

- Dejours, C., Veil, C & Wisner, A (S/D). (1985). Psychopathologie du travail. Paris : Entreprise Moderne d'Édition.
- Di Chiara, G. (2004). Syndromes psychosociaux- La psychanalyse et les pathologies sociales. Toulouse : Eres.
- Freud, S. et al (1979). « La Sublimation- les sentiers de la création ». *in* Les grandes découvertes de la psychanalyse; Paris : TCHOU
- Freud, S. (1915). Pulsions et destin des pulsions. Paris : PUF.
- Green, A. (1993). Le travail du négatif. Paris : les Editions de Minuit.
- Guinchard, R & Arnaud, G. (2011). Psychanalyse du lien au travail- le désir de travail. Paris : Elsevier Masson.
- Jeammet, PH., Reynaud, M & Consoli, S.M. (1996). Psychologie médicale. Paris : Masson
- L'huillier, D. (2006). Cliniques du travail. Toulouse : Erès.
- Manoukian, A & Massebeuf, A. (2001). La relation soignant-soigné. France :Editions LAMARRE.
- Molinier, P. (2006). Les enjeux psychiques du travail. Paris : Payot.
- Orgiazzi/Billon-Galland, I & Péruchon, M. (2007). « Malaise dans la sublimation, malaise dans la culture ». *in* Perspectives psychiatriques, EDK- Editions Médicales et Scientifiques, vol 46- N°1 Jan-Mars 2007, (PP.59-69).

Sitographie:

- Molinier, P. (2009). Temps professionnel et temps personnel des travailleuses du care: perméabilité ou clivage? *in* Temporalité (en ligne), 9/2009, mis en ligne le 30 Septembre 2009, Consulté le 08 Octobre 2010.

spécifiques pour une possible adaptation dont l'issue dépend de la puissance des deux pulsions (Eros et la pulsion de mort) et de l'influence de l'environnement sur le sujet afin de pouvoir obtenir du plaisir dans la vie.

L'utilisation de l'isolation de l'affect et du clivage de l'objet chez notre population de recherche semble permettre la modération de la souffrance vécue par les travailleurs paramédicaux en leur permettant d'accomplir le travail technique sans s'investir émotionnellement avec leurs patients, mais ne permet cependant pas l'élaboration psychique de la libido ni le plaisir nécessaire.

Et puisque l'Homme est connu pour sa ténacité à ne pas renoncer aux sources de plaisir, les professionnels paramédicaux semblent dans une quête de gratifications retardées dont la religion représenterait le point d'accès. L'utilisation de la « sublimation » -même primaire- pourrait permettre au sujet une stabilité psychique relative et semble redonner aux soignants une adaptation relative à leur travail.

Considérant l'importance de la prise en charge des pathologies du travail et des professionnels du soin qui seraient en souffrance, nous pensons à la nécessité d'accompagner ces soignants à l'analyse de leurs pratiques. Et puisque l'être humain est un être de langage, l'accompagnement se ferait à travers l'animation de groupes de parole pour permettre à ces professionnels une prise de conscience de leur dynamique personnelle face aux patients, mais aussi des différentes interactions à l'intérieur de l'équipe soignante. Ceci ouvrirait aux soignants les possibilités d'une prise de distance par rapport à leur travail d'une part, mais aussi le renforcement des équipes soignantes d'autre part et contribuerait ainsi à la consolidation des identités professionnelles et personnelles.

Bibliographie :

- Barzin, N. (2012). « La sublimation et la fonction du travail » *in* Mijolla-Mellor (S/D), *Traité de la sublimation*. Paris : Quadrige Manuels. P.P 458-471.
- Bayle, G. (1998). *Epître aux insensés*. Paris : PUF.
- Bertrand, M. (1996). *Pour une clinique de la douleur psychique*. Paris : L'Harmattan.
- Canoui, P & Mauranges, A. (1998). *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. De l'analyse du burn-out aux réponses*. Paris : Masson.
- Dejours, C. (2000). « Différence anatomique et reconnaissance du réel dans le travail ». *Les cahiers du genre*, 29/2000 Février, (P.P :101-125).
- Dejours, C. (1996). « Introduction : psychodynamique du travail ». *Revue Internationale de Psychosociologie*, 5, (P.P 5-15).

d'une réparation personnelle que d'une réelle élaboration psychique.

