

**SANTE PSYCHIQUE DES PROFESSIONNELS
PARAMEDICAUX EN ALGERIE ENTRE REALITE ET
RATIONALITE**

Nassima REMMAS*

Reçu le : 03/10/2017
Évalué le : 07/11/2017

Résumé

L'article traite de la santé mentale des prestataires de services de santé. Il traite plus précisément de la manière dont les ambulanciers paramédicaux gèrent les situations quotidiennes auxquelles ils sont confrontés au cours de leurs années de travail. Étant donné que leur contact avec les patients et les mourants peut entraîner de nombreux symptômes, tels que l'agression, et le fait de garder une certaine distance par rapport au patient.

L'étude s'appuie sur une enquête menée dans 3 hôpitaux de la Wilayat d'Oran, couvrant un large éventail de services.

Une entrevue semi-dirigée et une liste de contrôle ont été utilisées pour appréhender les symptômes.

Mots-Clés

Soignants ; stress ; souffrance ; patient ; épuisement émotionnel ; distance vis-à-vis du patient ; Check-List ; Entretien semi-directive.

* Maître Assistante à la Faculté des Sciences Sociales, Université de Sidi Bel-Abbes.

ملخص

الصحة النفسية لمهنيي شبه الطبي في الجزائر بين الواقع والعقلاني

يعالج المقال الصحة النفسية لمقدمي الخدمات الصحية. ويتطرق بالأخص للكيفية التي يتعامل بها مهنيو شبه الطبي مع الوضعيات اليومية التي يواجهونها طوال سنوات عملهم. بما أن احتكاكهم بالمرضى والمتوفين قد تؤدي إلى كثير من الاعراض من مثل العدوانية، جعل مسافة بينهم وبين المريض وغيرها.

اعتمدت الدراسة على مسح مس 3 مؤسسات استشفائية بولاية وهران، وغطت مجموعة واسعة من المصالح.

تم استخدام المقابلة نصف الموجهة وقائمة تأشير حول الأعراض.

الكلمات الدالة

مقدمي الخدمات الطبية؛ الاجهاد؛ المريض؛ الإرهاق العاطفي؛ الحفاظ على مسافة مع المريض؛ قائمة بنود؛ مقابلة نصف موجهة.

Abstract

PSYCHIC HEALTH OF PARAMEDICAL PROFESSIONALS IN ALGERIA BETWEEN REALITY AND RATIONALITY

The article addresses the mental health of health service providers. It deals in particular with how the paramedics deal with the daily situations they face during their years of work. Since their contact with patients and the deceased may lead to many symptoms such as aggression, making a distance between them and the patient and others.

The study was based on a survey of 3 hospitals in the Wilayat of Oran, covering a wide range of interests.

A semi-directed interview and a checklist were used on symptoms.

Keywords

Caregivers; stress; suffering; patient, emotional exhaustion; distance to patient, check-list, semi-directed interview.

1. Introduction

La santé telle que définie par Organisation Mondiale de la Santé (OMS), ne se rapporte pas seulement à l'absence de maladie, mais englobe à la fois le bien-être physique, psychique et social. Etudier la qualité de l'offre en matière de santé nous impose de nous intéresser à un des acteurs incontournables du « soin » : le soignant.

Nous nous intéressons au soignant paramédical plus particulièrement, appelé à travers le travail de soin à une triple rencontre « avec soi, avec autrui et avec le réel » (Lhuilier, 2006).

Dans les représentations collectives, le soignant doit disposer de caractéristiques spécifiques : il doit avoir la connaissance, la compétence et qu'il sache s'y prendre avec les patients. Néanmoins, ce professionnel est un « être » qui peut aussi avoir des fragilités et des besoins tout comme les « usagers de soin », car au-delà de la connaissance dont il dispose et qu'il met en pratique pour les autres, il demeure un individu dont la santé physique ou psychique est constamment questionnée au gré des différents facteurs influents, notamment ceux liés à son quotidien, à savoir les contraintes du travail, la confrontation à la maladie et à la mort.

Comment font ces professionnels paramédicaux pour gérer ces situations quotidiennes, engageant leur personnalité toute entière, pendant de nombreuses années ?

Le soin et ses implications psychiques

L'intérêt porté à ce sujet émane de nos observations fortuites au départ et ciblées dans un deuxième temps, sur les professionnels soignants. Nous avons constaté une distance relationnelle avec les patients chez

une grande majorité de professionnels paramédicaux, dont la fonction requiert justement l'attention et l'empathie. L'observation des professionnels paramédicaux et leur façon d'entrer en contact avec les patients en vue de l'administration des soins, ainsi que nos différentes recherches documentaires sur le sujet nous interpellent pour questionner les mécanismes sous-jacents à cette relation. Pour ce faire, la définition du soin et de ses implications s'impose.

