cours du traitement de ces derniers (Delobbe, 2009).

Le but de ce travail, est de montrer l’importance de l’existence d’une unité d’accompagnement psychologique des patients et pourquoi pas des soignants dans les institutions hospitalières.

Dans notre démarche, nous avons procédé d’abord à l’élaboration du cadre théorique et méthodologique à travers lequel nous évoquons le problème qui sous-tend cette étude et présentons quelques aspects conceptuels et théoriques en rapport avec l’exercice du Psychologue Clinicien en milieu hospitalier. Notre méthodologie repose essentiellement sur l’analyse de contenu d’extraits de discours des patients et des soignants. Ensuite, après une brève présentation du cadre d’étude, nous présenterons les résultats de la recherche, suivies de leur analyse et de leur discussion.

CHAPITRE I: CONSIDERATIONS THEORIQUES

1.1. Problématique et Justification du sujet

La santé mentale, c'est "l'aptitude du psychisme à fonctionner de façon harmonieuse, agréable et efficace lorsque les circonstances le permettent, à faire face avec souplesse aux situations difficiles et à rétablir après l'épreuve, son équilibre" (Sutter, 1989). Et selon l'Organisation Mondiale de la Santé, elle est « un état complet de bien-être, physique, mental et social, et pas simplement l'absence de maladie ou de handicap » (OMS, 1946).

« La santé est un bien précieux ; elle n'a pas de prix et est au-dessus de tout ». C'est une expression que l'on retrouverait dans toutes les civilisations du monde et qui confirme le dicton selon lequel "la santé avant tout" ; car elle est une richesse inestimable. La prise en charge des problèmes de santé, le traitement, la guérison des patients sont assurés par l'ensemble des institutions hospitalières, lesquelles institutions disposent relativement de divers et multiples services de soins.

Au Bénin, contrairement à certains pays comme le Canada, les Etats-Unis, la France, etc., la prise en charge globale d'une pathologie, est une donnée nouvelle pour les agents de santé. Ceci implique que la prise en charge des problèmes psychologiques des patients n'est pas suffisamment perceptible dans les pratiques du ministère de la santé. 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).

Ainsi, ce sont les prestataires de soins dans les services de prise en charge qui sont les seules références du patient. En effet, à chaque consultation, les prestataires de soins se mettent en relation avec la subjectivité des patients. L'entretien clinique permet aux patients de se vider et de se ressourcer pour un nouvel envol dans la course au rétablissement de leurs équilibres physique et mental perturbés. Cette réalité de la relation d'aide contraste avec le nombre insuffisant ou quasi inexistant de prestataires de prise en charge psychologique de ces patients dont le nombre ne cesse de croître (Ba

et al, 2004).

La plupart du temps, la demande initiale du patient est une demande de guérison, qui renvoie à son désir ou son refus de retrouver un état de santé « comme avant ». C'est de ce côté là que le médecin est interpellé par le patient : « il faut que cela cesse », le médecin est investi dans sa position de toute puissance, s'adressant à un autre supposé savoir sur la guérison. Il fait l'objet de demandes incessantes, mais celles-ci ne reflètent pas toujours le désir du patient. Que veut-il alors le patient ? N'est-ce pas un état de santé dans toutes ses dimensions ? Quelle place réserve t-on donc au vécu mental ou psychologique du patient ?

Le physique et le mental ou le psychologique de l'homme étant toujours en interaction ou interdépendance, nous osons penser qu'une affection somatique est aussi susceptible d'engendrer des malaises psychiques et vice versa. 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 » (Bruchon-Schweitzer, 2002). Pour Ahyi (2005), 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 ». Le groupe SHEPELL (2005) a démontré dans leur recherche que 68% des sujets cliniquement déprimés mais non hospitalisés, sont atteints au moins d'une maladie (migraine, dysfonctionnement neuroendocrinien, maladies respiratoires, diabète, cancer, maladies cardiovasculaires, surtout l'hypertension artérielle,...). Par surcroît, selon l'OMS, d'ici 2020, la dépression consistera la 2^{ème} grande maladie de la planète après les maladies cardio-vasculaires.

A côté de l'offre de soins du médecin, l'écoute du Psychologue clinicien semble avoir une incidence sur l'engagement ou non de certains de ces patients dans leur prise en charge, après une (ou des) rencontre(s) en consultation et l'expression d'une souffrance, d'une douleur morale. Ce sont des temps où il se trouve convoqué au cœur du malaise subjectif. La particularité de ces rencontres cliniques avec certains sujets amènent à faire des offres de parole, à inviter des sujets à revenir en consultations. Il appartient alors à chacun de s'en saisir ou non.

Pour le Psychologue clinicien, la dimension de l'altérité est à préserver. Il offre son écoute à celui qu'il reçoit. Il s'agit ici d'un acte qui préserve à l'autre sa place de sujet de son propre discours. L'autre est écouté dans le respect de tout ce qui l'anime, sans jugement moral, dans toutes ses différences, et non dans un but de normalisation. Il offre à l'autre la possibilité d'en dire quelque chose, soutenant par là sa question de sujet, son désir. Ainsi, ce qui se profile, est la possibilité d'articuler une offre propre de soins au centre de la douleur qui se décale d'une réponse médicale radicale, dans une logique de «faire disparaître la douleur » et une autre offre, un lieu d'adresse, à un sujet confronté à une « déshumanisation». C'est sa parole « qui permet au sujet d'approcher de sa vérité, (...). Cette parole une fois dite, le sujet n'est plus pareil, il s'en trouve transformé. Elle conduit le sujet à reconnaître un désir qui le concerne » (Dah-Lokonon, 2007).

Le Psychologue clinicien a «une» place dans l'institution hospitalière, celle qui lui est faite et celle qu'il se fait, j'ai «une» place au centre de la douleur et j'ai à faire «ma»place auprès d'une équipe multidisciplinaire. Elle est toujours à travailler (Askenazy, 2004).

De surcroit, la fréquentation au Centre attendu uniquement du quartier Mènontin s'est vu multiplié par x en 20ans ; créant ainsi une surexploitation du Centre et un surpeuplement démographique. De 2.000 - 3.000 patients en moyenne par an, l'Hôpital reçoit en moyenne par an de nos jours, 60.000 patients.

Dans un contexte où la prise en charge du malade doit être global et complet aujourd'hui, prenant en compte aussi bien la dimension corps que le vécu psychologique, de l'intervention en médecine générale et en psychiatrie, il est fondamental d'évaluer et de promouvoir **l'importance du Psychologue Clinicien en institution hospitalière : comme à l'hôpital de zone de Mènontin par exemple ;** qui constitue le cadre de cette étude.

1.1.1. Hypothèses

- **Hypothèse générale**

Cette recherche vise à mettre en exergue le besoin inassouvi d'un soutien psychologique en milieu hospitalier.

Comme hypothèses spécifiques, nous notons :

- 1.* A l'hôpital de Zone de Mènontin, s'observent des besoins psychologiques qui doivent être pris en compte.
- 2.* Les patients et même les soignants sont sous informés ou ignorent l'utilité d'une intervention psychologique en institution hospitalière.
- 3.* Une unité de psychologie est indispensable dans le dispositif de prise en charge des patients et du suivi psychologique du personnel.

1.1.2. Objectifs

- **Objectif général**

Cette étude vise comme objectif général de promouvoir la place d'une unité d'accompagnement psychologique des patients et du personnel soignant dans les centres hospitaliers.

- **Objectifs spécifiques**

- 1.* Identifier les besoins d'accompagnement psychologiques ;
- 2.* Indiquer les besoins du personnel en soins psychologiques ;
- 3.* Montrer les contributions d'un service psychologique aux patients et au personnel.

1.2. Clarification de quelques concepts

1.2.1. Institution hospitalière

L'hôpital est un lieu familier à tous, mais son fonctionnement, les règles qui gouvernent cette institution sont mal connues (Logozo, 2011). C'est que l'hôpital a de multiples missions et de nombreux visages : centres de référence des techniques médicales, lieu de recherche et d'enseignement ou encore espace de prévention et d'éducation à la santé, il est aussi l'hôtel qui accueille des patients toute l'année, une entreprise au personnel nombreux dont les fonctions et statuts sont variés, un bâtiment civil aux normes d'hygiène et de sécurité innombrables, une institution, ouverte 24 heures sur 24, accueillant toutes les détrences... Alors que la réforme des systèmes de santé se met en place peu à peu, cet ouvrage nous invite à comprendre l'organisation des institutions hospitalières et les enjeux sociaux, économiques, politiques, scientifiques et techniques mais aussi éthiques qui s'y rattachent (Kervasdoue, 2011).

Les institutions hospitalières sont des ensembles stratifiés et diversifiés de professionnels de la santé en termes de compétences, d'actions et de perspectives (Maillard, 2004). Certes, l'objet principal de préoccupation reste le malade, son état et son devenir, mais la multiplicité des interventions pose des questions non négligeables sur « qui détient le pouvoir, l'autorité, la compétence ? » dans tel ou tel domaine, et sur les différentes manières de les exercer, pour que cet ensemble hospitalier ou institutionnel, en apparence disparate, puisse tenir et n'en faire qu'un, afin de garantir l'efficacité de la mission qui est la sienne, c'est-à-dire celle des soins (Cox, 2004).

1.2.2. Unité de Psychologie

L'unité d'investigation psychologique est une unité qui propose des examens psychologiques sous la responsabilité de spécialistes en psychologie clinique ou de spécialistes en neuropsychologie (Ghiglione, 1998). Il y est effectué plus particulièrement :

- des investigations de la personnalité (capacités cognitives) ;
- des évaluations de l'efficacité intellectuelle ;
- consultations de couple, ou familiales ;
- consultations pour les proches du patient ;
- consultations "mémoire" (Psychologue ou neuropsychologue) ;
- consultations d'aide au sevrage tabagique et de l'alcool, assurée par un médecin addictologue et une infirmière spécialisée ;
- consultations pré et post opératoire ;
- consultations de la femme enceinte, de la femme en travail d'accouchement, du post-partum ;
- les psychothérapies de soutien ;
- les TCC (thérapies cognitivo-comportementales) ;
- la sophrologie ;
- les PIP (psychothérapies d'inspiration psychanalytique)
- des enfants souffrant de divers troubles psychiques ;
- des porteurs PV/VIH
- test psychotechnique lors des recrutements, etc.

Les investigations psychologiques nécessitent 1 à 3 séances (au moins) et font l'objet d'un rapport détaillé à l'intention du médecin traitant.

En termes d'offre, ces investigations peuvent être proposées dans le cadre de bilans ou de suivis médicaux par des psychologues. Les rendez-vous sont pris par le médecin ou le collaborateur en charge du patient. En fonction des questions posées par la situation, le psychologue décide alors du type d'examen à effectuer, ainsi que des techniques utilisées. Puis après diagnostic, le psychologue propose des :

- traitements psychologiques ;
- thérapies individuelle pour adolescent(e)s et adultes ;
- thérapies de couple ;
- thérapies enfants et famille ;
- évaluations psychologique et diagnostic, etc.

Le psychologue soutient l'équipe soignante dans son investissement relationnel des patients. Ce soutien peut être individuel ou groupal. Cette activité nécessite une banalisation dans l'équipe du rôle du Psychologue ainsi qu'une relation de confiance qui dépend d'une présence régulière. Les temps d'équipe permettent d'apporter les éclairages nécessaires sur les fonctionnements des patients et des familles. Ces réunions ne peuvent être assimilées à des groupes de paroles, nécessairement animés par un psychologue extérieur à l'équipe. Elles sont des temps de mise en commun des vécus de chacun dans un accompagnement particulier. Un tel positionnement doit permettre de mieux contenir les angoisses internes à l'équipe par une mise en mot et une présence étayante.

Un partenariat quotidien avec les cadres et les médecins est nécessaire. Les patients sont au centre des préoccupations d'un service de soins palliatifs : l'éclairage du psychologue garantit une meilleure adéquation avec leur vécu (Fua, 2002).

1.2.3. Trouble psychologique

« Un trouble psychologique est un dysfonctionnement psychologique 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).

Ainsi, selon le DSM-IV, on peut en effet distinguer qu'un dysfonctionnement psychologique se rapporte à une cassure dans le fonctionnement cognitif, émotionnel et comportemental d'une personne. On peut parler de dysfonctionnement quand la personne éprouve une version « allégée » d'une réaction atypique donnée, sans pour autant satisfaire aux critères définissant le « trouble ». Autrement dit, il est souvent difficile de tracer la limite entre le dysfonctionnement normal et le dysfonctionnement anormal. Mais que la conduite en cause ou le trouble soit associé à de la détresse est un élément important et sans équivoque dans la définition d'un comportement anormal.

Il est, par exemple, normal d'être affligé quand meurt un de nos proches. La condition humaine est ainsi faite que la souffrance et la détresse prennent une part

importante dans notre vie. Mais la notion d'altération est utile, quoique non entièrement satisfaisante. Cette différence illustre bien que la plupart des troubles psychologiques sont simplement l'expression extrême d'émotions, de comportements et de processus cognitifs normaux. Mais le critère du caractère atypique ou inattendu du comportement dans un contexte donné est important mais encore insuffisant pour déterminer l'anormalité. Quelque chose peut être qualifiée d'anormal parce que rare. Nombreux sont ceux dont le comportement dévie considérablement de la moyenne et que nous regardons comme exceptionnellement talentueux ou excentriques. C'est pourquoi « dévier de la norme » ne suffit pas pour définir l'anormalité. Un autre point de vue stipule qu'il y a anormalité lorsqu'une norme comportementale établie par la société est violée, même si un certain nombre de personnes soutiennent cette violation. Cette définition tient compte de l'importance des différences culturelles dans le rapport au trouble mental.

En conclusion, il est difficile de distinguer «le normal» de «l'anormal» (Houts, 2001 ; Clark, 1999 ; Spitzer, 1999 ; Wakefield, 2003).

La définition la plus largement acceptée figurant dans le DSM-IV-TR¹ décrit comme anormaux *«les dysfonctionnements comportementaux, émotionnels ou cognitifs inhabituels dans leur contexte culturel, associés à la détresse personnelle ou à une altération considérable du fonctionnement»*. Cette définition peut s'avérer utile au travers des cultures et sous-cultures dès lors que l'on accorde une attention particulière aux concepts de «fonctionnel» et «dysfonctionnel» (ou non contrôlé) dans une structure socioculturelle donnée. Cela signifie qu'un patient peut présenter quelques symptômes ou caractéristiques d'un trouble (un nombre minimum), mais pas tous et pourtant, satisfaire aux critères du trouble parce que les symptômes qu'il présente correspondent suffisamment au «prototype».

✓ **Qu'entend t-on par stress?**

Selon le Dictionnaire Petit Larousse Illustré (2010), le stress est un ensemble de perturbations biologiques et psychiques provoquées par une agression

¹ DSM-IV-TR est le Texte Révisé du DSM-IV en 2000.

quelconque sur un organisme.

Pour Selye (1962) qui introduit ce terme pour la première fois, le stress est une « réponse non spécifique de l'organisme face à une demande ».

Selon le *Dictionnaire de la Psychologie* (1967)², le stress est un état dans lequel se trouve un organisme menacé de déséquilibre, sous l'action d'agents ou de conditions qui mettent en danger ses mécanismes homéostatiques. Le mot stress désigne, à la fois, l'action de l'agent d'agression et la réaction du corps.

Quant à l'OMS (2004), le stress au travail est l'ensemble des réactions que les employés peuvent avoir lorsqu'ils sont confrontés à des exigences et à des pressions professionnelles ne correspondant pas à leurs connaissances et à leurs capacités qui remettent en cause leur aptitude à y faire face. Le stress peut survenir dans des contextes professionnels très différents, mais il est souvent aggravé lorsque les employés ont le sentiment qu'ils ne sont pas suffisamment soutenus par leurs chefs ou leurs collègues, et lorsqu'ils n'ont pas beaucoup de prise sur leur travail ou sur la façon de s'y prendre pour faire face aux exigences et aux contraintes de celui-ci. Il faut noter qu'il existe souvent une confusion entre la pression ou le défi et le stress, confusion qui est parfois entretenue pour excuser de mauvaises pratiques de gestion.

La pression au travail est inévitable compte tenu des exigences du contexte professionnel actuel. Une pression perçue comme acceptable par l'individu peut même contribuer à entretenir son dynamisme, sa motivation, sa capacité de travail et d'apprentissage, en fonction des ressources disponibles et de ses caractéristiques personnelles. Toutefois, lorsque cette pression devient excessive ou ingérable pour d'autres raisons, elle conduit au stress. Le stress peut porter atteinte à la santé de l'employé et aux performances de l'organisation. Le stress résulte d'un décalage entre les demandes et les pressions exercées sur une personne d'une part, et les connaissances et capacités de cette personne d'autre part. Il remet en cause sa capacité à accomplir son travail. Le stress survient non seulement dans des situations où les pressions professionnelles dépassent les capacités de l'employé, mais aussi lorsque les connaissances et capacités de celui-ci ne sont pas suffisamment utilisées et que cela lui pose un problème (Askenazy, 2004).

² N. Sillamy (1967), *Dictionnaire de la Psychologie*, Paris, Larousse, p.287.

✓ **Dépression**

Selon le *Dictionnaire Petit Larousse Illustré* (2010), la dépression est un état pathologique marqué par une tristesse avec douleur morale, une perte de l'estime de soi, un ralentissement psychomoteur.

Elle³ est un état morbide plus ou moins durable caractérisé par une diminution du tonus et de l'énergie. Anxieux, las, découragé, le sujet déprimé est incapable d'affronter la moindre difficulté. Il ne prend plus aucune initiative, par manque d'intérêt et de volonté; il souffre de son impuissance et a l'impression que ses facultés intellectuelles (attention, mémoire) sont dégradées. Le sentiment d'infériorité qui en résulte augmente encore sa mélancolie. On distingue à côté des états dépressifs constitutionnels, relativement peu nombreux, des dépressions réactionnelles aux difficultés de la vie (conflit envers soi-même ou avec un supérieur hiérarchique par exemple).