Comme avancé plus haut, Gérard Bayle aborde les clivages psychiques comme source des fonctionnements psychiques tranchés en mettant de l'ordre dans le chaos. Ces clivages fonctionnels seraient une mesure d'urgence mise en place. Ils auront plusieurs destins :

Soit qu'ils disparaissent après que le sujet ait intégré et élaboré l'expérience, soit se maintiennent et constituent une blessure narcissique profonde dans les cas de violences physiques ou psychiques extrêmes, ou perte d'amour. Ils peuvent avoir des conséquences sur le sujet lui-même et sa vie psychique, comme ils peuvent avoir le pire des destins, celui d'engendrer un clivage structurel. Ces clivages structurels introduisent eux le chaos dans la psyché avec un défaut de raccordement des représentations et des affects, donc de symbolisations importantes» (Bayle, G. 1998 : p.22), ce qui nous renvoie à un aspect psychopathologique important.

Le clivage quoique salutaire en apparence pour le sujet, il peut provoquer des altérations de la structure psychosociale. La fonction du groupe comme système contenant pour le sujet -au sens de Bion- permet à ce dernier l'élaboration de ses angoisses... « La détérioration du groupe, son usure, et son dysfonctionnement sont une cause de survenue de ce clivage. Au début les liens affectifs se distendent, et l'indifférence se substitue à la capacité d'intérêt et de sensibilité pour l'autre ; ensuite les liens affectifs entre les éléments du groupe se perdent, tandis que s'affirme le cynisme, un manque total d'intérêt, et finalement la disparition de la *pietas*, qui, dans les cas les plus graves, engendre la cruauté qui caractérise les conflits entre factions clivées » (Di Chiara, G. 2004 : p. 44).

Ceci a pour conséquence première la perte d'adaptabilité pour le psychisme, l'impuissance et l'appauvrissement du groupe quant à sa capacité de contrôle des problèmes généraux et son échec à résoudre des problèmes, ce qui est générateur d'angoisse, et c'est ce qui nous a été donné à voir lors des entretiens avec les soignants.

Conclusion

Dans la théorie psychanalytique, la souffrance est considérée comme renvoyant aux conflits psychiques ; elle renvoie au conflit entre la pulsion et les deux dimensions du plaisir et du déplaisir, selon Michèle Bertrand (1996).

Face à la situation de travail qui représente une source pulsionnelle, chaque personne va user de mécanismes

partie de ces soignants- pour cette fonction pour les possibilités de « faire du bien et obtenir des protections divines ».

Mélanie Klein situe la sublimation bien avant le complexe d'Œdipe- qui marque le début de la sublimation chez Freud- à savoir à la fin de la position dépressive. Claude Janin postule deux formes de sublimation : une sublimation primaire issue des pulsions prégénitales de Mélanie Klein et une sublimation secondaire liée au complexe d'Œdipe et nourrie des identifications secondaires et du Surmoi.

Dans le cadre de cette recherche, nous empruntons la conceptualisation de Orgiazzi/Billon-Galland et Péruchon (2007), qui bien que traitant de la création artistique et se basant sur le postulat de Janin, est en rapport avec un continuum de conduites sublimatoires allant de l'excitation corporelle à l'élaboration mentale poussée.

L'*anti-sublimation* représente pour les auteures le premier niveau « caractérisant un aplatissement psychique majeur garrotant la moindre élaboration sans possibilité de transformation de l'énergie sexuelle et destructrice »...la *sublimation primaire* serait une « sublimation à minima car elle renvoie au surinvestissement de l'objet externe, du corporel et du perceptif face à un manque des fantasmes et représentations internes, avec comme toile de fond la réparation du sujet et non de l'objet dans une difficulté à élaborer la position dépressive ». Le troisième niveau représente la *sublimation secondaire* « qui renvoie à l'élaboration de la position dépressive et au bon fonctionnement de l'aire transitionnelle et donc de l'accès au symbolique ; ici sont réparés sujet et objet à la fois ». La *sublimation tertiaire* marque « l'unification des pulsions partielles, l'intériorisation du Surmoi et l'intégration de la loi » (Orgiazzi//Billon-Galland, I & Péruchon, M. 2007:p.66-68).