Le soin est défini comme le fait de s'occuper de rétablir la santé de quelqu'un, impliquant une certaine attention et une responsabilité vis-à-vis de ce dernier (Mebtoul, 1998, cité par Olive, 2010). Cette attention implique un effort physique et psychique mais aussi des attentes puisque beaucoup d'affects vont être réactivés chez le soignant passant de la joie et la satisfaction au découragement et au désespoir, selon les résultats obtenus par le soignant dans son travail. Ces affects se situent dans une dialectique plaisir/déplaisir en rapport avec le retour attendu de la part de ce professionnel : amélioration de l'état du patient, reconnaissance de la hiérarchie, mais aussi le soutien du groupe de travail (Manoukian & Massebeuf, 2001).

De l'autre côté, la maladie interpelle les angoisses et conflits archaïques liés à la maladie et à la mort (Valabrega, 1962). Les professionnels paramédicaux sont appelés à s'adapter à cette situation pour pouvoir accomplir leur métier d'une part et se protéger de ce surplus d'émotion d'autre part en recherchant un compromis entre leurs désirs et la réalité. Dans une conception psychodynamique, l'insatisfaction au travail et le déséquilibre entre les désirs et les défenses représentent une porte d'entrée dans la souffrance.

Les recherches sur la souffrance des soignants remontent aux observations du psychanalyste FREUDENBERG sur les professionnels de soin, en mettant en avant des symptômes physiques : épuisement,

fatigue, maux de tête, insomnies... et des symptômes comportementaux : colère, irritation, perte d'énergie (épuisement émotionnel) ; MASLACH a évoqué des paramètres communs aux fonctions d'aide, à savoir un épuisement émotionnel et une distance vis-à-vis du patient/client (Truchot, 2004).

Selon des études occidentales, l'épuisement professionnel toucherait 90% des infirmiers à travers les affects dépressifs, une symptomatologie somatique et des problèmes relationnels multiples (retrait- agressivité) ainsi qu' une perte d'efficacité dans le travail avec absentéisme (Morasz, 1999).

Pour ce qui est de l'Algérie, les recherches effectuées concernent soit l'épuisement professionnel (Dr Chakali¹) soit les « risques psychosociaux »² (Dr BENHASSINE)³ ainsi que d'autres recherches académiques sur le stress chez les infirmières (GRAS-ORAN). Néanmoins nous n'avons pas pu obtenir des chiffres relatifs à la prévalence du stress chez les soignants en Algérie, bien que les instructions du ministère de la santé vis-à-vis des services de médecine du travail soient orientées vers l'étude et la prévention du phénomène.

L'instruction ministérielle N°18 du 27 Octobre 2002, relative à la

¹ Chakali, M. (2000). Le burnout chez le personnel du centre anticancéreux de Blida, In *Troubles post-traumatiques*, (s/d) F. Kacha. Algérie : Ministère de la santé. N°82

² Les risques psychosociaux sont définis comme ayant un rôle dans la survenue et dans le développement des troubles mentaux. Ils impliquent les facteurs liés aux conditions de travail (la demande et le support social au travail) et d'une manière plus générale les risques socioprofessionnels (Commission on Social Determinants of Health, 2008).

³ Benhassine, W. (2011). *Lombalgies et facteurs psychosociaux liés au travail chez le personnel soignant de la wilaya de Batna*. Thèse de Doctorat en Sciences Médicales, option : Médecine du travail. Faculté de Médecine de Batna

protection de la santé des personnels de santé, représente un pas en avant de la part du ministère de tutelle⁴ dans la prévention de la souffrance psychique des soignants qui sont en contact avec les patients atteints de pathologies lourdes. Le ministère à travers ce texte, souhaite « prévenir des effets et prendre en charge, précocement les travailleurs de la santé en situation de stress » en instruisant les établissements de santé à mettre en marche les actions préventives basées « sur l'analyse des activités et conditions de travail, et sur la surveillance médico-environnementale en milieu de soins ».

Les actions concrètes préconisées visent l'amélioration de la qualité des soins dispensés, à travers l'amélioration de la santé physique et psychique des soignants. Nous pouvons citer quelques-unes :

- Procéder à l'analyse des postes, des activités et conditions de travail dans tous les services et unités de soins ;
- Evaluer les effets psychopathologiques et formuler les avis sur les contraintes physiques et psychiques des postes de travail, en fonction des aptitudes des agents de la santé concernés, et ce avant tout nouveau recrutement ou nouvelle affectation ;
- Proposer les aménagements de postes nécessaires à la préservation de la santé physique et mentale des personnels, en tenant compte de la nécessité d'assurer la disponibilité et la continuité des soins ;
- Proposer les mutations de postes nécessaires lorsque l'aménagement des postes de travail n'est pas compatible avec le fonctionnement normal du service.