Quant au Groupe Shepell⁴, la dépression est classifiée sous les troubles de l'humeur. Le trouble dépressif majeur est le trouble de l'humeur le plus courant. Il se caractérise par la tristesse ou la mélancolie, une perte d'intérêt, des changements au niveau de l'appétit et du sommeil, de la fatigue, un sentiment de culpabilité ou d'inutilité, de la difficulté à se concentrer, ainsi que des pensées et des tentatives suicidaires. La dépression s'accompagne parfois de troubles psychotiques (similaires à la schizophrénie). Le trouble de l'adaptation avec humeur dépressive accompagne des événements psychosociaux spécifiques (par exemple, la perte d'un être cher). Le trouble bipolaire, qui comprend plusieurs sous types, entraîne des sauts d'humeur chroniques allant d'épisodes dépressifs à des épisodes maniaques. Ces derniers se caractérisent par une grande euphorie ou expansivité pouvant entraîner une détresse significative et une altération du fonctionnement social (Scheftner, 1993).

✓ **Anxiété**

L'anxiété est un état émotionnel de tension nerveuse, de peur, fort et souvent

³ N. Sillamy (1967), *Dictionnaire de la Psychologie*, Paris, Larousse, p.92.

⁴ Le Groupe de recherche SHEPELL (2005), les indicateurs de santé mentale en milieu de travail : leur impact selon.

chronique. Selon le *Dictionnaire de la Psychologie* (1967), l'anxiété est un état affectif caractérisé par un sentiment d'insécurité. Souvent employé comme synonyme d'angoisse, ce mot s'en différencie par l'absence de modifications physiologiques (sensation d'étouffement, sueurs, accélération du pouls) qui ne manquent jamais dans l'angoisse. Plusieurs écoles essaient d'expliquer la genèse de l'anxiété selon leurs positions doctrinales. Pour les théoriciens de l'apprentissage, cet état serait une tendance acquise. Selon les psychanalystes, au contraire l'anxiété s'expliquerait par les frustrations de la libido et les interdits du sur-moi, ce serait un signal de danger adressé au moi c'est à dire à la personnalité consciente, qui ainsi prévenu, peut y répondre par des mesures adéquates ou en mobilisant ses mécanismes de défense.

Quant au Groupe de recherche Shepell (2005), les troubles anxieux se répartissent ainsi: les troubles paniques et anxieux, la phobie, le trouble obsessionnel-compulsif et l'état de stress post-traumatique. La première catégorie comprend le trouble d'anxiété généralisée. Les personnes qui en souffrent ressentent une anxiété chronique excessive, s'inquiètent plus souvent qu'autrement et réagissent à la plupart des événements de la vie. Elles peuvent aussi être agitées, fatiguées, irritables et éprouver de la difficulté à se concentrer et à dormir. Le trouble panique entraîne de brèves périodes de peur ou d'appréhension intense souvent marquées par des palpitations, des sueurs, des tremblements, un essoufflement et la peur de mourir. Les personnes qui en souffrent ne cessent de craindre des récives. De ce fait, elles auront tendance à éviter les endroits et les situations d'où il leur semble difficile de s'échapper et qui pourraient provoquer une phobie. La phobie sociale (ou trouble d'anxiété sociale) est caractérisée par une peur irrationnelle persistante et l'évitement des situations sociales. La peur d'agir de façon embarrassante ou humiliante est au cœur même de la phobie sociale. La phobie spécifique est aussi incluse dans les troubles anxieux. Le trouble obsessionnel-compulsif et l'état de stress post traumatique font partie des troubles anxieux. Le premier est caractérisé par des pensées et des impulsions persistantes et incontrôlables. Habituellement, les compulsions prennent beaucoup de temps et nuisent au fonctionnement social et professionnel.

✓ Colère

La colère est un état violent et passager résultant du sentiment d'avoir été agressé ou offensé. Selon le *Dictionnaire de la Psychologie* (2010), la colère est une émotion subite, de tendance agressive, qui se manifeste par une vive animation expressive, gestuelle et verbale, parfois incontrôlable. Elle survient dans des situations de frustration, quand l'individu se révèle incapable de les dominer.

La colère est décrite comme l'exacerbation d'un sentiment d'hostilité habituellement à l'égard d'une personne ou d'une chose perçue comme une menace (Shepell, 2005). L'excitation psychologique, c'est à dire l'activation des systèmes cardiovasculaire, endocrinien, limbique et cérébro-spinal est un élément clé de la colère. Une personne en colère à l'impression d'avoir subi une injustice ou que ses projets ou ses efforts sont contrariés. La colère est adaptative en soi. Son déclenchement puise ses racines dans l'évolution des espèces puisqu'elle permet aux individus de survivre dans un environnement naturel. Pour cette raison, elle ne peut faire l'objet d'un diagnostic. Cependant, il est facile de comprendre comment la colère peut entraîner un comportement dysfonctionnel. Lorsqu'elle n'est pas contrôlée, la colère peut se transformer en agression verbale et physique. La colère est une émotion, alors que l'hostilité et l'agression sont des comportements sciemment axés vers un but (à faire du mal). Un schéma cognitif bien développé peut prédisposer certaines personnes à la colère et à l'agression, ce qui les porte à interpréter ou à réagir de façon excessive à des éléments extérieurs (habituellement sociaux). Une tendance morbide à revenir inlassablement sur une même réflexion contribue à maintenir ces schémas. Les personnes aux prises avec des problèmes de colère ont souvent souffert, tôt dans leur tendre enfance, d'un traumatisme lié au rejet, à l'abandon et à la pauvreté. Le stress professionnel compte parmi les causes circonstancielles de colère et d'agression en milieu de travail.

1.3. Revue de littérature

« *La science n'évolue pas par accumulation de connaissances mais par erreurs rectifiées* », écrivait Bachelard (1934). C'est donc logiquement qu'il a fallu prendre connaissance d'études antérieures sur le même objet d'étude. La question du rôle du psychologue en institution hospitalière a fait l'objet de plusieurs recherches bien ailleurs qu'au Bénin.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définissant la santé mentale en tant qu'« état de bien-être dans lequel l'individu réalise ses propres capacités, peut faire face aux tensions ordinaires de la vie, et est capable de contribuer à sa communauté ». Il n'existe aucune définition officielle de la santé mentale. Il existe différents types de problèmes de santé mentale, dont certains sont communs, comme la dépression et les troubles de l'anxiété, et d'autres non-communs, comme la schizophrénie ou le trouble bipolaire et bien d'autres. Les autorités politiques sanitaires françaises reconnaissent une triple dimension à la santé mentale : *la santé mentale positive* (épanouissement personnel), *la détresse psychologique réactionnelle* (induite par les situations éprouvantes et difficultés existentielles), *les troubles psychiatriques de durée variable et plus ou moins sévères et/ou handicapants*. Ces troubles renvoient à des classifications diagnostiques s'appuyant sur des critères, et à des actions thérapeutiques ciblées.

Durant le milieu du XIX^e siècle, William Sweetzer était le premier à définir clairement le terme "d'hygiène mentale", qui peut être perçu comme étant précurseur des approches contemporaines de la santé mentale. Isaac Ray, l'un des trente fondateurs de l'Association Américaine de Psychiatrie (AAP), détaille la santé mentale comme un art de préserver l'esprit contre les incidents et les influences qui pourraient endommager ou détruire son énergie, sa qualité ou son développement. Une figure importante de l'hygiène mentale, pourrait être Dorothea Dix (1887), une institutrice, qui a tenté d'aider toute sa vie les individus atteints de troubles mentaux, et amener à la lumière du jour les conditions déplorables dans lesquels ils ont été entraînés. Ce mouvement était connu sous le nom de "mouvement d'hygiène mentale". « *Les efforts de Dix ont servi et nombre de patients atteints de troubles mentaux ont été pris en charge, mais cela a malheureusement fait que les patients*

ont reçu moins d'attention et de soin, parce que ces institutions manquaient largement de personnel ».

Ainsi faisant allusion à une expérience de médiation vers la santé, Fiollet-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. Il lui revient alors une action de médiation entre parents et médecins soignants». Elle y fait également remarquer que «13% des personnes ont seulement un besoin momentané d'écoute bien qu'ils 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 ». Cet état de chose 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) 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 entre les bébés et parents. Pour Mouras, la présence d'un Psychologue en situation périnatale permet de montrer qu'en dehors d'une psychologie 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.

Autant, la présence d'un Psychologue clinicien se situe 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 le soulève pour ainsi poser 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 internet, on y 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 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 maladies et de tous les traumatismes qui ont laissé des traces au niveau de son inconscient.

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 de la maladie. 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) 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) assure : qu' « il n'existe pas de dépendance aux 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 étayant combien l'avis du psychologue est important pour éviter les éventuelles conséquences iatrogènes 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 la loi du 20 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). 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 posé que «les psychologues du secteur sanitaire et social exercent les fonctions, conçoivent les méthodes et mettent en œuvre les moyens et techniques correspondants 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).

Dans un milieu de vie, il ne suffit pas seulement d'avoir de quoi s'imposer dans sa spécificité ; il faut se faire une place auprès des premiers occupants. Ainsi, il

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 Psychologique, etc. S'il part d'une équipe pluridisciplinaire, il est un collaborateur à part entière et important des médecins-soignants».

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 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. 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 (Nathan, 1995). Nathan et Hounkpatin (1998) 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 renchérissent pour dire que le soin d'une personne mue dans son sein par les éléments socioculturels de son ethnie passe d'abord par le décoquillage de son dire 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. Ainsi le contexte psychosociologique a une très grande importance dans l'apparition de certains troubles, en particulier, dépressions pouvant conduire au suicide. Whannou (2012) soutient que le stress et la souffrance au travail ou le stress induit par la difficulté à trouver du travail et à la peur de le perdre, le stress lié au vieillissement

dans la solitude, certaines délinquances sexuelles, divers troubles de la sexualité, la non reconnaissance sociale ou l'interdit de certaines formes de sexualité, ou encore divers stress liés au sida, à la stérilité du couple, aux drogues dures, ou le stress induit par une grande précarité et une société où la famille a éclaté, le stress de mineurs en grande difficulté, la perte de repères des mondes virtuels offerts par les jeux vidéo, etc. sont des problèmes parfois nouveaux pour les thérapeutes.

Enfin, un rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (2002) annonce un doublement des cas de démence tous les 20 ans pour les prochaines décennies. Des désordres neuropsychologiques et leurs séquelles et conséquences affecteront environ un milliard de personnes dans le monde, touchant tous les groupes d'âge et toutes les zones géographiques. Et pour l'OMS, ces problèmes iront en s'aggravant durant quelques décennies. Beaucoup de pays en sous-développement doivent en outre aussi faire face à un taux élevé ou en augmentation de maladies affectant le psychisme humain. Même si statistiquement les pauvres, les enfants, les adolescents et les personnes âgées présentent un risque accru, aucun groupe social ou de population n'est immunisé contre ces troubles. Lors de certaines maladies, la douleur physique ajoute ses effets à la souffrance psychique des malades et de leur entourage. Ceci pèse sur les familles et l'entourage, et est mal mesuré, comme les impacts socio-économiques de ces maladies. D'où la prévention éventuelle à travers les Psychologues (clinique qu'organisationnel) s'avérait indispensable à travers toute structure regroupant les Hommes.

CHAPITRE II : CADRE DE L'ETUDE ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE

2.1. Cadre d'étude

Au cours de cet exercice, nous ferons une brève présentation de la ville de Cotonou car c'est dans cette dernière que se trouve l'Hôpital de Mèntonin d'une part, et d'autre part la présentation de l'Hôpital sis à Mèntonin.

2.1.1. Brève présentation de la ville de Cotonou

2.1.1.1. Historique et situation géographique de Cotonou

La ville de Cotonou a été créée en 1830 sur l'initiative du Roi Guézo (illustre roi d'Abomey). Selon l'une des légendes, « Kutonou », signifierait la « Lagune de la mort » en raison de sa situation de carrefour du trafic des esclaves. A la fin du 19^{ème} siècle, Cotonou s'est développée à partir de quelques villages de pêcheurs situés à l'Est et à l'Ouest de la lagune. En 1888, le territoire de la ville a été cédé à la France par le roi d'Abomey ; ce qui eut pour effet l'accélération du processus de son développement. A partir du noyau originel des Toffins, la ville de Cotonou s'est progressivement enrichie de toutes les ethnies du Bénin. Certains quartiers en portent aujourd'hui la marque. Ainsi, Guincomé signifie « sur la terre des populations Guin », venues de Grand-Popo et d'Agoué pour participer à la construction du Wharf de Cotonou. De même, Xwlacodji désigne « la terre des Xwla ».

Aujourd'hui, Cotonou est devenu une représentation du Bénin en miniature et sa croissance accélérée est en train de donner naissance à une vaste « région urbaine » allant de Porto-Novo (à l'Est) jusqu'à Ouidah (à l'Ouest) et Abomey-Calavi (au Nord). [PDC, 2008].

2.1.1.2. Situation sociodémographique

Cotonou compte environ 665.100 habitants avec 34,1% d'enfants de 0 à 14 ans en 2002⁵, 761.137 habitants en 2006 avec une densité de 9.635 habitants/km².

⁵INSAE (2003), *RGPH3 de 2002* : Synthèse des résultats, Cotonou, p.7. (Voir aussi Afrique Conseil, 2006).

Dans la réalité, cette population aurait atteint à ce jour plus de 1.396.548 habitants avec une densité de 17.678 habitants/km² (RGPH4, 2013).

Le port autonome, l'aéroport international, les industries, les structures étatiques et le siège des institutions internationales qu'elle abrite font d'elle, non seulement, la plus importante porte d'entrée et de sortie du Bénin mais aussi une ville très attractive. Ce qui justifie le fait que la migration vers cette ville est avant tout un phénomène national (83,6% en 2002). En 2002, près de quatre (04) habitants sur dix (10) sont des migrants avec une proportion élevée de femmes (40,2%). Parmi les raisons évoquées pour justifier ce déplacement, vient en premier lieu ; celle de rejoindre la famille, ensuite la recherche d'emploi et enfin la poursuite des études.

2.1.1.3. Activités socioéconomiques

Le commerce est la principale activité menée par les populations. Le marché de Dantokpa qui est d'une envergure internationale alimente significativement ce secteur d'activité. En dehors du commerce, la population pratique l'artisanat, l'agriculture généralement familiale, la pêche, l'hôtellerie, le transport (taxis-villes, zémidjan...), etc. La ville est très animée à cause de la présence du port autonome, des industries et de grandes administrations qui utilisent un nombre important de main d'œuvre (PDC, 2008).

C'est dans cette ville que se trouve l'Hôpital de Zone de Mènontin.

2.2. Présentation de l'Hôpital de Mènontin

2.2.1. Contexte historique de la création de l'hôpital de Mènontin

La Banque Mondiale (BM) et le Gouvernement Béninois, dans le cadre de la dimension sociale du Programme d'Ajustement Structurel (PAS) ont initié le Projet de Réhabilitation et de Gestion Urbaine (PRGU) portant sur les villes de Cotonou et de Porto-Novo dont l'objectif global est de réhabiliter les infrastructures urbaines et d'améliorer l'environnement de Cotonou et de Porto-Novo. Ce projet comportant sept (07) Composantes, la Composante 2-B concernait le quartier Mènontin et est

intitulée “*Amélioration intégrée et concertée des conditions environnementales et sanitaires du quartier de Mènontin*”. L’objectif de l’action était de :

- Améliorer le cadre de vie des populations du quartier Mènontin par des actions intégrées de sante, d’assainissement, d’environnement et d’embellissement.
- Susciter une prise de responsabilité accrue de la communauté dans l’identification des problèmes, le financement et la réalisation de programmes d’amélioration de l’environnement, ainsi que pour l’entretien des aménagements.
- Promouvoir un modèle d’amélioration concertée des conditions de vie à l’échelle d’un quartier, qui soit répliquable dans d’autres quartiers populaires des principales villes du Bénin.

Les deux premiers volets de l’action étant la réalisation des infrastructures primaires et la construction d’un centre de santé, c’est à ce titre qu’il y a eu la construction du centre de Santé de Mènontin qui constitue l’élément pivot autour duquel gravitent toutes les autres actions.

Des actions ont conduit à la création du Centre de Santé de Mènontin.

Des contacts entre l’Archevêque d’alors, président du Haut Conseil de la République (Parlement de transition, 1990-1991) et la représentante de la BM en visite au Bénin, ont été entrepris, favorisant la constitution de l’Association Médico-sociale de Mènontin dont le président fut Mgr Isidore de SOUZA par arrêté N°91/01/40/MISAT/DAI-SI Association du 9 septembre 1991. La signature d’un mandat de gestion d’une durée de 10 ans renouvelable entre l’AMSM et le Ministère de la Santé en date du 12 février 1992.

L’inauguration du Centre de Santé de Mènontin le 23 juillet 1996 par Me Adrien HOUNGBEDJI, Mgr Isidore de SOUZA, la représentante de la BM entouré d’un gratin de directeurs et cadres de divers organes de l’Etat impliqué.

2.2.2. Situation géographique et sociodémographique

Le Centre de Santé de Mènontin, devenu Hôpital de Mènontin (Hôpital de Zone de Cotonou V) en 2006 est implanté dans la ville de Cotonou, dans Cotonou-

V, précisément dans le 9^{ème} arrondissement (Fifadji) au lot 2130A de forme triangulaire, avec une superficie de 2345m² au quartier Mènontin⁶. Cotonou-V couvre une superficie de 15km² sur les 79km² de la ville cosmopolite la plus équipée en infrastructure et la plus peuplée du Bénin; ce qui lui confère son statut administratif particulier car érigée en département du Littoral.

Le relief est plat avec des bas fonds marécageux couverts de végétaux halophytes (*Paspalum vaginatum* et *Typha australis*) sur un sol polymorphe où affleure la nappe phréatique compliquant l'évacuation des eaux usées. Le climat de type subéquatorial avec une alternance de deux saisons pluvieuses (avril-juillet et septembre-novembre) et de deux saisons sèches (décembre-mars et août) influencent fortement le profil des maladies recensées dans la zone sanitaire. L'harmattan souffle de novembre à décembre avec son cortège d'affections des voies respiratoires. La population du 9^{ème} arrondissement est estimée à 61.585 habitants en 2002 (RGPH3).