Revenons à nos professionnels paramédicaux interviewés qui, bien que le choix de la profession et son exercice aient été motivés par le principe d'utilité- en sauvant des vies, en contribuant au bien être d'autrui ou pour être proche de Dieu- le vécu tel qu'exprimé par la majorité ne véhicule cependant pas la satisfaction professionnelle escomptée ni l'élaboration psychique attendue. Ces soignants sont en quête de décharge pulsionnelle dans l'ici et le maintenant à travers la réalisation des différentes tâches de soins (l'objet concret) face à une vie intérieure appauvrie. Ce vécu renvoie à une sublimation en dessous du troisième niveau- représenté par la sublimation secondaire- ou la quête est plus en rapport avec la recherche

Dieu » - qui pourrait signifier l'absence de gratifications immédiates -véhicule cependant une dimension presque « sublimée » qui représente une valeur substitutive à leur travail.

Pour comprendre le sens de cette « sublimation », il serait nécessaire de procéder à la déconstruction du concept pour une meilleure compréhension de sa portée dans la vie psychique.

La première question qui se pose à nous est en rapport avec « le choix » de la sublimation, en d'autres termes, qui sont les personnes les plus disposées à la sublimation ?

La deuxième question est le rapport de cette sublimation avec la dimension culturelle et religieuse chez l'individu, puisque nous avons constaté à travers les entretiens établis avec les professionnels paramédicaux que leur fonction semble leur procurer un bénéfice divin, et leur permettrait de se rapprocher de Dieu, obtenir des « hasanates » -ce qui est comptabilisé dans les bonnes actions- mais aussi de « bénéficier de la protection » pour eux mêmes et pour leurs enfants pour le bien rendu aux patients.

La troisième question est en rapport avec la réussite ou non de la sublimation chez les professionnels paramédicaux, en d'autres termes la possibilité d'écoulement de la pulsion et l'aboutissement à la satisfaction de cette dernière.

Dans la théorie psychanalytique, la pulsion aurait une sorte de double existence en basculant soit vers le « désir sexuel libidinal, soit vers son négatif qu'est la sublimation » qui- selon les termes d'André Green- « sauve la libido en la modifiant au lieu qu'elle subisse le destin du refoulement ». (Green, A.1993: p.294).

La sublimation selon André Green, permet une « satisfaction déguisée, acceptable, pourvue qu'elle ait abandonné son état original, c'est à dire rompu ses attaches premières et qu'elle se suffise de gratifications moins directement sexuelles» (Ibid. p.290). Ainsi les activités sociales les plus éloignées des pulsions portent la trace des transformations de celles-ci.

La disposition à la sublimation s'explique selon Freud par l'ontogénèse ; la capacité de sublimation est liée à la force pulsionnelle innée de l'individu ou « la pulsion sexuelle met à la disposition du travail culturel une quantité extraordinaire de forces » (Freud, S.1979 :p.34). Pour Green, l'attraction vers les buts sociaux est à la fois expliquée par la rencontre du sujet avec la culture qui l'environne, par le rôle des parents pour que cette culture s'intègre dans son psychisme, mais aussi par l'histoire du sujet (Green, A. 1993), ce qui peut expliquer- en partie- l'intérêt manifesté -par une bonne

Est-ce que l'utilisation de l'isolation et du clivage se trouve derrière la souffrance psychique et la difficulté d'adaptation des travailleurs paramédicaux à leur travail? Et est-ce que l'aboutissement de la sublimation explique l'adaptation dans le travail et l'absence de souffrance?

Nous avons avancé les hypothèses suivantes :

1. L'utilisation de l'isolation de l'affect et du clivage de l'objet est en rapport avec une souffrance psychique chez les soignants paramédicaux ;

2. La sublimation protège les soignants de la souffrance psychique.

Pour répondre à notre questionnement, nous avons opté pour la méthode clinique de recherche, associant méthode clinique d'analyse approfondie de cas et méthode statistique (l'analyse s'est faite avec SPSS).