Dans la réalité, l'application de ces directives reste difficile; les cas de souffrance que nous avons rencontrés lors de notre enquête n'ont pas

⁴ Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

été résolus, et les personnes concernées « devaient » continuer à assurer leur fonction dans les mêmes services, jusqu'à ce qu'un soignant soit trouvé pour remplacer un départ, ce qui relève de l'impossible puisque tous les soignants évitent les services « à activité intensive »⁵, qualifiés par les professionnels de santé comme « des services lourds et générateurs de souffrance »⁶.

Nous allons présenter les résultats d'une recherche menée dans le cadre d'une thèse de Doctorat en psychologie clinique⁷, et à travers laquelle, nous avons voulu évaluer la souffrance psychique chez les professionnels paramédicaux ainsi que leur façon de s'y adapter, en étudiant les processus psychiques mobilisés par eux à cet effet.

2. Méthodologie de la recherche

La recherche a concerné 82 soignants paramédicaux (64 femmes et 18 hommes), relevant de trois établissements hospitaliers de la wilaya d'Oran, à savoir le Centre Hospitalier et Universitaire (CHU-O), l'Établissement Hospitalier et Universitaire (EHU-O) et l'Établissement Hospitalier Spécialisé –Emir Abdelkader (Centre Anti-Cancer).

L'enquête a concerné plusieurs services comme suit : la médecine physique (réadaptation fonctionnelle), la néphrologie (avec le service de Dialyse), la chirurgie plastique et réparatrice (brûlés), les maladies infectieuses, la cardiologie, les urgences médico-chirurgicales (UMC),

⁵ Tels que qualifiés dans l'instruction ministérielle.

⁶ Les UMC, Les services de réanimation, les services d'oncologie.

⁷ La thèse de Doctorat est intitulée : « Souffrance psychique et processus inconscients chez les professionnels paramédicaux – Etude clinique à la lumière de la théorie psychanalytique » - S/D Pr N. KHALED- Université d'Alger-2.

la réanimation médicale, la pédiatrie (avec la chirurgie infantile), la psychiatrie et l'oncologie (adultes/enfants).

Dans le cadre de cette recherche, nous avons opté pour la méthode clinique de recherche associant méthode descriptive quantitative et méthode qualitative analytique. Les outils⁸ que nous avons choisis pour répondre à nos questionnements sont :

1. Un entretien semi directif structuré en trois axes relevant de trois dimensions essentielles comme suit :
 - 1.1. Les caractéristiques démographiques : sexe, âge et situation familiale ;
 - 1.2. La dimension organisationnelle : la nature de la prise en charge, la fonction, l'expérience professionnelle et le volume horaire de travail ;
 - 1.3. La dimension subjective : concerne le soignant lui-même, ses représentations, son vécu du travail et les processus psychiques mis en avant face à ce dernier.

2. La Symptom Chek List (SCL-90-R) qui est un questionnaire d'auto-évaluation, nous permet d'avoir un « reflet de l'état psychologique actuel » du sujet. Elle se compose de 90 items auxquels le sujet répond pour décrire la symptomatologie présentée par lui-même dans l'actualité selon neuf dimensions : somatisation, obsession-compulsion, sensibilité

⁸ Dans le cadre de cette présentation, nous n'abordons pas les résultats du Tematic Apperception Test (TAT) qui est une épreuve projective, choisie dans le but d'étudier en profondeur la singularité du sujet à travers l'exploration de ses stratégies défensives habituelles.

interpersonnelle, dépression, anxiété, hostilité, phobie, symptomatologie paranoïde et psychotique. L'analyse de la Chek List s'est faite à travers le logiciel SPSS pour calculer l'indice général de souffrance ainsi que les symptômes positifs et leur sévérité comparativement aux normes de référence.

3. Résultats de la recherche

Il ressort des entretiens réalisés avec ces professionnels, que la santé prend un coup au fil du temps, ce qui ne se voit chez la personne qu'une fois retraitée et les exemples cités pour argumenter cela sont nombreux chez eux.

Les soignants paramédicaux expriment une symptomatologie fréquente chez la majorité d'entre eux ; ils évoquent une 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 », privilégiant ainsi le repli 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.

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, ainsi que les troubles de sommeil et du comportement alimentaire.