2.2.3. Statut de l'hôpital de Mènontin

L'hôpital de Mènontin est un établissement hospitalier associatif à but non lucratif appartenant à l'Etat, mise en gestion privée et jouissant d'une personnalité morale de droit public et doté d'une autonomie administrative et financière. Il est régi par les textes suivants:

- Les statuts de l'Association Médico-sociale de Mènontin (AMSM) ;
- Le mandat de gestion en concession entre l'association Médico-sociale de Mènontin et le Ministère de la Santé Publique (MSP) en date du 12 Février 1992 ; actualisé en novembre 2000 ;
- Le Manuel de procédures Administratives, Financières et Comptables élaboré par le cabinet AAT en novembre 1997 et réactualisé depuis 2009 ;
- La convention collective du travail des œuvres sociales AMCES qui régit les rapports de travail entre l'hôpital et ses employés ;
- Le livret de l'employé (recueils de textes constitue le bréviaire des agents en poste dans les services) ;

⁶ AGETUR

- Textes régissant la couverture sanitaire du personnel de l'hôpital de Mènontin et de leurs parents au premier degré.

2.2.4. La mission de l'HM

La mission principale assignée à l'hôpital est de permettre à la population défavorisée du quartier de Mènontin et autres d'accéder à des soins de qualité à moindre coût par la pratique d'une tarification communautaire. L'HM assure une mission de prévention (dépistage, vaccination), de formation (contribution à la formation pratique des étudiants des écoles de santé par l'octroi de stage pratique), de recherche (recherche de contrôle des produits thérapeutiques, ou sur l'efficacité des réactifs utilisés au laboratoire d'analyse biomédicale), de soins de qualité (personnel de qualité et une bonne politique de prise en charge), et de sécurité des biens et des patients au sein de l'hôpital.

2.2.5. Les objectifs de l'HM

L'hôpital de Mènontin a pour principaux objectifs:

- Promouvoir avec leur propre participation, le bien-être socio-sanitaire des habitants de Mènontin et des quartiers voisins ;
- Améliorer les conditions d'hygiène, de santé, de vie des populations concernées par l'information, l'éducation, la communication pour la santé ;
- Faciliter à ces populations l'accessibilité géographique, culturel et financière aux soins de santé primaires ;
- Réaliser une meilleure surveillance des enfants, des mères et femmes gestantes et permettre à ces dernières un accouchement dans de bonnes conditions sanitaires ;
- Susciter la participation des habitants à l'amélioration de leur environnement ;
- Soutenir à moyen terme des actions communautaires visant la résolution des problèmes sociaux et économiques locaux.

2.2.6. Structures de l'HM

▪ Les services de l'hôpital

L'Hôpital de Mènontin dispose de:

- ❖ Un bureau des entrées (recouvrement, accueil). (bâtiment A)
- ❖ Un service de protection maternelle et infantile. (bâtiment F)
- ❖ Cinq bureaux de consultations générales adultes et enfants. (bâtiment A)
- ❖ Une maternité renforcée par l'unité de gynécologie et d'obstétrique. (bâtiment C- rez-de-chaussée)
- ❖ Un service de chirurgie générale dotée d'un bloc opératoire, de salle de petite chirurgie et salle de plâtre. (bâtiment B rez, C, F)
- ❖ Un service de réanimation médicale et chirurgicale. (bâtiment C)
- ❖ Une unité d'endoscopie digestive. (Bâtiment A)
- ❖ Une unité de soins externes. (bâtiment B étage)
- ❖ Une unité de médecine du travail.
- ❖ Un service de médecine (hospitalisations adultes). (bâtiment B)
- ❖ Un service de pédiatrie (hospitalisation des enfants). (bâtiment B)
- ❖ Un cabinet dentaire. (bâtiment A)
- ❖ Un service d'Imagerie Médicale comportant une unité de radiologie et une unité d'échographie. (bâtiment B rez)
- ❖ Un laboratoire d'analyses biomédicales comportant une unité de Banque de sang. (bâtiment B étage)
- ❖ Une pharmacie avec cession des médicaments essentiels. (bâtiment B)
- ❖ Des unités de consultations spécialisées en Cardiologie, en ORL, en Ophtalmologie, en Psychiatrie, en Dermatologie. (bâtiment A)
- ❖ Un service des affaires administratives et financières. (bâtiment G)
- ❖ Une unité de planification familiale et d'espacement des naissances. (bâtiment H)
- ❖ Un service de Rééducation fonctionnel et de kinésithérapie. (bâtiment C)

2.2.7. Les Ressources :

✓ Humaines

L'Hôpital de Mènontin depuis sa création a connu trois directeurs: Dr Yves SOSSOU (1996-2001); Dr Sylvestre ABLEY (2001-2009) et Dr Georges OFFRIN (2009 à ce jour). De cinquante-deux (52) agents toute catégorie confondue en 1996, l'Hôpital de Mènontin compte en 2013, 214 agents. La constitution statistique est présentée dans le tableau 1.

Tableau 1: Répartition des agents par sexe et par catégorie socioprofessionnelle

Catégories socio professionnelles (CSP)	Statut				Total
	Permanent		Collaborateur extérieur		
	Féminin	Masculin	Féminin	Masculin	
Médecin	4	5	1	3	13
Médecin-gynécologue		2	2	5	9
Médecin-sante au travail		1			1
Médecin-chirurgien		1		1	2
Médecin-radiologue				1	1
Médecin-ophtalmologiste			1	2	3
Médecin-ORL				2	2
Médecin-cardiologue			1	2	3
Médecin-pédiatre				2	2
Médecin-dermatologue			1		1
Médecin-neuro-chirurgien				1	1
Médecin-diabétologue					0
Médecin-anesthésiste réanimateur		1			1
Chirurgien-dentiste	1			1	2
Prothésiste					0
Technicien de labo Niveau A					0
Technicien de labo Niveau B	2	3			5
Ingénieur des travaux laboratoire	1	1			2
Inspecteur d'action sanitaire labo		2			2
Technicien supérieur de radio	2	2	1		5
Infirmier anesthésiste réanimateur	1	2			3
Sage femme anesthésiste réanimateur	1				1

Kinésithérapeute	1				1
Infirmier diplômé d'état	12	13			25
Sage-femme	13				13
Assistante sociale	2		1		3
Infirmier de sante	13	1			14
Aide soignant	52	10			62
Agent d'entretien	1	13			14
Comptable	2	2			4
Maintenancier		1			1
Magasinier	1	1			2
Administrateur ENAM II		1			1
Approvisionnement		1			1
Conducteur véhicule hospitalier		4			4
Gestion des ressources humaines		1			1
Assistante de service administratif	1				1
Analyste programmeur		1			1
Agent de statistique	1	1			2
Standardiste	1				1
Secrétaires	4				4
Total	116	72	8	20	
Total / statut		186		28	214

Source: Statistique de la Direction des Ressources Humaines de l'Hôpital _ Décembre 2013

✓ Ressources matérielles

L'Hôpital dispose d'un plateau technique élevé pour accomplir sa mission. Avec une capacité de 140 lits et près de 60.000 patients en moyenne par an⁷. Au bout de dix sept (17) ans d'exploitation, ce plateau a été complété. L'Hôpital dispose actuellement:

- De deux (02) blocs opératoires ; certains équipements renouvelés et complétés tels que tables d'opérations universelles, des tables pour petites interventions chirurgicales, des bistouris électriques, autoclaves, des poupinels, des aspirateurs électriques, des moniteurs de surveillance, un

⁷ Service des statistiques de l'Hôpital de Mènonatin

respirateur, des concentrateurs d'oxygènes, des manomètres d'oxygène, un aérodifuseur, la table d'anesthésie et diverses boîtes d'opérations, ... ;

- D'un laboratoire d'analyse biomédicale dont une partie de l'équipement a été renouvelée et complétée tel que : le distillateur, le spectromètre UV visible, les bains marins, les agitateurs, les micros centrifugeuses, l'étuve bactériologique, l'aspirateur de muqueuse, l'autoclave, l'analyseur d'ion, des microscopes, le spectromètre... ;
- D'un service d'imagerie médicale dont l'équipement a été complètement renouvelé (Appareil radio, développeuse automatique, échographe Doppler couleur, mammographe,...) ;
- D'un service de gynéco-obstétrique ;
- D'une maternité bien équipée (tables d'accouchement, table de réanimation bébé, appareil de photothérapie, couveuses, aspirateurs électriques, échographes...) ;
- D'un service de stomatologie (unité dentaire, poupinel, amalgameur, détarteur, fauteuil dentaire...) ;
- D'une unité de santé au travail équipée d'un audiomètre, d'un spiromètre ;
- D'une unité de cardiologie équipée d'un cycloergomètre, d'un moniteur cardioscope, d'un appareil ECG ;
- D'une unité d'ophtalmologie équipée d'un ophtalmoscope, tonomètre, d'un projecteur de test d'acuité visuel... ;
- D'une unité d'ORL équipée d'un appareil à aérosol, d'une table d'unité de soins ORL ;
- D'une unité de Kinésithérapie équipée d'un appareil d'électrothérapie, d'un cycloergomètre, d'une cage de poviethérapie, d'un plan de bobath, d'une table de verticalisation... ;
- D'une unité d'endoscopie digestive équipée d'un gastroscopie vidéo, d'une vidéo gastro intestinal, d'une vidéo processeur, d'une vidéo coloscope, d'une imprimante médicale couleur... ;
- D'une ambulance pour le transport des malades.

2.3. Démarche méthodologique

La méthodologie adoptée pour la présente étude est structurée autour des points suivants : la recherche documentaire, les groupes cibles, l'échantillonnage, les techniques et outils de collecte des données et leur traitement.

2.3.1. Recherche documentaire

Cette étape a été un point fondamental dans la réalisation de ce travail. Elle a consisté à recenser et à lire un certain nombre d'ouvrages, d'articles et de mémoires relatifs au sujet abordé afin de mieux saisir les concepts clés qui s'y rapportent. Les centres de documentations parcourus, la nature des documents recensés et les types d'informations recueillies y sont résumés.

Tableau 2 : Résumé de la recherche documentaire

Centre de documentation	Nature des documents	Type d'informations recueillis
Centre de documentation de l'UAC	Thèses, Mémoires, Livres, Rapports et articles	-Bibliographie -Méthodologie liée à la revue de littérature
Centre de documentation de la FLASH	Thèses, Mémoires, Livres, 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, livres	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	- Informations générales et spécifiques sur la nosographie et la classification de maladies mentales
Internet (Web)	Articles, revues et publications.	- Informations générales et spécifiques sur la psychologie médicale et le rôle du Psy

Source : Enquête du terrain _ Décembre 2013

2.3.2. Groupes cibles

Notre recherche effectuée à l'Hôpital de Zone de Mènontin de Cotonou est une étude descriptive reposant sur deux catégories d'acteurs : Patients/Parents et Spécialistes/Personnel. Cette recherche est destinée à mettre en relief à la fois la pluralité et l'unicité des besoins psychologiques dans chacun de ces services hospitaliers. **Elle est donc faite dans neuf (09) services différents sur une période de huit (08) mois**, sur l'ensemble du personnel soignant/dirigeant et des malades hospitalisés ou ayant subis des soins. L'effectif de la population d'étude s'élève à 74 personnes toutes catégories confondues.

2.3.3. Echantillonnage

Nous avons procédé à l'échantillonnage par « disponibilité ». Nous avons interviewé des patients et des soignants présents lors de plusieurs passages à disponibilité. Au nombre de 74 ; notre étude ne s'est donc portée que sur vingt-et-un (21) soignants de toutes catégories, Responsable Service et Médecins généralistes ; de cinq (05) personnes ressources ; de cinq (05) autorités administratives, et de deux (02) Spécialistes. De même, nous avons travaillé sur vingt-six (26) patients tous secteurs confondus et quinze (15) parents.

Tableau 3 : Synthétique des cibles

		Catégories de cibles		Total
1-	Cas observés en service	Stomatologie	2	26
		PMI	3	
		TETU / Hospitalisation enfant	4	
		Maternité	3	
		Chirurgie	3	
		Réanimation	3	
		PV/VIH	3	
		Hospitalisation Médecine	3	
		Bloc opératoire	2	
2-	Parents ou amis proches			15
3-	Spécialistes			2
4-	Soignants (toutes catégories) et Responsables de Service			21
5-	Personnes ressources			5
6-	Autorités administratives			5
				74

Source: Données de terrain _ Janvier 2014

- **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 pu entrer en relation avec les autres pour diverses raisons (manque de temps dus à l'affluence, congés administratifs...).

- **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 «fon» et ses langues voisines) constitueraient un biais et ceux dont l'état de santé empêche de participer à l'entretien (incapacité de verbaliser les affects, état de conscience altéré).

2.3.4. Techniques de collecte des données

Pour collecter nos données, nous avons utilisé divers instruments à savoir l'utilisation des renseignements disponibles, l'observation et les entretiens.

- **L'utilisation de la base de données**

L'hôpital de Mènontin dispose d'un certain nombre de données mensuelles 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 nous a permis de constater qu'il y a des prescriptions d'anxiolytiques et d'antidépresseurs à des patients. D'Octobre 2013 au Janvier 2014, 38 patients ont reçu des prescriptions de l'un de ces produits. De même, on y retrouve l'enregistrement des cas de tentatives d'autolyse, d'hystéries et de refus d'accepter sa maladie.

- **L'observation**

Deux types d'observations ont été faites. L'observation active et l'observation passive.

- L'observation active ou participative

Elle nous a permis de nous insérer dans les deux groupes d'études : les soignants et les patients. Ce faisant, nous avons pris part à la vie des groupes, essayant d'appréhender de l'intérieur les comportements, les modes de pensée, les manières de vivre des groupes.

- L'observation passive

Grâce à cette technique, nous avons pris connaissance du mode de fonctionnement de l'hôpital afin de noter les interactions entre soignants, soignés et parents (gardes-malades).

L'observation nous a permis de relever, entre autres, trois cas que nous avons illustrés à la fin de nos analyses.

- **Les entretiens**

Nos entretiens ont été semi directifs envers nos deux cibles :

- du côté des soignants, notre entretien s'est reposé sur l'expression d'un possible entretien du *Psychologue* dans le champ médical, de la connaissance de son rôle et des difficultés d'ordre psychologique rencontrées dans l'exercice de leurs fonctions.
- du côté des patients, nos entretiens sont allés dans le sens de détecter la formulation de demandes psychologiques conscientes ou non. Nous avons également abordé le volet de la connaissance du Psychologue à l'hôpital et le rôle qu'il pourrait jouer à leur endroit.

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 trop découvrant peuvent être, en effet anxiogènes et biaiser par la suite la communication.

Afin de recueillir les données dont nous avons besoin, nous avons utilisé :

- un questionnaire pour les patients et
- un guide d'entretien spécifique pour les soignants et personnel.

2.3.5. Mode de traitement des données

Le traitement de nos données se repose principalement sur une procédure d'analyse qualitative. « L'approche qualitative » a recours à des indicateurs non fréquentiels susceptibles d'autoriser des inférences. Nous avons relevé des entretiens, différents extraits contenant des paroles fortes et des verbatim. Les extraits étant textuels, l'appréciation du contenu reste subjective, mais nous nous sommes efforcés de garder une certaine objectivité dans notre démarche. Toutefois, avec les différentes classifications des extraits par rapport aux hypothèses, nous avons tenté des quantifications approximatives des prises de position des soignants et des patients.

Pour le traitement de nos données, l'analyse de contenu constitue notre méthode de base d'analyse. Cette dernière est faite à son tour suivant la théorie socioculturelle et psychologique.

○ 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. Des définitions plus élaborées de l'analyse de contenu ont été proposées par plusieurs chercheurs. Selon Dépelteau (2000), « L'analyse de contenu est une technique de codage 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, & Deset (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. L'analyse du contenu admet plusieurs techniques : la technique structurale, la technique logico - sémantique, la technique formelle, etc. La technique structurale est la mieux adaptée à notre travail.

○ **La technique structurale**

Cette technique recherche le contenu latent de la communication. Elle cherche à dépasser le contenu explicite pour aboutir, par une analyse au second, au sens implicite non immédiatement donné à la lecture : 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 technique 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. Nous nous intéressons plus à la qualité et à la diversité des informations reçues auprès des sujets.

2.3.6. Difficultés rencontrées

Comme difficultés rencontrées, nous notons :

- Le refus de certains patients/parents à se prêter à notre entretien.
- La difficulté de rencontrer les soignants, souvent trop pris par les patients ; et les autorités administratives, souvent non disponibles.
- L'inexistence d'un centre de documentation par l'hôpital.