Notre choix s'est porté sur la population soignante relevant des structures hospitalières de la wilaya d'Oran. La recherche a concerné 80 soignants paramédicaux -toutes spécialités confondues- relevant des différents services choisis et issus d'un choix à dessein.

Nous avons diversifié les services concernés par l'enquête -pour avoir une population aussi variée que possible- comme suit: les Urgences Médico-chirurgicales - la réanimation médicale- la cardiologie- la néphrologie- la rééducation fonctionnelle- la psychiatrie et l'oncologie (adulte – enfants).

L'entretien clinique de recherche a été utilisé dans le but de recueillir les représentations et le vécu du travail chez les soignants en termes de plaisir, de souffrance et de processus psychiques utilisés pour s'adapter à la situation de travail. La symptom check –list (SCL-90) a été choisie dans le but de relever les différentes manifestations de la souffrance chez les soignants à travers neuf (9) dimensions (troubles psychosomatiques- pensées obsessionnelles-sensibilité des interactions- dépression- anxiété- agressivité- phobies-paranoïa- psychose). Le TAT a été utilisé pour recueillir les mécanismes de défense utilisés par les soignants notamment l'isolation de l'affect, le clivage de l'objet et la sublimation.

4) Observations cliniques préliminaires et interprétations théoriques

Le constat qui a marqué le plus notre attention était en rapport avec l'absence de la dimension « plaisir » chez les professionnels paramédicaux dans l'exercice de leur travail. La grande majorité des travailleurs interviewés semble retrouver une certaine « réparation » dans l'idée d'être récompensés par Dieu. L'expression « on travaille pour

Les entretiens effectués avec les soignants, nous ont semblé révélateurs d'une distanciation relationnelle, inexistante au début de la carrière de ces derniers, cependant, elle s'installe au fil du temps en rendant le soignant plus porté vers l'aspect technique de sa profession au détriment d'une certaine bienveillance dans la relation. Cette distanciation relationnelle s'établit, soit à l'insu du soignant, ou par choix stratégique pour rendre le travail moins pénible psychologiquement.

L'isolation de l'affect se donne à voir chez la majorité des soignants interviewés, à travers la limitation du temps passé au chevet du patient, le refus d'écouter la souffrance de ce dernier et la concentration sur l'aspect technique considéré comme la priorité dans le soin. Certains soignants ont recours à l'évitement de certaines catégories de patients susceptibles de leur rappeler quelqu'un de proche (critères d'âges- de type de pathologie- de sexe...) dans une certaine tentative de maîtrise de l'affect.

Le deuxième mécanisme est le clivage qui représente une action de séparation, de division du moi (clivage du moi), ou de l'objet (clivage de l'objet) sous l'influence angoissante d'une menace ; il représente le compromis face à une ambivalence conflictuelle entre la recherche de la satisfaction pulsionnelle et une réalité frustrante. Il joue ainsi un rôle essentiel dans l'organisation des contenus psychiques à condition qu'il soit temporaire (dit fonctionnel); dans le cas contraire, il pourrait révéler une déstructuration psychique (dans le cas des psychoses et des états limites). Les clivages fonctionnels, auraient un rôle protecteur pour la psyché contre tout événement psychologiquement intolérable, « inélaborable, échappe au jeu de la symbolisation et au raccordement des affects et des représentations » (Bayle, 1998, p.21).

Le clivage de l'objet utilisé par les soignants se donne à voir dans l'ensemble des aspects du travail : organisationnel (clivage de l'équipe : jeunes / moins jeunes), dans la relation soignant-soigné (corps biologique/ corps sujet) et individuel (vie de soignant / vie de sujet).

Notons aussi que ces soignants mettent en avant des représentations renvoyant à un processus d'allure « sublimatoire » se donnant à voir soit à travers l'attente d'une certaine réparation et récompense Divine, soit à travers la représentation du rôle soignant comme « constructif dans la société » et « utile pour l'humanité » en « sauvant des vies ». Nous allons détailler ce point plus bas.

A partir de ce constat nous nous sommes posé le questionnement suivant:

Les réactions psychosomatiques sont très présentes chez beaucoup de travailleurs à travers les maux de tête, les problèmes gastriques, les problèmes hormonaux et allergiques divers, les troubles de sommeil et du comportement alimentaire, ainsi que les oublis fréquents.

Certains soignants trouvent qu'ils sont devenus plus agressifs notamment avec leurs familles. D'autres soignants expriment des symptômes dépressifs tels que la tristesse, le repli sur soi et le désintérêt des choses qu'ils aimaient faire avant.

L'absence de confirmation de la part de l'hierarchie et la non reconnaissance de l'effort fourni de la part de leurs supérieurs hiérarchiques ou des proches des malades- font aussi partie des plaintes de ces travailleurs, ce qui renvoie à une souffrance en rapport avec l'absence d'accomplissement de soi et la non reconnaissance du travail accompli.

Nous nous intéressons à la place du travail dans l'économie psychique de l'individu et dans le maintien de son équilibre ou dans l'accentuation de son déséquilibre et ce même en l'absence d'une pathologie mentale décompensée. Notre recherche se situe dans l'approche psychanalytique qui s'intéresse à la vie psychique de l'homme, aux manifestations « normales » et pathologiques de son comportement, aux processus psychiques mis en œuvre par ce dernier pour une possible adaptation à la situation de travail, mais aussi aux limites de ces stratégies dans le maintien de l'équilibre psychique.

L'activité de soins avec son double aspect technique et relationnel interpelle ce qu'il y a de plus subjectif chez le soignant. Prendre soin de l'autre, avec tout ce que cela implique comme mécanismes identificatoires à la douleur de l'autre, à sa souffrance, au corps de l'autre et à sa mort, ne peut que renvoyer le soignant à sa propre personne, à sa propre vulnérabilité. Questionner ce rapport, c'est interroger les mécanismes psychologiques mis en œuvre par ces professionnels dans cette relation de soins.

Nous avons relevé des mécanismes de défense spécifiques à cette population en souffrance, plus particulièrement l'isolation de l'affect et le clivage de l'objet, ce qui va dans le sens des observations faites par Molinier (2009) sur les conduites défensives utilisées par les travailleuses du « care » à travers l'instauration d'un clivage entre vie professionnelle et vie privée, la distanciation affective, le cloisonnement temporel, l'activisme et l'intolérance à la plainte de ses propres enfants

3) Aspects méthodologiques :

Comme avancé plus haut, le choix de ce sujet a émané de l'observation de nos collègues de travail et d'autres travailleurs de différents milieux professionnels. Nous avons constaté le malaise, à la fois apparent et relaté par nos collègues dans l'entreprise publique dans laquelle nous travaillions auparavant. Ce malaise était surtout lié au travail et aux difficultés que rencontraient ces jeunes cadres à s'épanouir et à s'accomplir.

Nous avons constaté une multiplication des demandes de mutation et un taux d'absentéisme en constante augmentation qui n'était pas forcément lié à un motif objectif. En outre, des conduites d'évitement de la situation de travail par différents procédés ont été observées: le non respect des horaires réglementaires de travail et les retards flagrants dans la réalisation des tâches assignées, la pratique des jeux sur ordinateur qui semblait les fédérer plus que l'activité professionnelle elle-même ou le projet de l'entreprise. La majorité des travailleurs faisait référence à l'absence de toute forme de plaisir lié au travail et le sentiment d'accomplir malgré soi le travail en l'absence d'autres possibilités, l'envie de changer de milieu de travail, et l'attente impatiente de la fin de la journée de travail pour quitter les lieux.

Un autre élément revenait souvent dans leurs déclarations et qui était en rapport avec le dégoût et la fatigue constante qui persistaient même au-delà des heures réglementaires de travail par un processus de contamination de l'ensemble de la vie sociale.

Les conflits relationnels étaient aussi importants à relever allant de l'absence de soutien entre collègues à la violence sous ses formes verbale et physique. Ainsi, la structure collective n'assurait plus la fonction de symbolisation et de pare-excitation (fonction défensive inconsciente contre les angoisses) pour le sujet au sens de Bion, mais devenait un espace de conflits et de menace pour ce dernier.

Les entretiens effectués avec les soignants paramédicaux au sein de certaines structures hospitalières dans le cadre de l'enquête préliminaire, nous ont permis de relever une symptomatologie fréquente chez la majorité de ces professionnels. Ces soignants parlent de fin de journée marquée par l'épuisement physique dû à la charge importante du travail. Sur le plan psychique ils se disent « à bout », « morts », « vidés » en fin de journée, privilégiant ainsi le repli sur soi et l'évitement du contact relationnel jusqu'à ce que cet état s'atténue. D'autres soignants ont recours à l'expression émotionnelle et au partage avec les proches de ce qui les a marqués dans la journée.

contribue ainsi à la construction de l'identité du soignant « toutes les professions à caractère relationnel ont ceci de commun, qu'elles satisfont les propres besoins du sujet en lui offrant la possibilité d'être utile mais aussi en lui permettant ainsi de se (re)construire une identité en développant son estime de soi. L'identité professionnelle construira à son tour l'identité personnelle en mal de réalisation » (Canoui, P & Mauranges, A. 1998 :p.166).

Dans cette rencontre soignant-soigné, différents affects peuvent être éprouvés par le soignant face aux différentes situations rencontrées :

Les sentiments les plus fréquents passent du « *sentiment de supériorité*- dû au savoir possédé et à la blouse qui marque une fonction valorisée par les malades- au *sentiment d'impuissance et de désespoir* face aux pathologies incurables ou mortelles »... Entre les deux affects, nous pouvons rencontrer le « *sentiment de responsabilité* qui s'accompagne de sympathie, de peur et d'inquiétude pour le patient et le *découragement* dû à la fatigue chronique, au désintérêt et au désinvestissement face aux situations dramatiques de certains patients »... Dans le meilleur des cas, le soignant peut éprouver un « *sentiment de satisfaction* qui peut provenir des gratifications personnelles résultant d'un bon contact avec le patient ou sa famille, d'une bonne ambiance dans l'équipe, des succès thérapeutiques, de la reconnaissance de la hiérarchie et le sentiment d'améliorer ses compétences professionnelles. Ce sentiment s'accompagne de joie, d'apaisement, de dynamisme, de curiosité, de générosité, de chaleur, de sympathie et d'amitié » (Manoukian, A & Massebeuf, A. 2001: p.44-45).

L'échec du soin peut être éprouvé lors de la rechute de la maladie, de l'absence d'investissement collectif de toute l'équipe dans les soins, ou lors du décès du patient. Il « peut représenter un échec du besoin de réparation, ce qui peut être intolérable pour ces professionnels à travers la mise en échec de leurs défenses » (Jeammet, Ph., Reynaud, M & Consoli, S.M. 1996: p.331).

Dans le cadre de cet article, nous interrogeons les mécanismes psychiques mobilisés chez les soignants, et qui leur permettent de continuer à accomplir leur travail tout en se préservant psychiquement ; en d'autres termes, soigner sans endurer émotionnellement. Ces défenses utilisées désignent l'ensemble des procédés mis en œuvre de manière inconsciente à travers le moi pour conserver l'équilibre biopsychologique de l'individu, et qui porteraient autant sur la pulsion, sur des représentations liées à cette pulsion que sur un affect déplaisant.

Selon l'approche psychopathologique, des recherches ont mis en avant la relation entre le secteur des soins de santé et l'augmentation du risque des troubles psychiatriques non psychotiques.

Pour ce qui est de l'Algérie, un intérêt récent est orienté vers le corps des soignants en vue d'apporter un éclairage sur le vécu psychique de ces derniers en terme de stress et de burnout. Des recherches sont réalisées par des chercheurs relevant du Groupe de Recherche en Anthropologie de la Santé (GRAS-Oran) et qui sont en rapport avec le stress des infirmiers relevant des Urgences Médico-chirurgicales. Une recherche a été publiée par le Dr Chakali sur l'épuisement professionnel chez le personnel du centre anticancéreux de Blida, et bien d'autres recherches académiques au niveau des universités Algériennes et qui mettent en avant l'apparition de troubles psychiques chez les soignants notamment ceux exerçant dans certains services appelés « à risques » tels que les UMC, la réanimation médicale et les services d'oncologie.

Bien que les chefs de services des structures hospitalières avec qui nous nous sommes entretenus évoquent l'existence d'un stress important chez les infirmiers- notamment ceux des services cités plus haut- nous n'avons pas pu obtenir des chiffres relatifs à la prévalence du phénomène chez ces professionnels. Il n'existe pas non plus une étude réelle avec chiffres à l'appui au niveau des services de médecine du travail- d'Oran et de Tlemcen- que nous avons contactés.

Revenons à la spécificité de la fonction de soins qui représente un ensemble de tâches individuelles s'inscrivant dans un travail collectif; cette fonction s'accompagne d'une relation entre le soignant et le patient impliquant une double dimension : technique (*le cure*) et relationnelle (*le care*). Ces deux dimensions sont sollicitées, en même temps, dans le travail des soignants, ce qui donne au patient le statut de *sujet* au delà de tout aspect technique de la profession.

Selon certaines recherches et classifications (Sambuc & de Missenard, cités par Jeammet, Ph., Reynaud, M & Consoli, S.M. 1996), le choix de la fonction de soins peut être dû à trois motifs essentiels : le désir de savoir (la connaissance médicale), le désir de pouvoir et le désir de réparer. Le désir de réparer autrui renvoie à un désir profond et archaïque de réparation de la mère par le bébé selon la théorie de Mélanie Klein. Cela peut aussi renvoyer à la réparation de la blessure narcissique infligée par la castration et par les blessures et handicaps ou toute autre cause d'infériorité subie et qui sollicitent notre désir de réparation. Le travail de soins

Si travailler sollicite l'être tout entier, il est, dans ce sens, pour beaucoup de psychanalystes, « un objet interne qui appartient au sujet, met en cause sa vie passée et présente, sa vie intime et son histoire personnelle dans une actualisation des conflits personnels » (Dejours, C. 2000: p.74).

La recherche sur le travail et ses conditions a connu ses débuts au XXème siècle à travers l'intérêt porté au développement de la santé et de la sécurité au travail. A la fin de la deuxième guerre mondiale, un groupe de psychiatres développe une réflexion autour du rôle restructurant et resocialisant du travail. La psychiatrie en France connaît ainsi une extension de son champ, des soins aux malades mentaux à l'insertion de ces derniers par le travail. Un peu plus tard, la recherche étiologique commence à s'intéresser à l'identification des maladies mentales liées au travail, notamment avec les travaux du psychiatre français Le Guillant sur la fatigue nerveuse chez les téléphonistes et mécanographes, et les travaux des anglo-saxons sur le burnout dans les professions d'aide qui sollicitent un fort investissement personnel affectif (infirmières, enseignants, travailleurs sociaux), ce qui a contribué à la naissance de la psychopathologie du travail.

2) Le travail de soins entre souffrance psychique et processus inconscients

La recherche sur les maladies mentales liées au travail laisse place à l'étude de la souffrance liée au travail et les stratégies utilisées contre cette dernière, c'est-à-dire en portant le regard en deçà de la maladie mentale décompensée, ce qui situe la recherche dans le cadre de la psychodynamique du travail qui n'est pas le travail (ce qui est l'objet de la psychologie du travail) mais le sujet, son vécu et les procédés psychologiques inconscients mis en œuvre dans une situation de travail (Dejours, C.1996).

Christophe Dejours a contribué pour une grande part au développement des recherches sur la souffrance au travail ; selon lui, même si la souffrance psychique au travail ne conduit pas à une maladie mentale, elle nécessite un effort considérable de la part du travailleur « pour maintenir un certain équilibre : mécanismes de défense, renoncement à un projet de vie, au désir, à la joie de vivre et à l'idée même du bonheur » (Dejours, C.1985 :p.15).

Depuis plus de 20 ans, de nombreuses recherches occidentales se sont penchées sur l'étude de la souffrance psychique chez les soignants; Certaines en rapport avec la psychopathologie et les troubles observés chez ces professionnels, d'autres en rapport avec la description des processus psychiques mobilisés face à la situation de travail.

de travail et en relation avec le travail a été peu développé par la psychologie clinique.

Nous ne pouvons ignorer ce qui se passe ces dernières années dans le monde du travail notamment les suicides au sein d'Entreprises Françaises, et de façon moins visible et moins documentée en Algérie. Les souffrances rapportées par certains travailleurs de différents environnements professionnels que nous avons écoutés et questionnés et dont nous aborderons les témoignages plus loin, nous interpellent en tant que psychologues pour tenter de comprendre la mutation symbolique du travail. Ce dernier, supposé représenter un moyen d'insertion et d'ascension sociale mais surtout contribuer à l'épanouissement de la personnalité, devient à la fois source et lieu d'expression de la souffrance et de la détresse psychiques. Cette problématique est étudiée dans le cadre des pathologies du travail (Barzin, N. 2012).

1) La place du travail dans la construction des liens intrapsychiques et intersubjectifs

Dans toutes les sociétés modernes, le travail revêt une grande importance. Il représente l'aboutissement d'un projet individuel et souvent même familial nourri tout au long de la vie scolaire de l'individu. Il permet la libération et l'indépendance matérielle de l'individu, mais il représente aussi, pour lui, un moyen de contribuer au fonctionnement de la société en ayant un statut et un rôle. C'est, également, « une mise à l'épreuve de la subjectivité, et lui permet de se transformer, de se réaliser ; c'est une occasion pour le sujet de s'accomplir » (Ibid. p.464).

Au-delà de la dimension subjective, le travail est impliqué dans l'affiliation sociale des personnes mais aussi dans la structuration des rapports sociaux et la construction des appartenances (à une communauté, à un métier) ; il représente une « expérience personnelle vécue collectivement » (Guinchard, R & Arnaud, G. 2011: p.01), « un terrain de médiation entre l'économie psychique et le champ social, entre ordre singulier et ordre collectif » (L'Huilier, D. 2006: p. 20). Il serait, selon l'auteure, constitutif du lien social et de la vie subjective. L'espace institutionnel dans lequel s'exerce le travail représente un étayage à la vie psychique du sujet singulier au sens de Kaës.

Travailler, selon Lagache, « c'est utiliser ses savoir-faire, mobiliser son intelligence, engager son corps, réagir aux autres et à des situations, penser, réfléchir, interpréter, contourner les procédures, inventer, atteindre des objectifs, se dépasser, découvrir en soi de nouvelles habiletés, de nouveaux registres de sensibilité, de nouveaux savoir-faire, etc.,... » (Barzin, N.2012 : p.464).

Souffrance psychique et processus inconscients chez les professionnels paramédicaux-

Etude clinique à la lumière de la théorie psychanalytique
Nassima REMMAS,
Université de Mostaganem.

Résumé :

L'auteure de cet article aborde le phénomène de la souffrance dans le travail de soins infirmiers. Le contenu abordé rentre dans le cadre de ce qui est appelé communément « les pathologies du travail » où il sera question de la souffrance des professionnels paramédicaux et des processus psychiques mobilisés par ces derniers pour faire face à cette souffrance, à savoir le clivage de l'objet et l'isolation de l'affect.

Il sera question aussi de la sublimation comme processus organisateur et modérateur de cette souffrance notamment chez une population où la dimension religieuse (gratification et protection divine) est centrale dans l'accomplissement de leur profession.

Mots clés : Travail de soins- souffrance psychique – processus psychiques inconscients- isolation de l'affect- sublimation

ملخص:

تتطرق الباحثة الى ظاهرة المعاناة النفسية في عمل التمريض و التي تدخل في نطاق ما يسمى "باثولوجيا العمل". سيتم تسليط الضوء على معاناة عمال شبه الطبي و السياقات النفسية المستعملة من طرفهم لمواجهة هاته المعاناة كانشطار الموضوع و عزل العاطفة.

سيتم كذلك التطرق الى التسامي كسياق منظم و معدل لهاته المعاناة لاسيما و ان البعد الديني و المتمثل في المكافأة و الحماية "الإلهية" هو ما يصبو اليه عمال شبه الطبي من وراء انجازهم لعملهم.

الكلمات المفتاحية : عمل التمريض – المعاناة النفسية -

السياقات النفسية اللاشعورية- عزل العاطفة التسامي.

Introduction

La psychologie clinique interroge le comportement et la vie psychique de l'Homme de manière générale auxquels elle tente de donner du sens en relation avec l'histoire de vie, les conflits, les attachements, les pertes, la santé, la souffrance, les traumatismes, etc... Néanmoins, le comportement de ce dernier dans la situation