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 la hiérarchie et la non

reconnaissance -de la part de leurs supérieurs hiérarchiques ou des proches des malades- de l'effort fourni, 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.

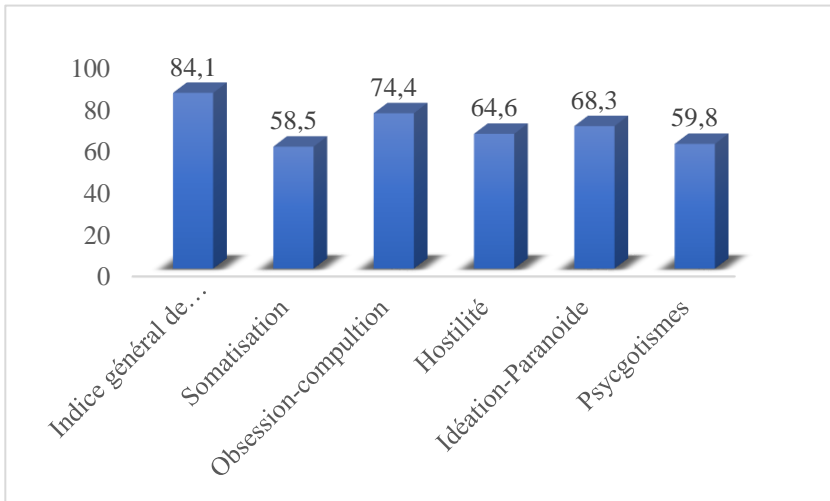
Il ressort de l'analyse quantitative de la Chek-List l'existence d'une souffrance touchant 84,1% des soignants évalués, ce qui représente un pourcentage assez important dans l'évaluation de la santé psychique des professionnels de la santé.

La souffrance exprimée par les soignants se décline à travers cinq dimensions principales, que nous pouvons présenter par ordre décroissant de fréquence comme suit : l'obsession-compulsion (concerne 74,4% des soignants), l'idéation paranoïde⁹ (68,3%), l'agressivité (64,6%), les manifestations psychotiques¹⁰ (59,8%) et la somatisation (58,5%) (Voir graphique I).

Les autres dimensions sont moins fréquentes chez notre population de recherche que les premières, ce qui ne les rend pas moins importantes dans l'évaluation de la santé psychique des soignants : l'anxiété (50%), la dépression (47,6), la sensibilité interpersonnelle (46,3%), et les manifestations phobiques (36,6%).

⁹ Idéation paranoïde : implique la projection des idées, le doute, l'agressivité et l'idéalisation de Soi (Saadouni, 2011).

¹⁰ Psychotismes: renvoie à un continuum allant du retrait du sujet aux hallucinations et projections (Saadouni, 2011).



Graphique 1 : Description de la souffrance psychique chez les soignants

4. Discussion des résultats

Dans l'approche psychanalytique, les symptômes prennent naissance dans un conflit psychique. Ces manifestations -qui représentent une forme d'adaptation du sujet à son travail- peuvent être somatiques ou psychiques, mais aussi psychiatriques à travers les bouffées délirantes, les épisodes dépressifs, les crises de violence... (Dejours, 2012).

Dans la relation de soins, la maladie et la mort représentent un objet commun au soignant et au patient, elle sert de circulation intersubjective selon VALABREGA. La maladie et la mort -de par leur proximité- interpellent ce qu'il y a de plus profond chez le patient d'une part, et le soignant paramédical d'autre part, ce qui rend la proximité entre le soignant et le patient plus importante. Cette relation a des caractéristiques analogues à celles de la relation parents-enfants, elle

sera susceptible de réveiller les conflits antérieurs du soignant. Ce dernier verra ses angoisses antérieures se réactiver, et sera mis face à sa propre angoisse de mort (Valabrega, 1962 ; Jeammet, Reynaud & Consoli, 1996). D'autre part, le soignant se verra confronté à une blessure narcissique du fait de l'échec thérapeutique et aux décès répétitifs des patients (notamment dans certains services).

Ce débordement affectif éprouvé du fait du déplaisir et la difficulté d'élaboration des représentations et affects a une incidence sur l'équilibre somato-psychique à travers les somatisations multiples mais aussi sur les affects (dépression, angoisse, agitation, passage à l'acte), et sur la pensée soit à travers l'inhibition des facultés intellectuelles ou les manifestations psychotiques diverses (Barus-Michel, 2004).