CHAPITRE III : DE LA RECONNAISSANCE ET DE L'IMPORTANCE DU PSYCHOLOGUE EN MILIEU HOSPITALIER

3.1. Reconnaissance des statuts de l'HZM et du Psychologue en institution hospitalière

A l'Hôpital de Zone de Mènontin, les informations recueillies font état de ce que, avant de parler d'une unité de psychologie ; qu'il faille replacer le contexte de quel type, de quelle nature et de quel contexte est issu cet hôpital et quelles en sont les missions afférentes. A ce sujet le Directeur Adjoint de l'HZM déclare :

« L'Hôpital de Mènontin, un établissement hospitalier associatif à but non lucratif appartenant à l'Etat, mise en gestion privée. Créé dans les années 91 suite à un accord entre la Banque Mondiale (BM) et le Gouvernement Béninois, dans le cadre de la dimension sociale du Programme d'Ajustement Structurel (PAS) à travers le Projet de Réhabilitation et de Gestion Urbaine (PRGU) portant sur les villes de Cotonou et de Porto-Novo dont l'objectif global est l'amélioration intégrée et concertée des conditions environnementales et sanitaires du quartier de Mènontin et environs. Ses actions primordiales étaient :

- *Améliorer le cadre de vie des populations du quartier Mènontin par des actions intégrées de sante, d'assainissement, d'environnement et d'embellissement.*
- *Promouvoir un modèle d'amélioration concertée des conditions de vie à l'échelle d'un quartier, qui soit répliquable dans d'autres quartiers populaires des principales villes du Bénin*
- *Et surtout Mènontin étant considéré comme un grand carrefour pouvant desservir les besoins sanitaires des Communes de Cotonou, Abomey-Calavi, So-Ava et Ouidah ».*

Partant de là, le Centre de Santé ainsi créé devenant rapidement Hôpital de Zone présente quelques insuffisances dans la forme que dans le fond. Ainsi :

Logozo (2011) stipule « Le conflit entre les acteurs faisait son petit chemin

depuis des années. **Le désaccord sur le statut de l'Hôpital est un problème crucial.** Le Ministre de la Santé Dorothée KINDE GAZARD par le passé avait fait partie d'une commission des experts en santé pour le compte de l'archidiocèse de Cotonou en 2007, pour une audite de la gestion des Hôpitaux et Centres de Santé Confessionnels et Catholiques du Diocèse de Cotonou. Cette commission a compté l'HM comme **confessionnel**. Un conflit s'est alors créé. Lors de sa visite officielle le 16 Septembre 2011 à l'HM, elle se fait accompagner dans sa délégation ministérielle, du Père Philippe KINKPON, Vicaire Général de l'Archevêché de Cotonou représentant l'archevêque. Et ce dernier déclara " [...] c'est vrai que c'est la BM qui a financé la construction de l'Hôpital, mais Mgr Isidore de SOUZA, s'est investi personnellement dans cette affaire et comme la BM ne donne pas à un individu [...]. Suivant l'accord signé avec la BM, la gestion du centre a été confiée à l'AMSM ; la plupart des membres sont des gens cooptés par Mgr compte tenu des exigences de la BM. Ils sont membres du conseil pastoral de la paroisse de Mènontin. Ceci a connu un essor de collaboration pendant un moment avec l'archevêché. Mais à un moment plus rien. L'association nous a écartés de la gestion de l'Hôpital et pourtant le terrain a été [...]. Nous avons commencé par entendre des rumeurs que ça va mal. Un membre de l'AMSM est venu nous informer pour tirer sur la sonnette d'alarme qu'il y a **mauvaise gestion**. [...] L'association n'a rien à avoir dans le centre. Notre souhait c'est que le gouvernement se penche sur la situation [...] pour avoir la solution. Pour l'avenir de ce centre et pour l'implication de Mgr [...], pour sa mémoire il faut notre contribution" ».

A la suite du vicaire, le Ministre de la Santé, Dorothée A. KINDE- GAZARD déclare "ce n'est pas un hasard que je sois venue avec [...]. Nous reviendrons avec la Directrice Départementale de la Santé, pour décider quel doit être désormais le statut de l'Hôpital de Mènontin et revoir la validité de ce contrat".

Une question mérite alors d'être posée, dans quels intérêts les acteurs s'affrontent- ils ? Est-ce pour l'intérêt social ? ou pour les intérêts personnels ? Aucune relation ne peut connaître de succès dans un environnement de "cacophonies et de contestations orchestrées". Tous ces facteurs sont à la base des conflits entre les acteurs et fragilisent les relations de coopération» (Logozo, 2011).

3.1.1. Du statut et de l'évolution démographique de l'Hôpital de Mènontin

Du mandat de gestion en concession du Centre de Santé de Mènontin, entre les soussignés : l'Etat, représenté par le Ministre de la Santé et désigné « CONCEDANT » d'une part, et l'Association Médico-sociale de Mènontin, enregistré au MISAT sous le N°91/0140/MISAT/DAI/SI-ASSOC du 09/09/1991 et représentée par Mgr Isidore de SOUZA en sa qualité de Président de la dite Association et désignée « CONCESSIONNAIRE », d'autre part. Il a été exposé et convenu ce qui suit :

- En préambule, le Gouvernement Béninois a négocié et obtenu l'accord de principe d'un financement de l'Association Internationale de Développement (AID) pour l'exécution du projet de Réhabilitation et de Gestion Urbaine dont la construction du Centre de Santé de Mènontin constitue un des volets. Conformément à l'exécution de l'accord de crédit négocié, l'AMSM a été retenue pour assurer la gestion de ce Centre de Santé.

Et en Articles :

- Article 2 : Le concessionnaire assure la surveillance, le bon fonctionnement des services de santé et des équipements médicaux.
- Article 3 : Le concessionnaire s'engage, à respecter les prescriptions définies par le MSP en matière de soins de santé primaires et les normes techniques de convenance hospitalière.
- Article 17 : La durée du présent mandat de gestion est fixée à 10 ans à compter du 1^{er} jour du semestre suivant la date de mise en service du Centre de Santé. Elle est renouvelable par tacite reconduction.

Ainsi, l'AMSM (1992) passant du statut de Centre de Santé (1996) à celui d'Hôpital de Zone (2007) doit requérir un certain cahier de charge en matière de structuration, d'équipement, de fonctionnement et d'accompagnement au même titre que les autres institutions hospitalières de même envergure.

De surcroît, la fréquentation au Centre attendu uniquement du quartier Mènonin s'est vu multiplié par 30, de 1991 à 2013 ; avec le desservissement du Centre carrefour (Abomey-Calavi, So-Ava, Ouidah...); créant ainsi une surexploitation du Centre et un surpeuplement démographique. De 2.000 - 3.000 patients en moyenne par an, l'Hôpital reçoit en moyenne par an de nos jours, 60.000 patients.

Avec ce brassage du monde sanitaire, il a été collecté comme informations, de son statut d'hôpital de Zone actuel ; et pour un accomplissement inouï en faveur de la population ; tout service et/ou unité doit être créée et fonctionnelle au sein de cette institution hospitalière où la demande devient de plus en plus grandissante et dimensionnelle.

Ainsi, vu la nécessité et les attentes de l'HZM, cette institution peut-elle se passer d'une unité de psychologie ?

3.1.2. De la reconnaissance de l'importance du Psychologue en institution hospitalière

A l'instar de la Métropole (France), il est régié aussi au Bénin à des périodes différées que : « 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 ». 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 posé que «les psychologues du secteur sanitaire et social exercent les fonctions, conçoivent les méthodes et mettent en œuvre les moyens et techniques correspondants 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».

Ainsi, il 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 psychologique, etc. S'il part d'une équipe pluridisciplinaire, il est un collaborateur à part entière et important des médecins-soignants».

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 concerne, des moyens et techniques qui leur sont propres (Schauder, 2004).

Le statut des Psychologues de la fonction 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.

A l'hôpital en général, les Psychologues cliniciens bénéficient d'une liberté quant à la faible hiérarchisation les concernant. De ce 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 fédère les principes de la pratique psychologique.

3.1.3. De l'importance d'une unité de Psychologie à l'HZM

Entre une position téléologique fondée sur le principe de bienfaisance (le médecin sait *in fine* ce qui convient au malade) et une position purement déontologique fondée sur le respect des personnes et leur autonomie (le patient sait ce qui est bon pour lui), 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 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. Charge au Psychologue d'informer son interlocuteur de l'essence première de sa mission. La création des postes des Psychologues dans des services hospitaliers est dépendante d'une demande du côté de l'équipe constituée de médecins, cadres, soignants. L'idée première vis-à-vis du Psychologue clinicien est que ce dernier possède des capacités d'évaluation, de conseil, d'accompagnement et de psychothérapies. C'est beaucoup plus rarement, pour son possible regard sur les points aveugles de fonctionnement du service que ses compétences sont recherchées. Ou alors, c'est cet aspect mais en tant qu'intervenant extérieur qu'on fait appel à lui.

Le Psychologue nouvellement introduit dans une équipe est attendu comme celui qui observe, écoute et comprend au-delà du dire de surface. Les membres à un service comme chaque sujet se pensant « observer », sont susceptibles de mal supporter son regard potentiellement évaluateur de sujet « supposé savoir », de sujet décourageant l'ordre établi. Beaucoup d'interlocuteurs pratiquent de fait, une mise à distance circonspecte. En conséquence, ce nouvel *artisan* se doit de repérer qui, en dehors des patients eux-mêmes, a des attentes vis-à-vis de lui. Si le statut des Psychologues hospitaliers les place, en effet, hors de la structure hiérarchisée de l'hôpital, il les prive de toute inscription logique dans son organisation.

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 réfléchi à l'équipe de direction qui se pose souvent en tiers référent (Daco, 1977).

3.1.3.1. Utilités du Psychologue clinicien dans quelques services hospitaliers de l'HZM

Le Psychologue clinicien en milieu hospitalier est amené à intervenir dans l'ensemble des services de soins. Nous nous attarderons spécifiquement sur neuf (09) secteurs à savoir : la Consultation Générale, la Stomatologie, TETU/Hospitalisation-enfant, le PMI, Gynéco-Obstétrique/Maternité, Chirurgie/Bloc Opératoire, la Réanimation, les PV/VIH, et l'Hospitalisation-Médecine. Nous donnerons en prime abord une vision globale de son rôle au profit de tous les services en général.

3.1.3.1.1. La Consultation générale

C'est le service où le malade est reçu par le médecin. C'est dans ce service que le médecin recueille le motif de consultation, l'anamnèse, les antécédents médicaux, chirurgicaux, gynécologiques, collatéraux etc., chez le malade puis il fait l'examen clinique, demande des examens para-cliniques et pose un diagnostic. Il prescrit les médicaments par rapport aux signes physiques et au diagnostic posé pour le traitement du malade.

En vue de pouvoir prendre en charge l'homme en tant que *dualisme corps-esprit*, le Psychologue a un rôle prépondérant à jouer en informant, en organisant des conférences débats au profit des médecins sur des différents thèmes ayant rapport à la santé mentale ; ce qui leur permettra d'orienter les cas subjectifs vers le Psychologue.

Par ailleurs, un accompagnement psychologique est nécessaire pour tout malade reçu en consultation du fait que l'homme qui est physiquement atteint est déjà psychologiquement perturbé. C'est là, le tour du Psychologue de prendre en charge ce malade ou d'orienter les cas présumés psychiatriques vers le Psychiatre.

3.1.3.1.2. La Stomatologie

Ce service s'occupe des maladies liées à la cavité buccale et aux dents. C'est la chirurgie bucco-dentaire (les caries dentaires, les gingivites, les aphtes, etc.). Le rôle du Psychologue dans ce service est de mettre en confiance le malade surtout dans le cas des alvusions dentaires en l'informant et en l'aidant dans son angoisse en pré et post-opératoire.

3.1.3.1.3. TETU/ Hospitalisation - Enfant

✓ Unité / TETU (Tri- Evaluation-Traitement des Urgences)

C'est un programme qui permet de réduire la mortalité des enfants de 0 à 5ans reçus en urgence dans les 24h qui suivent leur admission à l'hôpital.

Le Psychologue dans ce contexte mettra en confiance les parents qui sont déjà désemparés, désespérés et perturbés.

En cas de décès d'un enfant malgré tout, le Psychologue accompagnera les parents dans ce deuil car le décès d'un être cher à soi, fait partie des causes des troubles psychiques chez l'Homme.

✓ Hospitalisation Enfant :

Ce service s'occupe des soins et de la surveillance des enfants hospitalisés.

Le Psychologue peut y identifier des troubles psychiques chez l'enfant (troubles psycho-affectifs, socio-culturels ou souffrance psychique) et peut le prendre en charge sur ce plan. Ce qui pourrait aussi accélérer la guérison somatique chez l'enfant.

Le Psychologue peut accompagner l'enfant lors des soins pour qu'il ne sente pas trop de douleur ou même pas de douleur.

Il peut sensibiliser aussi les parents en les mettant en confiance pour qu'ils ne soient pas trop sensibles aux cris et à la douleur de l'enfant mais soient passifs et moins agressifs envers les soignants.

3.1.3.1.4. Gynéco-Obstétrique / Maternité

Ce service s'occupe des cas des maladies liées à l'appareil génital et prend en

charge :

- Les difficultés de conception ;
- Des cas de stérilité ;
- Les consultations prénatales ;
- Les avortements spontanés ;
- Des complications des avortements clandestins ;
- Des accouchements normaux ou difficiles ;
- Des accouchements prématurés, mort-né, mort-né masséré ;
- Des césariennes ;
- Des myomectomies et hystérectomies ;
- Des fistules vésico-vaginales ou vagino-anales ;
- Des parturientes ;
- Des accouchés ;
- De la planification et espacement des naissances, etc.

L'accompagnement du Psychologue est primordial, nécessaire et important dans l'un ou l'autre domaine ci- dessus identifié dans ce service.

L'appareil génital ou le sexe est un sujet tabou dans le contexte africain :

- Les difficultés de conception et la stérilité sont des causes de troubles de comportement chez un couple.
- La Psychologie de la femme enceinte doit être soutenue pour éviter les troubles puerpérales chez l'accouché.

Par ailleurs le décès d'une femme sur la table d'accouchement qui est un drame nécessite la prise en charge psychologique des parents, de l'époux, du nouveau- né et du personnel.

Le Psychologue intervient 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 de 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'interruption est nécessaire, le Psy accompagne, observe, soutient, prévient et sert de figure d'étayage auprès des parents, mais aussi 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 maladies post-partum 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.

3.1.3.1.5. Le PMI (Programme Maternel et Infantile)

Dans ce service il y a :

- Le suivi de la croissance pondérale chez l'enfant ;
- Les conseils nutritionnels et la prise en charge des cas de malnutrition ;
- La vaccination PEV (Programme Elargie de Vaccination) ;
- La prise en charge des cas sociaux (les indigents, les démunis)...

Le Psychologue dans ce service identifie les cas de troubles psychiques chez l'enfant, car ces troubles peuvent être à la base du retard de sa croissance psychosomatique.

Ainsi, les cas sociaux (les indigents, les démunis) ont besoin nécessairement d'un accompagnement psychologique pour ne pas tomber dans le gouffre (la schizophrénie) car c'est des gens qui sont généralement en chômage or le chômage est l'une des causes de troubles mentaux chez l'Homme (dépression).

3.1.3.1.6. La Chirurgie

La chirurgie est un univers d'instrumentation technique sophistiquée, d'état d'urgence permanent, 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 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 de :

- Informer,
- Contenir l'angoisse et permettre l'expression de la souffrance du malade,
- Repérer les fantasmes du malade,
- Etre attentif à la dimension relationnelle des soins,
- Soutenir l'équipe soignante soumise à une pression émotionnelle,
- Soutenir la famille dans la période d'attente de la sortie du patient du bloc opératoire et pendant la période critique.

Grace 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.

Ce service s'occupe de la prise en charge :

- Des divers traumatismes corporels (plaies traumatiques, diverses fractures...);
- Des confections de plâtre ;
- Des diverses interventions en traumatologie (enclouage, embrochage, plaque vissé, amputation d'un membre ou des seins, la ténorrhaphie, les plasties...);
- Des diverses interventions en chirurgie viscérale (appendicectomie, péritonite, cure de la hernie, hystérectomie, ablation partielle ou totale de l'estomac, l'adénomectomie...).

Pour une bonne suite opératoire, le Psychologue doit préparer le malade en pré-opératoire et en post-opératoire car le malade peut trépasser après un choc en pré ou en post-opératoire, faute d'un manque d'une bonne préparation psychologique.

De plus, un malade qui perd un membre ou un organe doit être soutenu sur le

plan psychologique durant le reste de temps de sa vie afin d'accepter s'insérer dans son milieu social.

3.1.3.1.7. La Réanimation

Ce service s'occupe de la prise en charge :

- Des grands malades comateux (les accidents vasculo-cérébraux, les commas diabétiques, les insuffisances rénales, les pneumopathies graves, les traumatismes crâniens avec perte de connaissance...);
- Des malades qui viennent d'être opérés.

Le Psychologue a le rôle d'aider ses malades opérés à se réveiller dans la douceur. Il peut aider les grands comateux à émerger de leur coma par la psychanalyse.

3.1.3.1.8. Les PV/VIH

C'est une unité de prise en charge des personnes vivantes avec le VIH/SIDA.

Le Psychologue a un grand rôle d'accompagnement psychologique pour que :

- Un malade cliniquement soupçonné accepte de faire les tests en vue d'une confirmation ou une infirmation biologique de son état sérologique (le counselling) ;
- Une personne accepte les résultats de son test sérologique si c'est confirmé (positif) ;
- Le malade s'adapte à son statut de PV/VIH ;
- Le malade ne se voit pas stigmatisé ;
- Le malade ne soit pas révolté pour essayer de transmettre la maladie à d'autres personnes ;
- Le malade accepte de prendre les ARV (Anti Retro-Viraux) qui deviennent une contrainte, et ceci durant tout le reste de sa vie ;
- Le malade accepte de se faire suivre régulièrement par son médecin.

3.1.3.1.9. L'Hospitalisation Médecine

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.

En somme, d'une manière générale, le Psychologue clinicien étudie, évalue et traite la personne atteinte de troubles psychiques à savoir la névrose, la psychose, les états limites.

Il prend en charge :

- Les problèmes de couple,
- Deuil de séparation,
- Les difficultés d'adaptation à un changement,
- Les difficultés de communication,
- Les difficultés scolaires, la baisse brutale du rendement scolaire,
- La baisse du rendement des travailleurs d'une entreprise,
- Les violences et agressions,
- Les conflits relationnels intrapersonnels ; interpersonnels et patients/accompagnants.

Il participe en outre aux tests psychotechniques de recrutement.

Il conduit les psychothérapies, organise des programmes de formations en santé mentale et effectue les recyclages.

3.2. Des conditions de travail du personnel soignant de l’H2M

3.2.1. Résultats relatifs aux facteurs négatifs de l'environnement de travail

Au questionnaire relatif à : « l'augmentation des cas de troubles psychologiques chez les travailleurs de l'hôpital (soignant qu'administratif) s'explique par des facteurs négatifs dans l'environnement de travail » a été traité par la question liée au milieu de travail et les différents facteurs qui le minent.

Tableau 4 : Données relatives aux facteurs négatifs de l'environnement de travail

Catégorie socioprofessionnelle (CSP)	Problèmes de santé psychique liés aux facteurs négatifs du milieu de travail			
	OUI		NON	
	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence
Permanents	16	88,88%	02	11,12%
Collaborateurs Extérieurs	06	54,55%	05	45,45%
Autres	01	50%	01	50%
Total	23	74,19%	08	25,81%

Source : Données du terrain _ Avril 2014

Au vu de ce tableau, il ressort que 74,19% des personnes enquêtées estiment que l'augmentation des cas de troubles psychologiques est due à un certain nombre de facteurs négatifs présents dans l'environnement de travail de l'hôpital. Ceci s'explique à tel point où près de 90% du personnel permanent se plaint de leur santé psychique. Par contre 25,81% de ces enquêtées pensent que cela n'est pas le cas, car ils n'ont aucun problème de santé psychique liés aux facteurs du milieu de travail ; mais peut-être à d'autres causes non énoncées ici (situation de famille, problème de couple, enfants indisposés...). Les taux obtenus par catégorie socioprofessionnelle nous amènent à nous poser certaines questions.

Qu'est-ce qui pourrait expliquer ce fait? Et comment cela pourrait-il être vérifié?

Tableau 5 : Facteurs négatifs présents dans le milieu de travail

Variables CSP	Charge excessive de travail	Fatigue + ostéo-articulaire et lombalgie	Manque de participation aux prises de décision	Autres	Total
Permanents	08	05	04	01	18
Collaborateurs Extérieurs	07	03	01	00	11
Autres	01	01	00	00	02
Effectif	16	09	05	01	31
Fréquence	51,61%	29,03%	16,12%	3,24%	100%

Source : Données du terrain _ Avril 2014

Les facteurs négatifs présents dans l'environnement de travail constituent à nos yeux, des indicateurs assez fiables pour apprécier l'augmentation des troubles psychologiques chez les travailleurs de l'HZM. En effet, la survenance de ces troubles apparaît comme la réponse du travailleur à son environnement de travail. De même, cette réponse peut être positive ou négative et dans ce dernier cas, elle se présente sous la forme de réactions d'ordres psychologiques et physiologiques. Nous veillerons également à définir chacune des notions énumérées.

- Les réactions psychologiques

Suite aux charges excessives de travail (51,61%), les natures des réactions possibles sont : le *stress*, la *dépression*, la *colère* et l'*anxiété*. Mais dans le cadre du personnel de l'HZM, le stress selon les informations recueillies est la réaction la plus fréquemment rencontrée. Ainsi, des résultats du tableau 5 ; 52% des personnes enquêtées affirment qu'elles ont des troubles d'ordre psychologique à cause de la charge de travail qui est excessive avec de fortes contraintes temporelles. Notons que ces troubles surviennent lorsqu'il existe un déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres

ressources pour y faire face (Askenazy, 2004). Les effets des troubles psychologiques sont également de nature physique.

- **Les réactions physiologiques**

Sur le plan physiologique, les cas de maladies constatées au niveau du personnel de l'HZM sont, à en croire les responsables soignants, en général les problèmes cardiovasculaires et en particulier les problèmes ostéo-articulaires et dorsolombaires.

Ainsi, il ressort du tableau que 29,03% ressentent la fatigue, la lombalgie, les articulaires et musculaires. Cela n'est pas à négliger, car le travail qui doit être une source de satisfaction et d'épanouissement, ne doit pas constituer une source de nuisance physique et mentale (Dellobe, 2009).

3.2.2. Résultats relatifs à l'orientation et aux suivis des cas de déviances psychologiques au sein du personnel de l'hôpital

Au niveau de : « l'absence d'orientation et la non prise en charge au bon moment des cas existants est due au manque d'information et à l'absence d'une unité de prise en charge psychologique », nous avons traité la question de l'aide apportée par l'Administration hospitalière aux travailleurs qui ont souffert de ces troubles.

Tableau 6 : Données liées à l'orientation et à la prise en charge ou non des travailleurs atteints de troubles psychologiques

CSP	Avez-vous souffert d'un trouble psychologique au moins une fois au cours de votre profession?			
	OUI		NON	
	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence
Permanents	17	94,45%	01	5,55%
Collaborateurs Extérieurs	10	90,90%	01	9,10%
Autres	01	50%	01	50%
Total	28	90,33%	03	9,67%

Source : Données du terrain _ Avril 2014

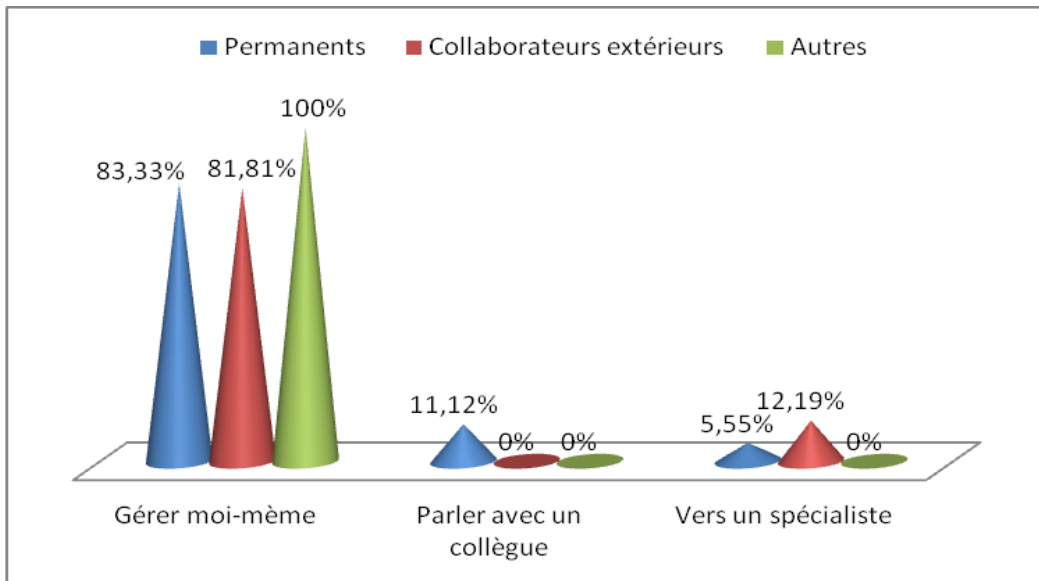
Au vu du tableau 6, plus de 90% des agents travaillant au sein de l'hôpital admet avoir souffert au moins une fois de déviances psychiques au cours de leur profession.

Ainsi, à la survenance de ces situations psychologiques inconfortables, à qui ont-ils recours et comment se gèrent ces périodes inadéquates ?

Tableau 7 : Relatif à l'existence ou non d'une unité de prévention des troubles psychiques

CSP	A la survenance de votre déviance psychologique, vers qui ou quel centre (service/unité) êtes-vous référé? Ou Comment l'avez-vous géré?		
	Gérer moi-même	Parler avec un Collègue	Voir un Spécialiste
Permanents	15	02	01
Collaborateurs Extérieurs	09	00	02
Autres	02	00	00
Total	26	02	03

Source : Données du terrain _ Avril 2014



Source : Données du terrain _ Avril 2014

Graphique I : Gestion des cas de troubles psychiques en milieu de travail

Au vu de ce graphique, on constate que 85% au moins des questionnés admettent qu'ils n'ont bénéficié d'aucune aide de l'Administration pour surmonter cette situation. Ceci, faute d'informations, de sensibilisations, d'écoute permanente de l'Administration de leur problème récurrent et surtout à la *présence d'un seul Psychologue (collaborateur externe) pour tout un hôpital de Zone*. Mais un regard sur les fréquences individuelles de chaque catégorie socioprofessionnelle, nous montre que près de 90% des travailleurs de chaque catégorie pensent qu'ils n'ont pas été pris en charge et ont essayé de s'en sortir par eux-mêmes.

Remarquons que la prise en charge des travailleurs atteints par ces troubles renvoie à la prévention tertiaire des réactions psychologiques au travail. Ainsi, lorsque tous les efforts déployés par l'organisation pour prévenir les troubles psychologiques au travail et maîtriser les risques prévisibles ont échoué, l'Administration hospitalière se doit d'agir rapidement et de manière appropriée pour prendre en charge les travailleurs atteints en repérant les employés perturbés et gérer leur problème.

Tel n'est pas le cas à l'HZM et les raisons avancées par les responsables chargés de la Gestion des Ressources Humaines, en dépit des ressources financières supplémentaires non prévues ; *sont liées au manque d'un service*

d'accompagnement psychologique au sein du Centre car, on pense à tort que c'est typiquement le rôle du GRH (Service de la Gestion des Ressources Humaines). Notons que cet état de chose est observé dans la plupart de nos Administrations hospitalières.

Au vu des résultats issus du tableau 7, on constate que 83,87% des enquêtés admettent qu'il n'existe pas une unité de prévention psychologique chargée de leur suivie sur le plan de la santé psychique.

3.3. Expressions des demandes à l'HZM

Les patients et parents reçus à l'HZM sont de diverses natures, cultures et croyances. Des pathologies superficielles simples présentes en découlent d'autres complexes et profondes.

Nous partirons de deux cas suivis en Hospitalisation-Enfant et en PMI pour une illustration.

3.3.1. Des Cas Cliniques

Cas Clinique 1 : A. Clément

❖ Identité et motif de consultation

Enfant A. Ferdinand, âgé de 7ans, écolier, domicile Agla (Cotonou) amené par ses parents pour altération de l'état de conscience avec fièvre et pâleur des muqueuses.

❖ Histoire de la maladie

Le début de la maladie remonte à 4 jours environ selon les parents marqué par une forte fièvre suivie de crise convulsive avec altération de l'état de conscience. C'est dans ce contexte qu'il est amené en urgence en consultation par son père et sa mère pour une prise en charge.

❖ Antécédents

Médicaux : paludisme.

Chirurgicaux : néant.

Familiaux : 7^{ème} d'une fratrie de 8 enfants dont 4 décédés et 4 vivants. De père, conducteur de taxi moto âgé de 45ans nommé A. Clément. Monogame, il n'avait pas connu son père biologique jusqu'à l'âge de 25ans où il décida de rechercher sa famille paternelle et cette famille retrouvée à Abomey, l'aide de fil en aiguille à retrouver son père biologique qui est un fonctionnaire au poste en ce moment à Parakou. Ce père biologique ayant reconnu qu'il avait enceinté une fille lorsqu'il était sur les bancs dans le Mono, recevra ce jeune homme comme son fils. C'était une satisfaction morale pour A. Clément : « tout ce que je voulais, c'était de le connaître physiquement et me retourner » ce qui est fait.

❖ **Histoire du couple dont est issu A. Ferdinand**

Son père A. Clément étant reconnu comme un enfant bâtard dans son milieu de vie le Mono où il a grandi dans sa famille maternelle ; il a eu de difficultés à se marier après avoir appris le métier de mécanicien moto.

Néanmoins, malgré l'opposition des grands-parents maternels de Ferdinand, A. Clément a fait l'union libre avec la mère de Ferdinand par l'amour que l'un a pour l'autre. Cette union n'étant pas acceptée par la belle-famille il n'y a pas eu de bénédiction, sinon des malédictions car leur fille leur aurait désobéi.

C'est ainsi que ce couple aurait perdu des grossesses et 4 enfants dans le contexte de maladie actuelle de Ferdinand.

❖ **Examen somatique**

Mauvais état général ; conscience altérée ; pas de raideur de la nuque ; muqueuses pales ++ ; poumons : râles ronflants et crépitants ; cœur : tachycardie régulière.

Bilans biologiques : GE+DP⁸ : GE (++) avec DP=11.302 trophozoïde/mm³ de sang ;

Taux d'hémoglobine : Tx d'Hb=5g/dl ;

NB⁹ : 21.000GB/ml ; ECB¹⁰ du LCR : liquide clair eau de roche, absence de germe

⁸ GE (Goutte Epaisse) ; DP (Densité Parasitaire)

⁹ NB (Nombres de Globules Blancs)

¹⁰ Examen Cytobactériologique du Liquide Céphalo-rachidien

visible.

Diagnostic : Paludisme Grave dans sa Forme Anémique et Neurologique (PGFAN) ; plus broncho-pneumonie sévère.

❖ **Evolution dans le service**

Après un traitement anti-malarique, transfusion 2 fois et antibiothérapie, oxygénothérapie, mis en cours, depuis 4 jours, l'évolution est lentement favorable. L'enfant n'est plus oxygéo-dépendant ; le taux d'Hb contrôlé est à 6.44g/dl, la DP contrôlée est à 1.200 trophozoïde/mm³, le NB=15.000GB/ml, mais l'état de conscience de Ferdinand reste obnubilé.

❖ **Croyances des parents**

C'est une maladie provoquée par la belle famille qui ne voulait pas de leur union ; c'est la *sorcellerie* : « ma belle-mère est sorcière » proclame le papa de Ferdinand.

La maman de Ferdinand demande à faire rentrer son enfant contre avis médical pour aller dans la tradition.

❖ **Impact psychologique de la maladie sur la vie du malade et/ou de la famille :**

Le père de Ferdinand demande le divorce, car ils ont perdu beaucoup d'enfants de la même manière. Et ceci arrive chaque fois que je ramasse une grande tontine et mon économie se volatilise déclare A.C.

Heureusement cette fois-ci, je n'ai pas pris le montant de 500.000F.CFA qui me revenait chez mon tontinier, mais il m'a déjà pris une parcelle avec, il y a 3 semaines dans la zone de Togba (Abomey-Calavi).

Je veux rentrer avec mon enfant pour le reste à faire dans la tradition.

❖ **Attentes et besoins exprimés du père de Ferdinand**

Le père est déjà allé voir les tradipraticiens (oracle) et il reste la cérémonie dite « sintuntun» pour qu'il trouve la paix et l'harmonie en famille.

❖ **Connaissance et rôle du Psychologue par les parents**

Selon le papa de Fernand, le *Bokonon* (guérisseur traditionnel) doit accompagner les médecins dans le travail. Le papa de Ferdinand est ravi de l'entretien qui lui a permis de s'extérioriser. Après les explications données sur la maladie de son enfant selon les examens ; il est revenu sur sa décision de renvoyer la mère de Ferdinand et de prendre une autre femme.

Aussi demande-t-il de parler à sa femme et surtout sur la malpropreté, les travaux ménagers et de sa négligence dans la prise en charge du foyer.

Deux (02) jours après où nous devons nous entretenir avec les parents de Ferdinand, nous avons constaté leur disparition, ils se sont évadés de l'hôpital malgré l'état de l'enfant.

Cas Clinique 2 : BB HOUEDAN

❖ **Identité et motif du malade**

BB¹¹ HOUEDAN (S/C Mme HOUEDAN V. sa mère) âgé de 5 jours, domicile Cococodji référé d'un centre de la place et conduit par ses parents le même jour à l'HZM pour *détresse respiratoire*.

❖ **Histoire de la maladie**

Le début de la maladie remonte à 24h après l'accouchement d'une grossesse de 39SA (Semaine d'Aménorrhée) dirigé et réanimé pendant 10 minutes environ avec un score d'Apgar : 6-8-9. La suite de la réanimation est marquée par une persistance de la détresse respiratoire d'où son évacuation du Centre où l'accouchement a été fait pour l'Hôpital de Mènonatin en vue d'une meilleure prise en charge.

❖ **Antécédents**

Médicaux : néant.

Chirurgicaux : néant.

Familiaux : 3^{ème} enfant d'une fratrie de 3 enfants. De père monogame, soudeur et de

¹¹ Vocabulaire adopté à un nouveau-né qui n'a pas encore de prénoms

mère ménagère.

❖ **Histoire du couple dont est issu le BB HOUEDAN**

Le couple n'a pas une histoire particulière. Il vit en union libre par l'amour qui les lie et avec le consentement des deux familles.

❖ **Examen somatique**

Mauvaise impression générale, reflet ictérique, cyanose des extrémités, les muqueuses plus ou moins colorées. Cœur : régulier à 134bat/mn ; poumons : polypnées superficielles, tirage intercostal, balancement thoraco-abdominal, battement des ailes du nez.

❖ **Bilan biologiques**

Glycémie capillaire : 1,3g/l ; Tx d'Hb=13g/dl ; NB=8.300GB/mm³ ; CRP¹² : test négatif ; Bilirubine (Directe : 10mg/l ; Indirecte : 103mg/l).

Diagnostic : SNNI¹³ + INNP¹⁴ +ictère néonatale.

❖ **Evolution dans le service**

Après la mise en route du traitement fait d'antibiothérapie -oxygénothérapie, (SG¹⁵ 7,5% ; 250ml + IONS)/jour.

Depuis 4jours l'évolution est favorable.

❖ **Croyances des parents**

C'est une maladie naturelle selon la mère. Elle est de la religion Catholique.

❖ **Impact psychologique de la maladie sur la vie du malade et/ou la famille**

La maman signale qu'elle a eu la peur de perdre l'enfant, elle est stressée.

¹² CRP : C Protein reactive (Protéine C Réactive)

¹³ SNNI : Souffrance Néo-natale Immédiate

¹⁴ INNP : Infection Néo-natale Patente

¹⁵ SG (Sérum Glucosé)

❖ **Les attentes et besoins**

Accompagnement des médecins pour expliquer les choses et nous apaiser.

❖ **Connaissance et rôle du Psychologue par la maman**

Besoin d'être accompagnée et soutenue par un psychologue, l'accompagnement de tous les parents est nécessaire, selon elle.

Nous remarquons qu'aux vues des deux cas cliniques profondément observés et étudiés, qu'il s'agit des facteurs pathogènes responsables d'un processus à la fois conflictuel et déficitaire, bouleversant l'équilibre émotionnel et/ou psychoaffectif du sujet et l'obligeant à se réaménager selon une ligne de développement inhabituel.

Ces facteurs sont multidimensionnels, organiques, psychologiques, économiques ou socioculturels. L'environnement y joue un rôle important.

Et à chaque étape de la vie correspond une étiologie particulière.

3.3.1.1. Des conditions avant la naissance

Les facteurs qui favorisent la structuration d'une personnalité morbide sont multiples.

Nous pouvons citer l'alcoolisme, l'usage fréquent de substances psychoactives chez l'un des parents, les conflits conjugaux répétés et/ou mal gérés surtout en période péri-gravidique, les catastrophes humaines et naturelles, le stress, les infections, les insuffisances ou manque de soins à la gestante, les chocs émotionnels, la non reconnaissance de la paternité, l'abandon du nouveau-né et/ou de la parturiente, la non programmation de la grossesse, etc.

3.3.1.2. A la naissance et pendant l'enfance

Sont capables de générer ou d'entretenir des dérives psychiques :

- Les traumatismes précoces physiques ou psychiques à l'accouchement (souffrance fœtale, forceps...);
- Les chocs individuels : frustrations dans l'enfance, l'absence des parents par abandon, décès, mauvaise gestion du divorce ou "polygamie moderne" ;

- Les préoccupations professionnelles des parents les rendant non disponibles.

3.3.2. Représentations socioculturelles des dérives mentales

Pour obtenir une explication des faits, chaque société dispose de ses stratégies diagnostiques, de sa perception du monde, de ses modèles explicatifs des maladies mentales.

(Ahyi *et al.*, 1987) Dans la représentation socioculturelle, en Afrique subsaharienne, les pathologies mentales ont deux origines : elles sont soit provoquées par un Homme vivant soit par un esprit. Quand la maladie est causée par un esprit, quelle que soit la religion du patient (ancestrale, traditionnelle africaine, ou importée), le guérisseur s'intéresse moins aux symptômes, en tant que signes d'une maladie organique, qu'aux indices (non cliniques), décrypte à partir des comportements, gestes et propos observés dans la famille du malade et/ou dans son groupe d'appartenance, à travers la qualité et la quantité des relations qui les unissent les uns aux autres.

Les visions ; les rêves, et les présages, entre autres aident à la détection de l'Homme ou l'esprit agresseur dans sa dénomination et/ou ses techniques d'attaque ; la consultation des oracles (exemple la géomancie) constitue un outil privilégié dans ce diagnostic (A. Clément).

A chaque type étiologique d'attaque correspond une catégorie de symptômes ou de syndromes et une cure appropriée.

Ainsi dans le cas de A. Clément, de source traditionnelle, il lui a été révélé un signe TCHE-MEDJI ; qui d'après le tableau de correspondance présente :

Tableau 8 : Consultation traditionnelle du signe de A. Clément

Correspondances Signe	Comportement et humeur	Affectivité et comportement socioprofessionnel	Interrelations et sexualité
TCHEMEDJI	<ul style="list-style-type: none">- Echech par manque de but précis- Dépressif- Mort violente possible	Instabilité affective, financière	Duplicité paillardise

Source : Ahyi G., *et al.*, *Le thérapeute traditionnel face au comportement d'allure psychopathique*, 1985.

Il ressort de ces présages traditionnels pour A. Clément, que tant qu'il ne donne une autre orientation positive à son destin ; il sera toujours hanté par ces situations et bien d'autres, encore pires. Car du signe « TCHE-MEDJI », ces prévisions sur le plan comportemental seraient toujours avides de succès avec une dépression permanente associée à une instabilité affective et financière. Le 'fà' lui prédit aussi une fuite en avant qui l'amènera sûrement vers la mort précoce ; si les sacrifices expiatoires le concernant ne sont pas faites.

3.4. Niveau de connaissance du rôle du Psychologue à l'HZM

La connaissance du rôle du Psychologue clinicien constitue un atout important afin de solliciter son intervention.

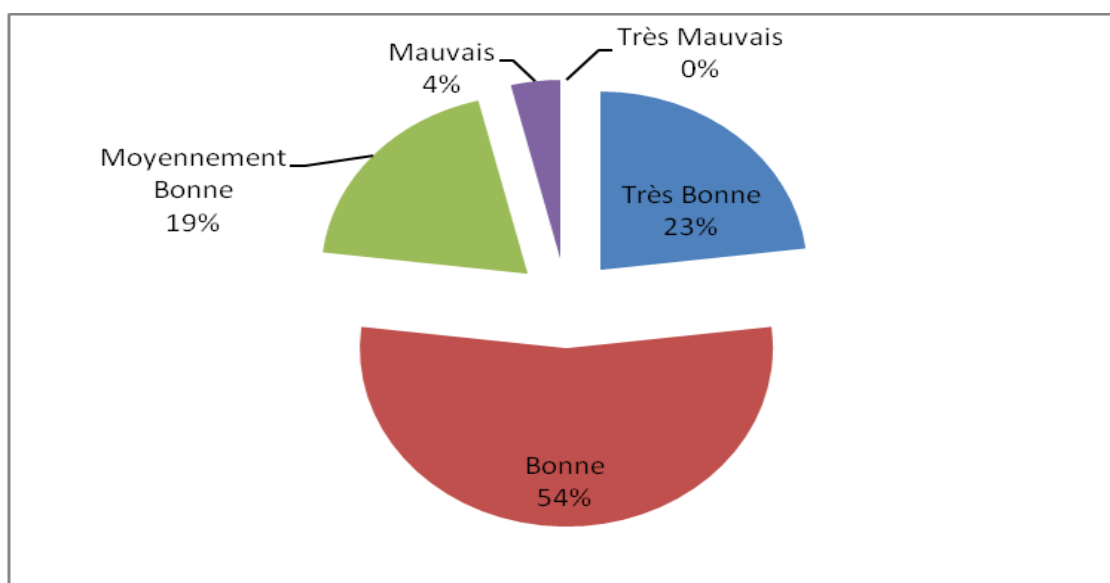
Nous résumons les informations cumulées dans le tableau 9 :

Tableau 9 : Résumé du niveau de connaissance du Psychologue à l'hôpital

Catégories	Estimation de la connaissance du rôle du Psychologue à l'Hôpital					
	Nombre	Très bonne	Bonne	Moyennement bonne	Mauvaise	Très mauvaise
Patients	26	02	12	10	02	00
Parents	15	01	04	07	01	02
Soignants	21	05	12	03	01	00
Personnes ressources	05	01	02	02	00	00
Total	67	09	30	22	04	02

Source : Données du Terrain _ Avril 2014

3.4.1. Niveau de connaissance du rôle du Psychologue par les soignants et personnes ressources à l'HZM



Graphique II : Estimation de la connaissance du rôle du Psychologue par les soignants et personnes ressources à l'Hôpital

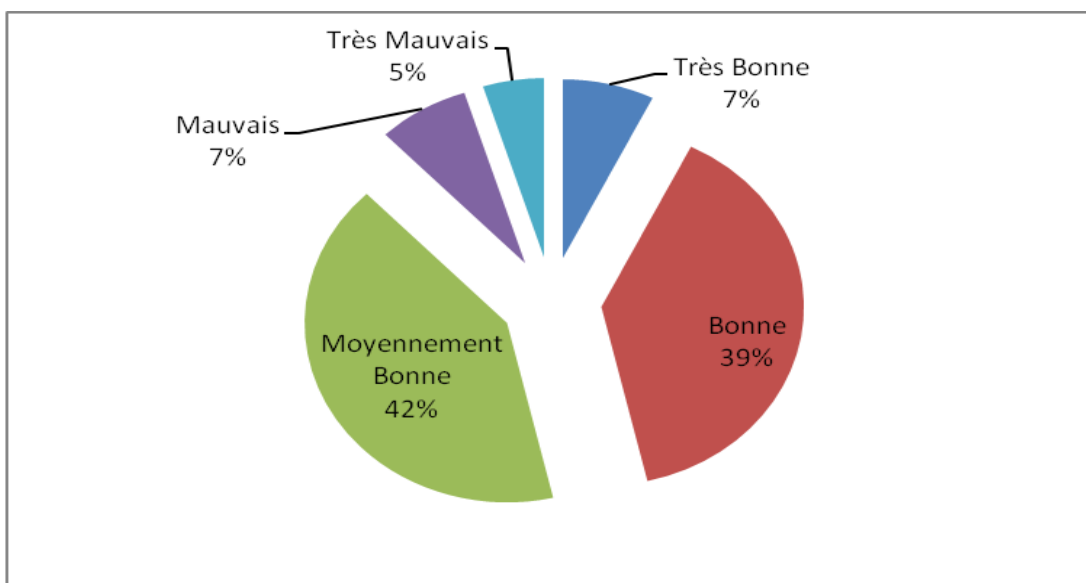
Source : Données du Terrain _ Avril 2014

Au vu du Graphique II, plus du tiers des acteurs (77%) de l'HZM a une connaissance réelle du Psychologue, de son statut et de son importance dans les

hôpitaux.

Par contre, bien que possédant des connaissances de base en psychologie médicale, près du quart du personnel soignant et quelques personnes ressources ne peuvent informer ou disposent de très peu d'informations quant aux rôles précis du Psychologue et surtout de son apport indispensable.

3.4.2. Niveau de connaissance du rôle du Psychologue par les patients et parents à l'HZM



Graphique III : Estimation de la connaissance du rôle du Psychologue par les patients et les parents à l'Hôpital

Source : Données du Terrain _ Avril 2014

Bien qu'en préférant cet hôpital, du fait d'un accueil bon, de la disponibilité moyenne du personnel soignant, de la compétence suffisante et parfois de la proximité ; près de la moitié (Bonne et très Bonne, 46%) des patients rencontrés ainsi que les parents au vu du graphique III, ont assez d'informations sur le rôle évident et indispensable du Psychologue dans un tel centre de référence.

Mais relativement, suite aux explications données à ceux ne disposant pas assez d'informations ; ils réclament à cœur joie l'urgence d'un tel service qui doit être selon eux « *l'entrée et la sortie obligatoire de tout patient* ».

CHAPITRE IV : COMMENTAIRE ET DISCUSSION

4.1. De la nécessité de la prise en compte du statut de l'HZM

Dans une société où vivent des hommes, naissent des rapports de services sociaux, des formes multiples de collaborations. Les individus issus de ces sociétés sont engagés ou non dans des organisations. Ils se mettent parfois en groupe pour un objectif donné malgré leurs horizons divers. Comme le souligne Maissonneuve (1987) : « les groupes ne sont pas des objets figés, ils naissent, se développent, se maintiennent ou se dispersent ; bref, ils ont une histoire ». Toute fois « ce ne sont pas en effet simplement des savoirs qui se confrontent autour d'une opération de développement, ce sont aussi des comportements, des pratiques, des intérêts, en un mot des acteurs sociaux en chair et en os avec leur logique et leur stratégies respectives, multiples, diversifiés, ambiguës et fluctuantes ».

Cette analyse sera consacrée aux conditions de mise en œuvre du partenariat, aux modalités de fonctionnement du partenariat, à la perception des acteurs, aux interactions entre les acteurs, à la nature des relations et aussi à la participation des divers acteurs impliqués directement ou indirectement dans ce partenariat et au contrat faisant office de partenariat.

Ainsi, quant à l'intervention du Ministre de la Santé, Dorothée A. KINDEGAZARD en 2007 ; déclare que ' 'ce n'est pas un hasard que je sois venue avec [...]. Nous reviendrons avec la Directrice Départementale de la Santé, pour décider quel doit être désormais le *statut de l'Hôpital de Mènontin et revoir la validité de ce contrat*' '.

Aucune relation ne peut connaître de succès dans un environnement de "cacophonies et de contestations orchestrées" (Logozo, 2011).

Tous ces facteurs sont à la base des conflits entre les acteurs et fragilisent les relations de coopération et développement.

Quelle est alors la réelle nature de l'Hôpital de Mènontin ?

4.1.1. De la vraie nature de l'Hôpital

Les établissements hospitaliers se distinguent par leur statut, leur mission, leurs services (spécialités et plateaux techniques), leur taille et leurs ressources. Ces critères contribuent à déterminer leur aire d'attraction et leur rayonnement.

4.1.1.1. Statut et mission

D'après le Plan Directeur National de Lutte Contre les Maladies Tropicales Négligées (2012-2016) de la Direction Nationale de la Santé Publique du Ministère ; le système national de santé a une structure pyramidale calquée sur le découpage territorial. Il comprend trois niveaux différents que sont :

- ✓ Le niveau central ou national ;
- ✓ Le niveau intermédiaire ou départemental ;
- ✓ Le niveau périphérique.

Au niveau central, les prestations de services sont assurées par les structures ci-après : le Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU-HKM), le Centre National de Pneumo-phtisiologie, le Centre National de Psychiatrie, le Centre National de Gérontologie, l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL).

Au niveau départemental, les prestations des services de santé sont assurées par cinq (05) Centres Hospitaliers Départementaux (CHD), quatre (04) Centres de Dépistage et de Traitement de l'Ulçère de Buruli (CDTUB), huit (08) Centres de Traitement Anti Lèpre (CTAL) et un centre de Pneumo-phtisiologie.

Au niveau périphérique, les prestations de services de santé sont assurées par vingt et un (21) Hôpitaux de Zone (HZ), cinq cent quatre vingt quatorze (594) Centres de Santé (CS), en plus des formations sanitaires privées et des unités villageoises de santé.

4.1.1.2. Partenariat secteur public et secteur privé

Le secteur privé en République du Bénin comprend trois composantes :

- ✓ Le secteur privé libéral ;
- ✓ Le secteur privé à vocation humanitaire (confessionnel, associatif,

ONG, coopératif à but non lucratif) ;

✓ Le secteur pharmaceutique.

L'offre des soins de santé dans les secteurs privés et libéraux est prépondérante. Ces secteurs, malgré leur contribution à la fourniture des services de santé ne bénéficient pas de l'attention requise de la part de l'Etat. Ils évoluent dans une ambiance de concurrence déloyale entretenue par les humanitaires et les fonctionnaires de l'état.

Actuellement, il existe un cadre de concertation entre le secteur public et le secteur privé, créé par arrêté n° 4139 du 13 Mai 2005/MSP.

Plusieurs actions notamment le renforcement des compétences du personnel soignant du privé dans les domaines de la prévention et dans la prise en charge des patients ont été engagées. Ces actions ont été réalisées grâce au concours de l'état et des partenaires au développement.

Des hôpitaux privés¹⁶ sont érigés en hôpitaux de zone et bénéficient de ce fait de l'appui technique et financier de l'Etat.

Les établissements publics ou privés du service public hospitalier ont pour mission de garantir l'égal accès aux soins qu'ils dispensent. Ils sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services. Ils doivent être en mesure de les accueillir jour et nuit, éventuellement en urgence, ou d'assurer leur admission dans un autre établissement garantissant le service public. Ils ne peuvent établir aucune discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins. Ils peuvent seuls concocter un service d'aide médicale urgente et mettre en place des permanences d'accès aux soins de santé pour personnes en situation de précarité.

Les médecins et personnels non médicaux¹⁷ intervenant dans les établissements publics ou privés ayant un contrat avec l'Etat sont très majoritairement salariés notamment fonctionnaires de la fonction publique hospitalière.

Les médecins des établissements privés, eux, ont très souvent un statut libéral : ils perçoivent directement la rémunération correspondant aux actes

¹⁶ Établissements privés ayant conclu un contrat de concession pour l'exécution du service public hospitalier

¹⁷ Plan Directeur National de Lutte Contre les Maladies Tropicales Négligées (2012-2016) de la Direction Nationale de la Santé Publique (MSP)

médicaux qu'ils réalisent.

À noter que les salariés des hôpitaux peuvent parallèlement exercer, à temps partiel, une activité libérale, en cabinet ou même au sein de l'hôpital pour certains spécialistes.

Pour résumer, l'Hôpital de Mènontin est un Hôpital de Zone de nom car, il dispose effectivement d'un contrat avec l'Etat (MSP), mais en réalité les termes du contrat ne sont pas réellement assurés par le « Concédant ». Ainsi, l'hôpital, son administration, son personnel et ses collaborateurs extérieurs s'organisent même en dehors des subventions étatiques non bénéfiques, ils gardent haut le flambeau d'un Centre hospitalier de référence de sa catégorie afin que la population béninoise n'en partît.

4.1.2. Des conditions de travail du personnel d'un Hôpital de Zone

Le Médecin-Chef anesthésiste-réanimateur dixit :

« Vous savez au Bénin, certaines choses marchent de travers et vous êtes obligés de vous conformer, sinon, on dira que vous êtes malades et on cherchera à tout prix de vous combattre, parfois au prix de votre fonction. Outre passant cela, il est inconcevable dans un service hospitalier d'une certaine envergure (appelé Hôpital de Zone) et ayant un supposé contrat avec l'Etat, qu'un Hôpital de ce type présente ces caractéristiques : des services existants de nom ; de l'absence totale d'appui étatique ; des infrastructures insuffisantes ; des traitements ambulatoires ; du manque de primes supplémentaires ; de la mobilité du personnel ; de la précarité de l'emploi... ».

Se retrouvant dans une telle situation, le Médecin ou Soignant ne peut que donner le meilleur de lui-même, suivant le contrat de son cahier de charge ; voyez mon regard... Et il poursuit :

« Dans un Hôpital de ce genre, là où nous avons été formés pour ne pas dire l'Europe, tous les services sont assurés de façon rotatoire, c'est-à-dire une journée subdivisée en 3, donc huit (08) heures par période de travail. Les médecins et soignants se relèvent par intervalle de temps de 8h... car c'est ahurissant et parfois énervant de travailler 16h d'affilée ; et c'est contraire même à la déontologie et à la physiologie humaine ».

De ce fait, il conclut dans ces conditions, tout au moins un service d'ordre psychosocial doit être présent afin d'accompagner le personnel dans les différentes situations déviantes (colère, dépression...) qui vont se présenter.

Or, nous disposons des données du terrain que 74,19% des personnes enquêtées estiment que l'augmentation des cas de troubles psychologiques est due à un certain nombre de facteurs négatifs présents dans l'environnement de travail de l'hôpital. Ceci s'explique à tel point où près de 90% du personnel permanent se plaint de leur santé psychique due aux facteurs mais aussi à d'autres causes (situation de famille, problème de couple, enfants indisposées...).

Les facteurs négatifs présents dans l'environnement de travail constituent à nos yeux, des indicateurs assez fiables pour apprécier l'augmentation des troubles psychologiques chez les travailleurs de l'HZM. En effet, la survenance de ces troubles apparaît comme la réponse du travailleur à son environnement de travail (Ferragut *et al.*, 1999).

- **Les réactions psychologiques**

Suite aux charges excessives de travail (51,61%), les natures des réactions possibles sont : le *stress*, la *dépression*, la *colère* et l'*anxiété*. Mais dans le cadre du personnel de l'HZM, le stress selon les informations recueillies est la réaction la plus fréquemment rencontrée. Ainsi, des résultats du tableau 5 ; 52% des personnes enquêtées affirment qu'elles ont des troubles d'ordre psychologique à cause de la charge de travail qui est excessive avec de fortes contraintes temporelles.

- **Les réactions physiologiques**

Sur le plan physiologique, les cas de maladies constatées au niveau du personnel de l'HZM sont, à en croire les responsables soignants, en général les problèmes cardiovasculaires et en particulier les problèmes ostéo-articulaires et dorsolombaires.

Ainsi, il ressort que 29,03% ressentent la fatigue. Cela n'est pas à négliger, car le travail qui doit être une source de satisfaction et d'épanouissement, ne doit pas constituer une source de nuisance physique et mentale.

- **Orientation du personnel souffrant**

Plus de 90% des agents travaillant au sein de l'hôpital admettent avoir souffert au moins une fois de déviances psychiques au cours de leur profession.

A qui font-ils recours à la survenance de ces situations psychologiques inconfortables, ou comment se gère ces périodes inadéquates ?

85% au moins des questionnés admettent qu'ils n'ont bénéficié d'aucune aide de l'Administration pour surmonter cette situation. Ceci, faute d'informations, de sensibilisations, d'écoute permanent de l'Administration de leur problème récurrent et surtout à la *présence d'un seul Psychologue (collaborateur externe) pour tout un hôpital de Zone*. Mais un regard sur les fréquences individuelles de chaque catégorie socioprofessionnelle, nous montre que près de 90% des travailleurs de chaque catégorie pensent qu'ils n'ont pas été pris en charge et ont essayé de s'en sortir par eux-mêmes.

Remarquons que la prise en charge des travailleurs atteints par ces troubles renvoie à la prévention tertiaire des réactions psychologiques au travail. Ainsi, lorsque tous les efforts déployés par l'organisation pour prévenir les troubles psychologiques au travail et maîtriser les risques prévisibles ont échoué, l'Administration hospitalière se doit d'agir rapidement et de manière appropriée pour prendre en charge les travailleurs atteints en repérant les employés perturbés et gérer leur problème (Coupechoux, 2006).

Tel n'est pas le cas à l'HZM et les raisons avancées par les responsables chargés de la Gestion des Ressources Humaines, en dépit des ressources financières

supplémentaires non prévues ; *sont liées au manque d'un service d'accompagnement psychologique au sein du Centre car, on pense à tort que c'est typiquement le rôle du GRH* (service chargé de la Gestion des Ressources Humaines). Notons que cet état de chose est observé dans la plupart de nos Administrations hospitalières.

Et enfin 83,87% des enquêtés admettent qu'il n'existe pas une unité de prévention psychologique chargée de leur suivie sur le plan de la santé psychique.

A l'HZM, l'inexistence du service Psychiatrique et Psychologique et la pénurie de certains types de personnel paramédical est particulièrement sensible. Pour tout cet hôpital couvrant une *grande aire sanitaire, il n'existe qu'un seul Psychologue intervenant une seule fois dans la semaine pour près de 200 patients* par an souffrant d'affections psychosomatiques. Il se développe ainsi une couverture très peu partielle des patients se trouvant dans le besoin d'accompagnement psychologique. Le traitement ambulatoire n'est pas souvent une réussite dans le traitement des maux psychologiques. Dans ce contexte tendu de démographie médicale, les établissements, pour combler leurs postes vacants, se doivent de devenir attractifs pour les professionnels de santé. Le cadre de travail, le cadre de vie et l'accessibilité sont des éléments importants constitutifs de cette attractivité (Ginger, 2006).

4.2. Des constatations concluantes

Relativement à l'**hypothèse 1** ; les soignants ont témoigné de leur perception de la nature des demandes observées chez les patients, appuyant de ce fait l'existence effective de demandes psychologiques à leur niveau, comportant ou non des traits culturels. Selon les propos recueillis, la pression socioculturelle est aussi un fait réel, plein de symboles que vivent les patients tant à la maternité, en PMI qu'à la chirurgie. Outre ce fait culturel, certains patients font allusion à l'envoutement qui transparait en filigrane sur le tableau clinique. La perception de l'étrange (sorcellerie) dans le discours éloigne le soignant de l'objectivité (Hountondji *et al*, 1994). L'immersion du soignant dans un flot de subjection qu'il

n'est pas censé maîtriser, fait penser à une nécessité d'un travail supplémentaire du Psychologue sur des valeurs personnelles qui peuvent influencer le processus de guérison du patient. Cependant, toutes les demandes des patients ne sont pas absolument basées sur des implicites culturelles. Certains patients insistent aussi sur la totalité relationnelle qui peut avoir un impact sur le bien-être : *la qualité de l'accueil et l'écoute*.

La recherche a permis de constater que certains patients ne savent pas demander de l'aide et que ce sont les plus en détresse qui ne demandent rien. Mieux, *l'allusion des patients à des considérations culturelles n'étant pas acceptée dans le registre médical, ils ne l'expriment qu'à ceux qui peuvent les écouter*. La tradition a toujours considéré le traitement sur les plans physiques et spirituels. Les malades qui accordent de l'importance au spirituel seraient apparemment isolés dans leur sphère mentale à l'hôpital. Cela crée une certaine rupture dans la communication. **Cette seule solitude constitue déjà un facteur psychodynamique susceptible de ralentir la guérison.**

Cette partie du travail de recherche nous révèle qu'il existe : une présence de troubles psychologiques, un problème technique de manque de temps et de compétences à l'écoute ; qu'il n'est offert aux patients présentant des troubles psychologiques qu'une chimiothérapie comme toute autre affection somatique. Cette attitude thérapeutique peut paraître pour certains patients normaux mais dans d'autres contextes aboutir à un échec ou à une franche opposition. L'alternative proposée au patient est une consultation psychiatrique (Zohoungbogbo et Zoumènou, 2008).

Néanmoins, rares sont ceux parmi les soignants qui proposent un accompagnement par la suite. Il convient de constater que tous les soignants, selon leur prérogative, s'inscrivent sur le terrain de la chimiothérapie. C'est dire qu'à toute affection, correspond une médication appropriée. Les médecins en général ne traitent que les symptômes organiques du désordre et pourraient parfois ne pas percevoir l'expression des symptômes des troubles psychiques. Ce n'est jamais pour les déceler qu'on envoie faire des analyses ; mais pour finir par poser un diagnostic et mettre un traitement chimiothérapique. Globalement les soignants

adoptent trois attitudes face aux troubles psychologiques. La première et la dominante est la chimiothérapie symptomatique. Vient ensuite l'orientation psychiatrique et enfin quelques rares 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 expliquer l'accroissement de la fréquentation de certains malades soumis à un traitement chimiothérapique en l'absence de toute preuve objective.

D'après les propos des soignants, des parents et l'analyse des contextes thérapeutiques et socioculturels, il ressort que la plupart de ces soignants en présence des troubles psychologiques s'attèlent essentiellement aux traitements chimiothérapiques des symptômes apparents. Avec une telle pratique, on se demande s'il n'y a pas de problème de méconnaissance du rôle du Psychologue (**hypothèse 2**). Pour vérifier l'effectivité d'une telle insuffisance, nous affirmons qu'à l'HZM, les soignants et les patients sont apparemment informés du rôle du Psychologue clinicien ou ne le sont pas. Mais ils se retrouvent face à une pénurie cruelle car un seul Psychologue se retrouve impuissant face à un personnel d'environ 200 personnes et/ou face à un flux de patient moyen annuel de 60.000 personnes.

Les soignants sont informés de l'existence du titre 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 avec un rôle d'auxiliaire médical. Son action thérapeutique tourne autour de la maladie mentale à l'hôpital. Cette méconnaissance du rôle du Psy est soit partielle, amalgame avec les attributs du Psychiatre, soit totale. La connaissance des soignants en matière de psychologie médicale ne leur a pas permis d'informer aisément les patients/parents sur le rôle du Psychologue clinicien à l'hôpital. Cela prouve bien qu'en matière de spécificité, une différence existe entre la Psychologie clinique et la Psychologie médicale apparente.

Néanmoins, ces principaux acteurs de l'hôpital signalent la nécessité de travailler avec *un collègue de Psychologues*. Il existe donc un contraste entre cette demande des soignants et la méconnaissance des activités que peut mener ce

spécialiste de la santé mentale. Cela pourrait expliquer alors l'orientation psychiatrique par les soignants.

Les patients, sous la même lancée que leurs thérapeutes, souhaitent une présence de cette tierce personne à leur côté (**hypothèse 3**). L'objectif des patients et parents étant de tendre vers une amélioration de la relation sanitaire, ils voudraient trouver en la personne du Psychologue un réceptacle d'interaction, d'empathie, d'attention et d'humanité à leur égard ; choses qui se faisaient désirer en sourdine dans ce lieu de souffrance et de rétablissement (Tedongmo tiayo, 2010).

4.3. Suggestions

Nous prévoyons quelques suggestions à l'instar des acteurs intervenants dans le milieu hospitalier.

➤ Patients et Parents

- Suivre régulièrement les soins indiqués par les médecins et à temps ;
- Etre patients quand des traitements sont en cours ;
- Eviter de tenir des propos déplacés à l'endroit des soignants ;
- Se rapprocher des médecins ou des soignants lorsqu'une situation d'inquiétude ou un besoin d'éclaircissement se présente ;
- Se rapprocher immédiatement du service psychosocial de l'hôpital quand se présente une situation déprimante.

➤ Personnel soignant

- Etre courtois et accueillant ;
- Se rendre serviable et ouvert ;
- Savoir écouter et orienter les malades présumés déprimés ;
- Assister aux séances d'informations sur les thématiques spécifiques à l'accueil, à la sécurité professionnelle, à l'écoute, à l'hygiène mentale, aux thérapies psychologiques élémentaires et à l'orientation psychologique ;
- Se référer aux Psychologues quant aux problèmes en milieu professionnel.

➤ Administration

- Destigmatiser la consultation psychologique par des séances d'IEC¹⁸ ;
- Organiser des conférences-débats sur des thèmes ayant rapport à la santé mentale au profit des médecins en particulier et du personnel en général ;
- Créer une unité de Psychologie au sein de l'hôpital afin de permettre la prise en charge et l'accompagnement psychologique des malades et du personnel ;
- Œuvrer à la création d'une structure de prise en charge des démunis et des indigents ;
- Organiser des séances d'IEC sur les règles de l'accueil à l'intention du personnel sur une périodicité régulière tout au long de chaque année ;
- Prendre conscience de l'importance d'améliorer les conditions de travail du personnel ;
- Créer un service composé des Psychologues (cliniciens et organisationnels), des Médecins du travail et des ergonomes œuvrant pour assurer une meilleure productivité et un bien-être des travailleurs et pour :
 - La sécurité au travail ;
 - La prévention des maladies professionnelles ;
 - Le suivi de la carrière professionnelle...
- Mettre en place de meilleurs systèmes de travail et de gestion ;
- Développer une culture d'entreprise plus amicale et un esprit d'entraide ;
- Vérifier régulièrement le niveau de satisfaction et de santé du personnel;
- S'assurer que le personnel sache à qui parler en cas de problème ;
- Instaurer le dialogue entre responsables et le personnel pour créer un climat de confiance, et permettre ainsi au personnel de parler des réalités auxquelles ils sont confrontés, et ceci à chaque fin de semaine.

¹⁸ Information-Education-Communication

➤ **Etat (MSP)**

- Eclairer sur le statut réel de l’HZM ;
- Accompagner matériellement et financièrement l’HZM suivant le contrat en vigueur ;
- Aider l’hôpital à créer une unité de Psychologie, à recruter des Psychologues et à aider à son bon fonctionnement ;
- Construire des bâtiments pour répondre aux besoins et aux bonnes conditions d’hospitalisation des malades ;
- Faire assurer les conditions de travail dans les normes ergonomiques : les salles de consultations et de soins espacées et aérées ;
- Améliorer le cadre de travail en désengorgeant les bureaux ;
- Accorder une importance aux aspects du climat social entre travailleurs.

CONCLUSION

La présente étude qui s'intéresse à « **l'importance d'une unité de psychologie en institution hospitalière : cas de l'Hôpital de Zone de Mènontin** » vise à faire connaître aux autorités de la Santé, la nécessité d'une prise en charge rapide des facteurs conduisant aux troubles mentaux du personnel en milieu hospitalier en vue d'une meilleure prévention. Ainsi, étant en état et bien aguerris psychologiquement, ils sont chargés de bien comprendre les différents types de patients se présentant à eux ; les écouter, les comprendre et les orienter.

A cet effet, trois hypothèses ont été formulées. La première met en exergue les besoins psychologiques exprimés par les patients à l'hôpital de Zone de Mènontin. Quant à la deuxième, elle est relative à la sous information aux rapports de l'utilité d'une intervention psychologique en institution hospitalière ; alors que la troisième est liée à l'instauration d'une unité de psychologie dans l'hôpital pour une meilleure prise en charge des patients et du suivi psychologique du personnel.

De l'analyse des résultats, il a été constaté une méconnaissance légère ou une reconnaissance indisponible du rôle du psychologue à l'HZM.

Ainsi, il est retenu, d'une part que les causes ou les origines des troubles de comportement au sein du personnel sont dus aux facteurs négatifs présents dans l'environnement de travail. En effet, la survenance de ces troubles apparaît comme la réponse négative et se présentant sous la forme de réactions d'ordres psychologiques et/ou physiologiques. Suite aux charges excessives de travail, l'obligation de satisfaire le malade et de donner un bon rendement, les natures des réactions possibles sont : le *stress*, la *dépression*, la *colère* et l'*anxiété*. Sur le plan physiologique, les cas de maladies constatées au niveau du personnel de l'HZM sont en général les problèmes cardiovasculaires et en particulier les problèmes ostéo-articulaires, dorsolombaires et d'asthénie fonctionnelle.

D'autre part, la présence des facteurs pathogènes (personnels, familiaux ou sociaux) sont parfois responsables d'un déséquilibre émotionnel et/ou psychoaffectif du sujet (patient) et l'obligeant à se réaménager selon une ligne de

développement inhabituel. Se retrouvant dans une telle inconfortabilité psychologique, et avec toute la patience et l'ouverture, il lui reviendra d'exposer la situation-problème afin d'être bien traité psychologiquement puis somatiquement.

En somme, toutes ces situations de déviances psychiques à l'HZM pourraient être évitées ou prises en charge par la communauté hospitalière (Hôpital, MSP) en instaurant une unité de psychologie au sein de l'hôpital en vue de bien recevoir les cas à eux présentés à temps et en nombre ; puis un suivi rigoureux pour le personnel de l'hôpital qui sont souvent sujets de bien de troubles psychologiques en milieu professionnel hospitalier.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

▪ Ouvrages

1. **Ahyi, G.** (1987). *La Psychiatrie en Afrique noire*, in *5^{ème} Entretiens de Médecine aéronautique et tropicale*, Bénin, P14-17.
2. **Ahyi, G., Houngbe-Ezin, J., Gandaho, P.** (1996). *Croyances-pratiques socioculturelles et déficience mentale dans l'aire Adja-fon en République du Bénin*, 5^{ème} Congrès de l'AIRHM, Abidjan, P39-47.
3. **Askenazy, P.** (2004). *Les désordres du travail: enquête sur le nouveau productivisme*, Seuil, 178p.
4. **Ba L.; Griffiths A., et Cox, T.** (2004). *Organisation du travail et stress: approches systématiques du problème à l'intention des employeurs des cadres dirigeants et des représentants syndicaux*, P29-45.
5. **Brenot, P.** (2007). *Psy mode d'emploi*. Quercy, Coll IF. , 243p.
6. **Bruchon-Schweitzer, M.** (2002). *Psychologie de la santé modèles, concepts et méthodes*. Paris, Dunod, Coll. "PSCHO SUP", 443p.
7. **Chombart de Lauwe, M-J.** (1999). *Un monde autre : l'enfance*, Paris, Payot, 447p.
8. **CIM.10/ICD 10**, (1993). *Classification Internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement : Description cliniques et directives pour le diagnostic*, Masson, 305p.
9. **Coupechoux, P.** (2006). *Un monde de fous. Comment notre société maltraite ses malades mentaux*, Ed Seuil, 114p.
10. **Daco, P.** (1977). *Les prodigieuses victoires de la psychologie moderne*. Verviers, Marabout, 500p.
11. **Dah-Lokonon, G.** (2007). *Les troubles mentaux et les perturbations psychiques dans l'espace de Wémè : de la nécessité des consultations psychiatriques*, P75-93.
12. **Delobbe, N.** (2009). *Bien-être au travail et performance organisationnelle*, 58p.
13. **Ferragut E., Colson P., et al.** (1999). *Douleurs et psychopathologies liées aux traumatismes*. Paris, Masson, 181p.
14. **Fua, D.** (2002). *Les métiers du psychologue clinicien*. Paris, Nathan Université, 201p.

15. **Ghiglione, R.** (1998). *Les métiers de la psychologie*. Paris, Dunod, coll. "Les Topos", 127p.
16. **Ginger, S. et al.** (2006). In « *Etre Psychothérapeute : Questions, pratiques, enjeux* ». Paris, Dunod, 251p.
17. **Hountondji, P. et al.** (1994). "Les savoirs Endogènes, pistes pour une recherche", Série des livres du CODESRIA 22 au 24, boulevard Arago, Paris, 259p.
18. **Hounwanou, T.R.** (1984). *Le fà. Une géomancie divinatoire du Golfe du Bénin*, Lomé, Les nouvelles Editions Africaines, 249p.
19. **Huisman, D.** (1972). *Encyclopédie de la psychologie*. Bourges, Nathan.
20. **INSAE** (2013), 4^{ème} phase du Recensement Générale de la Population et de l'Habitation.
21. **Le Groupe de recherche SHEPELL** (2005). *Les indicateurs de santé mentale: leur impact selon le Programme d'Aide aux Employés*, volume 1, numéro 1, 14p.
22. **Logozo, R.** (2011). *Approche socio-Anthropologique d'un partenariat public-privé en santé : Cas de l'Hôpital de Mènonatin*. Mémoire de Maîtrise, Manuscrit, Sociologie-Anthropologie. Université d'Abomey-Calavi, Bénin, 94p.
23. **Merleau-Ponty, M.** (1945). *Phénoménologie de la perception*, chap 6 Gallimard, P.209-213.
24. **Moldin, S., Scheftner, W.A., et al.** (1993). *Psychologie médicale*. Londres, 812p.
25. **Organisation Mondiale de la Santé** (2002). *Rapport mondial sur la violence et la santé*, Genève, 376p.
26. **MSP** (2012). Plan Directeur National de Lutte Contre les Maladies Tropicales Négligées (2012-2016).
27. **Schauder, C.** (2004). *Transmission de la névrose et image inconsciente du corps : à propos d'un cas de bégaiement invalidant et d'une constipation chronique grave*, Edition Seuil, 121p.
28. **Selye H.** (1962). *The Stress of Life*. Edition Gallimard, (1^{ère} éd. en 1962, 2^e éd. en 1975).
29. **Sillamy, N.** (1967). *Dictionnaire de la Psychologie*, Paris, Larousse.
30. **Sutter, J.** (1989). *Vous et la Psychiatrie*, Edition Economica-Santé, 248p.
31. **Tedongmo Tiayo, L.** (2010). *Pathologies limites de l'adolescent et dynamique familiale à Cotonou*. Mémoire de Diplôme D'études Spécialisées

en Psychiatrie, (FSS), 93p.

32. **Whannou, M.** (2012). *Amélioration des Conditions de Travail dans les Entreprises publiques Béninoises: cas du Port Autonome de Cotonou*. Mémoire de Maîtrise, **Manuscrit**, Psychologie et Sciences de l'Education. Université d'Abomey-Calavi, Bénin, 89p.
33. **Zohoungbogbo, O. et Zoumènou, R.** (2008). *Rôle du psychologue clinicien en milieu hospitalier : Cas de la Clinique Coopérative de Santé d'Abomey-Calavi*. Mémoire de Maîtrise, **Manuscrit**, Psychologie et Sciences de l'Education. Université d'Abomey-Calavi, Bénin, 105p.

▪ **Webographie**

1. <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=20238902> [archive] Compte rendu de l'étude dans la Revue internationale de Psychologie sociale, 2007, volume 20, n° 4, 27 pages. Consulté le 19 mai 2014 à 17:06.
2. http://www.uqac.quebec.ca/zone30/Classiques_des_sciences_sociales/index.html, 14 pages. Consulté le 04 Juin 2014 à 10h43mn.
3. Le comportement anormal dans un contexte historique. Consulté le 17 Avril 2014 à 19h51mn sur superieur.deboeck.com/ressource/extra/9782804153854/BARLOW_-_Extr_ch1.pdf, 19 pages.
4. JODELET Denise (1989). *Folies et Représentations Sociales*. PUF, 124 pages. Consulté le 17 Juin 2014 à 11h24mn.

ANNEXES

❖ ANNEXE I : GUIDE D'ENTRETIEN

Guide d'entretien destiné au Personnel et aux Personnes ressources

Code Date :

Dans le cadre de notre mémoire de maîtrise en Psychologie, nous effectuons la collecte des données sur *l'importance d'une unité de Psychologie en institution hospitalière : Cas de l'Hôpital de zone de Mènontin*. Reconnaisant l'importance de votre contribution à la réussite de ce travail, nous vous prions de bien vouloir partager avec nous les informations disponibles sur quelques questions dont nous allons débattre. À cet effet, nous vous rassurons du caractère confidentiel de ces informations que vous mettrez à notre portée et vous promettons de les traiter dans l'anonymat total.

I- Identification du répondant

Lieu de déroulement de l'entretien Profession
.....

II- Situation et importance d'une unité de Psychologie

- 1- A quand situez-vous la création de l'hôpital de zone de Mènontin ?.....
- 2- Quelles sont à votre avis, les raisons qui militent en faveur de la création de cet hôpital ?.....
.....
- 3- Quelle doit être la structure et la composition (caractéristiques) d'un Hôpital de Zone ? Peut-il se passer d'une unité de Psychologie aux temps modernes ?.....
.....
- 4- L'hôpital de Mènontin est il un Hôpital de Zone ?.....
- 5- En quoi une unité de Psychologie vous est- il indispensable dans le dispositif de prise en charge des patients et du suivi Psychologique du personnel dans l'hôpital de Mènontin ?.....
.....
- 6- Es t-il nécessaire d'avoir un Psychologue clinicien dans votre Centre Hospitalier ?.....
.....
- 7- Disposez-vous d'un ou des Psychologues dans votre centre ?.....
.....
- 8- Recevez-vous fréquemment des patients atteints de troubles Psychiques ?.....
- 9- Quelles sont les symptômes les plus relevés chez ces patients ? :

- Dépression Anxiété Agressivité Tentative de suicide
- Hystérie (simulation) Stress Troubles de sommeil Mélancolie
- Schizophrénie Manque d'hygiène
- Autres troubles de comportement.....

10-Combien de malades souffrant de troubles Psychiques recevez-vous, en moyenne par an ?.....

11-Prenez-vous en charge dans votre centre, les patients atteints de troubles Psychologiques ?..... :

- Si oui ; comment se fait la prise en charge ?.....
- Si non ; dans quels centres, les orientez-vous ?.....

12-De ces cas, combien suivent le traitement jusqu'à terme ?.....

PV\VIH (service)

13-Recevez-vous également des patients porteurs du VIH Sida ?.....

14-Viennent-ils volontairement se confier à vous ? ou, comment les découvrez-vous?.....

15-Acceptent – ils facilement leur maladie ?.....

16-Quels sont les symptômes de cette maladie ?.....

17-Comment se faire alors le traitement ?.....

18-Combien de patients de cette catégorie, recevez-vous en moyenne par an ?.....

19- Quel est le sexe le plus dominant ?.....

20-Combien suivent correctement la prise des ARV (Anti Rétroviraux) ?.....

21-En existent t- ils des cas qui ont besoin d'un accompagnement Psychologique personnel et rigoureux ?.....

III- Conditions de travail du personnel

1. Selon vous, c'est quoi un trouble Psychologique?.....

2. Les types de trouble Psychologique qui sont fréquents dans votre milieu du travail (au sein du personnel) : (Stress- Dépression – Colère – Manque d'hygiène - ...)
.....
3. Quels sont les facteurs qui génèrent ces troubles ?.....
.....
4. Les catégories de personnes souvent touchés dans le centre.....
5. Quels sont les facteurs issus de l'environnement de travail et qui sont susceptibles d'engendrer des troubles Psychologiques sur l'individu ?.....
.....
6. Les symptômes présentés par les personnes souffrants de ces troubles.....
.....
7. Les conséquences des troubles Psychologiques en milieu hospitalier:
 - sur le travailleur.....
 - sur le travail.....
 - sur les patients.....

IV- Mesures mises en œuvre pour une réduction significative des troubles Psychologiques

1. Y a-t-il des actions qui sont menées pour réduire ces troubles chez les travailleurs de l'hôpital?..... :
 - Si oui : quels sont les résultats obtenus ?.....
.....
 - Si non : comment se fait la prise en charge des cas existants ?.....
.....
2. Quels sont les obstacles à l'atteinte des objectifs visés par les actions envisagées ?.....
.....
3. Notez-vous parfois un changement de comportement au niveau de votre personnel ?
Quels en sont les causes ?.....
.....
4. Constatez-vous une baisse de rentabilité au sein de votre personnel ? Quels en sont les

causes ?.....
.....

5. De votre personnel, combien tombe malade en moyenne par an ?.....

6. En existent-ils parmi eux; qui sont touchés ou qui souffrent de troubles Psychologiques ?.....

7. Quels en sont les conséquences sur le rendement et les patients ?.....
.....

8. Quelles sont les dispositions que votre institution entend prendre pour régler ces problèmes au sein du personnel ?.....
.....

9. Vos suggestions quant à l'accompagnement Psychologique du personnel pour l'amélioration du rendement, de la qualité des soins et de la satisfaction des usagers au sein de votre institution.....
.....

Merci pour votre franche collaboration.

❖ ANNEXE II : QUESTIONNAIRE D'ENQUETE

Questionnaire d'enquête destiné aux Soignants

Code / Date : .../ .../

Dans le cadre de notre mémoire de maîtrise en Psychologie, nous effectuons la collecte des données sur *l'importance d'une unité de Psychologie en institution hospitalière : Cas de l'Hôpital de zone de Mènontin*. Reconnaisant l'importance de votre contribution à la réussite de ce travail, nous vous prions de bien vouloir partager avec nous les informations disponibles sur quelques questions dont nous allons débattre. À cet effet, nous vous rassurons du caractère confidentiel de ces informations que vous mettrez à notre portée et vous promettons de les traiter dans l'anonymat total.

Identification.....

1- Depuis combien de temps êtes-vous en fonction dans cet hôpital?
.....

2- A quelle catégorie d'agent appartenez-vous ?
Permanent Collaborateurs extérieurs Autres

3- Avez-vous déjà ressenti des troubles Psychologiques (stress, dépression, anxiété, colère) ?
Oui Non. Si Oui, lesquels ?.....

4-Face à ces troubles Psychologiques contractés dans le centre, quelle attitude avez-vous adoptez ?

- Parler avec vos collègues
- Allez voir un médecin ou un spécialiste du centre
- Essayer de gérer soi-même
- Allez voir un médecin ou un spécialiste d'un autre centre

5- Pensez-vous que ces troubles Psychologiques peuvent perturber votre rendement au poste que vous occupez ? Oui Non

Pourquoi ?.....
.....

6- Pensez-vous que les facteurs suivants peuvent générer des troubles Psychologiques au travail ? : **a- Nature des tâches:**

- Monotones, peu stimulantes, perçues comme dépourvue de sens
- Tâches déplaisantes et/ou répugnantes

- b- Charge de travail, rythme et cadences:**
- Avoir trop à faire
 - Travailler avec de fortes pressions
 - Travailler sous contraintes

- c- Horaires de travail:**
- Horaires de travail trop longs et incompatibles avec la vie sociale
 - Horaires de travail imprévisibles

- Systèmes de rotation mal conçus

d- Progression de carrière, statut et salaire:

- Mauvaise gestion de la structure pouvant conduire à la précarité de l'emploi
- Manque de perspectives de promotion
- Promotion insuffisante
- Travail dépourvu de reconnaissance sociale
- Systèmes d'évaluation des performances peu clairs ou inéquitables

e- Rôle au sein de l'organisation:

- Rôle peu clair
- Coexistence de plusieurs rôles incompatibles dans le cadre d'un même travail
- Obligation d'assumer des responsabilités pour autrui
- Obligation de s'occuper en permanence d'autres personnes et de leurs problèmes
- Mauvaise communication
- Manque de clarté concernant les objectifs de l'entreprise ou de la structure organisationnelle

f- Relations interpersonnelles:

- Supervision inadéquate et manque de considération ou d'appui de la part des chefs
- Mauvaise relation avec les collègues
- Brimades et harcèlement
- Absence de procédures convenues pour traiter les problèmes ou les plaintes

g- Liens entre la vie professionnelle et la vie privée:

- Conflit entre les exigences du travail et celles de la vie privée
- Manque de reconnaissance des problèmes privés au travail
- Manque d'appui à la maison pour les problèmes rencontrés au travail

7- Les conséquences de ces troubles Psychologiques contractés :

- sur le travailleur.....
- sur le travail.....
- sur les patients.....

8- Avez-vous bénéficié d'une aide sanitaire de l'administration concernant ces problèmes de troubles Psychologiques ? Oui Non

9- Quelles suggestions faites-vous pour réduire la survenance de ces troubles Psychiques dans le monde professionnel hospitalier ?

Merci pour votre franche collaboration.

❖ ANNEXE III : GUIDE D'ENTRETIEN

Guide d'entretien destiné aux Patients / Parents

Code Date : .../ ...

Dans le cadre de notre mémoire de maîtrise en Psychologie, nous effectuons la collecte des données sur *l'importance d'une unité de Psychologie en institution hospitalière : Cas de l'Hôpital de zone de Mènotin*. Reconnaisant l'importance de votre contribution à la réussite de ce travail, nous vous prions de bien vouloir partager avec nous les informations disponibles sur quelques questions dont nous allons débattre. À cet effet, nous vous rassurons du caractère confidentiel de ces informations que vous mettrez à notre portée et vous promettons de les traiter dans l'anonymat total.

I- Identification du répondant

Lieu de déroulement de l'entretien (service)

Profession.....Domicile.....

.....

1- Nom et prénom(s) de l'enquêté(é).....

2- Age :.....

3- Sexe : M F

4- Situation matrimoniale : Célibataire Marié(é) Union libre

5- Nombre d'enfants sous tutelle

6- Niveau d'instruction : Illettré(é) Primaire Secondaire
Autre.....

7- De quelle religion êtes-vous ? :

8- De quelle ethnie êtes-vous ? :

9- Travaillez-vous dans cet hôpital de zone ? : Oui Non

- Si non, d'où venez-vous ?.....

10- Depuis quand fréquentez-vous cet hôpital ?.....

11- Avant l'avènement de cet hôpital, où fréquentez-vous pour vos soins ?.....

12- Pourquoi préférez-vous, vous faire soigner dans cet hôpital ? :

○ **Accueil** (peu, moyen, bon, forcé).....

○ **Disponibilité du personnel** (très peu, peu, moyenne, relativement, suffisamment).....

○ **Compétence** (très peu, peu, moyenne, relativement, suffisamment).....

○ **Satisfaction** (très peu, peu, moyenne, relativement, suffisamment).....

○ **Proximité** (oui, non, urgente).....

○ **Recommandé** (oui, non, autrefois).....

13- Quelle est votre fréquence d'arrivée dans cet hôpital (par an) ?.....

14- Avez-vous des suggestions à faire quand à l'amélioration de la qualité des soins au sein de cet hôpital?.....

II- Aspects médical et Psychologique

- Constances biologiques (température, poids, pouls, tension artérielle...).....

- Histoire de la maladie (Anamnèse).....

- Antécédents (médical, chirurgical, gynécologique, familial...).....

- Examens biologiques et radiologiques.....

- Traitements : (réussite ou rechute)

- Le malade et ses croyances.....

- Les impacts Psychologiques de la maladie sur la vie du malade et/ou la famille.....

- Les attentes et besoins exprimés du patient.....

- Connaissances et rôle du Psychologue par le patient.....

Tables des matières

DEDICACE	3
REMERCIEMENTS	4
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	5
LISTE DES TABLEAUX/GRAPHIQUES/CAS CLINIQUES	7
SOMMAIRE	8
INTRODUCTION	9
CHAPITRE I: CONSIDERATIONS THEORIQUES	11
1.1. Problématique et Justification du sujet	11
1.1.1. Hypothèses.....	14
1.1.2. Objectifs.....	14
1.2. Clarification de quelques concepts	15
1.2.1. Institution hospitalière	15
1.2.2. Unité de Psychologie	15
1.2.3. Trouble psychologique.....	17
1.3. Revue de littérature	23
CHAPITRE II : CADRE DE L'ETUDE ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE	29
2.1. Cadre d'étude.....	29
2.1.1. Brève présentation de la ville de Cotonou	29
2.2. Présentation de l'Hôpital de Mènontin	30
2.2.1. Contexte historique de la création de l'hôpital de Mènontin	30
2.2.2. Situation géographique et sociodémographique	31
2.2.3. Statut de l'hôpital de Mènontin	32
2.2.4. La mission de l'HM.....	33
2.2.5. Les objectifs de l'HM	33
2.2.6. Structures de l'HM.....	34
2.2.7. Les Ressources :.....	35
2.3. Démarche méthodologique	38
2.3.1. Recherche documentaire	38
2.3.2. Groupes cibles.....	39
2.3.3. Echantillonnage.....	39
2.3.4. Techniques de collecte des données.....	40
2.3.5. Mode de traitement des données.....	42
2.3.6. Difficultés rencontrées.....	43
CHAPITRE III : DE LA RECONNAISSANCE ET DE L'IMPORTANCE DU PSYCHOLOGUE EN MILIEU HOSPITALIER	44
3.1. Reconnaissance des statuts de l'HZM et du Psychologue en institution hospitalière.....	44
3.1.1. Du statut et de l'évolution démographique de l'hôpital de Mènontin.....	46

3.1.2. De la reconnaissance de l'importance du Psychologue en institution hospitalière	47
3.1.3. De l'importance d'une unité de Psychologie à l'HZM	48
3.2. Des conditions de travail du personnel soignant de l'HZM.....	57
3.2.1. Résultats relatifs aux facteurs négatifs de l'environnement de travail.....	57
3.2.2. Résultats relatifs à l'orientation et aux suivis des cas de déviations psychologiques au sein du personnel de l'hôpital.....	59
3.3. Expressions des demandes à l'HZM.....	62
3.3.1. Des Cas Cliniques	62
3.3.2. Représentations socioculturelles des dérives mentales	68
3.4. Niveau de connaissance du rôle du Psychologue à l'HZM.....	69
3.4.1. Niveau de connaissance du rôle du Psychologue par les soignants et personnes ressources..	70
3.4.2. Niveau de connaissance du rôle du Psychologue par les patients et parents à l'HZM.....	71
CHAPITRE IV : COMMENTAIRE ET DISCUSSION.....	72
4.1. De la nécessité de la prise en compte du statut de l'HZM	72
4.1.1. De la vraie nature de l'Hôpital	73
4.1.2. Des conditions de travail du personnel d'un Hôpital de Zone	75
4.2. Des constatations concluantes.....	78
4.3. Suggestions	81
CONCLUSION.....	84
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	86
ANNEXES.....	89
Tables des matières	97