A partir de ce qui précède, nous pouvons voir dans les dimensions présentées par notre population de recherche, des modes d'expression d'une souffrance liée à la relation de soins par la réactivation des conflits et angoisses antérieures des soignants, et à la difficulté d'élaboration psychique de ces conflits. Ces manifestations ainsi exprimées vont avoir un effet sur la relation de soin et la qualité des soins prodigués, sachant que le soin n'implique pas seulement les aspects techniques mais aussi relationnels : le *care*¹¹.

Les soignants parlent -non sans regret- de la difficulté d'être « empathiques » vis-à-vis des patients du fait de la charge du travail (qui les contraint à focaliser leur attention sur le travail technique) d'une

¹¹ Le *care* suppose une relation impliquant mots, gestes, mimiques et positions du corps...et « c'est avec son corps, sa parole et son affectivité que l'on rentre en relation » (Manoukian & Massebeuf, 2001, p.8).

part, mais aussi du fait des souffrances des patients ou des décès, qui les pousse à installer une distance relationnelle « protectrice ».

D'après les entretiens effectués, cette distanciation relationnelle-inexistante au début de la carrière des soignants- s'installe au fil du temps en rendant ces derniers plus portés vers l'aspect technique de leur profession au détriment d'une certaine bienveillance dans la relation. Cette distanciation s'établit, soit à l'insu du soignant (où il se rend compte de ce changement plus tard), ou par choix stratégique pour rendre le travail moins pénible psychologiquement (par identification aux pairs : pour être un soignant compétent). Ceci se donne à voir à travers la limitation du temps (passé au chevet du soigné) et de la communication avec le patient, ainsi que la concentration sur l'aspect technique considéré comme la priorité dans le soin, dans une certaine tentative de maîtrise de l'affect.

5. Conclusion

Nous rappelons que ces résultats ne représentent pas un diagnostic psychopathologique, mais plutôt une description de la symptomatologie actuelle présentée par notre population de recherche. Il va sans dire qu'une étude épidémiologique devrait être réalisée à travers l'ensemble des établissements de santé en Algérie en vue de connaître l'importance du phénomène de la souffrance chez les professionnels.

Cette contribution vise la redynamisation des services de médecine du travail (à travers l'étude des contraintes physiques et psychiques des postes dans les différents services) et l'encouragement des recherches (cliniques et académiques) visant l'étude de la souffrance psychique dans les établissements de soins.

Néanmoins, et dans une vision préventive de la souffrance des

soignants, nous aspirons à la sensibilisation des décideurs sur la nécessité d'installer des groupes de parole dans certains services (dits générateurs de souffrance). Ces groupes de parole vont permettre aux soignants de parler de leur vécu et d'élaborer les situations problématiques qui se posent à eux au quotidien ; ce dispositif contribuerait aussi au renforcement des équipes de travail en favorisant l'émergence du plaisir de penser et de travailler ensemble chez les membres de l'équipe.

Et enfin, étudier le phénomène de la souffrance psychique chez les soignants contribuerait à mettre en place les correctifs qui s'imposent en vue d'améliorer la santé de ces professionnels, ce qui se répercuterait positivement sur la relation de ces derniers aux usagers de soins et améliorerait la qualité des soins dispensés.

Bibliographie

1. Barus-Michel, J. (2004). Souffrance, sens et croyance. Paris : Erès.
2. Dejours, C. (2012). Organisation du travail-clivage et aliénation. In. Travailler- Dossier les ambiguïtés du care. N°28. (pp.149-158). <http://www.cairn.info/revue-travailler-2012-2.html>.
3. Jeammet, PH., Reynaud, M & Consoli, S.M. (1996). Psychologie médicale. Paris : Masson.
4. Lhuilier, D. (2006). Cliniques du travail. Toulouse : Erès
5. Manoukian, A & Masseur, A. (2001). La relation soignant-soigné. Paris : Editions LAMARRE.
6. Molinier, P., Laugier, S & Paperman, P. (2009). Qu'est-ce que le care? Souci des autres, sensibilité, responsabilité. Paris : Payot.
7. Morasz, L. (1999). La souffrance dans la relation soignant-soigné. In Domaines d'intervention psychosociale. (pp.405-423).
8. Olive, J-L. (2010). Le soin sociomorphose- épistémologie d'une relation. In J-L, Olive & M, Mebtoul (Ed). Le soin sociomorphose.

- Collection Etudes. France : Presses Universitaires de Perpignan.
9. Truchot, D. (2004). Epuisement professionnel et burnout- Concepts, modèles interventions. Paris : DUNOD.
10. Valabrega, J-P. (1962). La relation thérapeutique. Malade et médecin. Paris : Flammarion.
11. سعدوني غديري، م. (2011). مصير الأطفال المصدومين من جراء العنف: ماذا بعد التكفل النفسي؟ عين مليلة: دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع.