

**Université Abderrahmane Mira de Bejaia**

**Faculté des Sciences Humaines et Sociales**

**Département des Sciences Sociales**

**Mémoire de fin de cycle en vue de l'obtention du diplôme de Master en psychologie**

*Option* : psychologie clinique

**Thème**

**Le vécu psychologique des médecins  
travaillant en oncologie**

**Réalisé par :**

MAOUCHE Nesrine

MEBARKI Samia

**Encadré par :**

Mme HADERBACHE Lamia

**Année universitaire : 2017/2018**

## Remerciements

*Avant de commencer, on tient tout d'abord à remercier Dieu le tout puissant, de nous avoir donné la santé, la force, le courage, la volonté et la patience pour accomplir et mener ce travail a terme*

*Nous tenons remercier particulièrement, du fond du cœur notre promotrice Mme Haderbache Lamia, pour sa confiance, sa patience, sa compréhension, sa disponibilité, ses conseils pertinents, ses encouragements, sa bienveillance et son soutien, qui sans elle ce travail de recherche n'aurait pas abouti.*

*Un grand merci à tous nos sujets de recherche, qui nous ont données de leur temps, qui nous ont accordé leur consentement pour la réalisation de ce travail et qui ont fait preuve de bonne volonté car sans eux notre travail n'aurait pas été effectué.*

*Un merci au personnel du service d'oncologie, qui nous a accueilli et offert l'aide dont on avait besoin afin d'avancer dans notre recherche.*

*Nous remercions également les membres du jury qui ont accepté de lire d'examiner et d'évaluer notre travail.*

*Enfin nous remercions tous ceux qui ont contribué de près ou de Loin à ce modeste travail.*

## Dédicaces

*Je dédie ce modeste travail à :*

*Ma très chère maman, qui m'a toujours soutenu et m'a apporté son aide et mon très cher papa qui a contribué à la rédaction de ce mon travail.*

*Ma très chère promotrice Mme Haderbache Lamia, qui a toujours étais présente jusqu'à la dernière minute.*

*Mes sœurs, Kenza qui a veillé a toujours m'encourager, Meriem et à mes deux frères Mohamed Arezki, Imed et ma tante et à ma très cher belle-sœur.*

*A ma chère meilleure amie et binôme Samia avec qui on a vécu de fortes émotions tout le long de notre travail de recherche.*

*A mes meilleures copines, les jumelles et Nesrine,*

*A Amazigh, Nardjessa, Célia, tassadit, Yazid, Sara, Hassane, Kahina qui nous ont aidé tout le long de notre recherche.*

*A ma très chère Sara Rabhi, qui a toujours été présente et m'a encouragé et m'apporte beaucoup de bonheur.*

*A la mémoire de mes grands-parents, qui attendaient avec fierté et impatience le jour de ma soutenance. Paix à leur âme.*

*Aux médecins, sans qui cette recherche n'aurait pas lieu. Et au personnel du service d'oncologie.*

*Aux enseignants qui nous ont apporté leur aide pendant la réalisation de notre travail notamment à Mme Douakh.*

*Enfin a toutes ma famille et mes amis.*

**Maouche Nesrine**

## Dédicaces

*Je dédie ce modeste travail à mes chers parents qui ont vraiment sacrifié pour me voir réussir. Avec tous mes sentiments d'amour et de reconnaissance pour vous deux, je vous aime très fort.*

*A mes deux chers frères farés et Saïd qui sont toujours à mes côtés.*

*A ma petite sœur Kahina qui est vraiment précieuse pour moi.*

*A mes petits cousin Younes Assia Adam et Racime.*

*A la mémoire de mon oncle Boubekour qui m'a toujours soutenu et à son petit fils Ishak. Paix à leur âme.*

*A mes très chères grand-mères Baya et Tassadite que dieu les bénisses, à ma famille maternelle et paternelle à mes tantes, mes oncles.*

*A ma belle-famille plus particulièrement à mon beau père et ma belle-mère, à ma belle-sœur Nadia et mes beaux-frères (Karim, Fateh, Fahem et Nadir)*

*A mon cher mari Farid qui m'a offert autant d'amour, de tendresse et de fidélité que dieu te garde pour moi*

*A ma chère meilleure amie et ma binôme papillon qui m'apporté beaucoup de soutien et d'amour et ainsi à sa famille particulièrement Kenza*

*A ma chère Sara tu es vraiment adorable, mes belles jujus karima et salima.*

*A Amazigh, Cylia, Tassadite, Sarah, Nerdjessse et Manel*

*A notre encadreur Mme Haderbache Lamia, pour sa disponibilité et ses conseils. , qui sans elle ce travail de recherche n'aurait pas abouti.*

*A toute l'équipe du service d'oncologie a l'EPH d'Amizour*

**Mebarki Samia**

# Sommaire

**Introduction** -----01

## **Partie théorique**

### **Chapitre I : cancer et oncologie**

Préambule -----08

#### **I) Le Cancer**

1) Historique du cancer -----08

2) Définition du cancer -----11

3) La sémiologie des cancers -----12

4) Dépistage et diagnostic des cancers -----13

5) Diagnostic différentiel des cancers -----14

6) Les types du cancer -----15

7) Traitement des cancers -----16

8) Le vécu psychologique du cancéreux -----17

#### **II) oncologie**

1) Définitions -----21

2) Formation du médecin généraliste et oncologue -----22

3) Domaine d'intervention -----24

4) L'exposition professionnelle au traitement du cancer -----25

5) L'annonce du diagnostic -----	25
----------------------------------	----

Synthèse -----	26
----------------	----

## **Chapitre II : Le vécu psychologique des médecins**

Préambule -----	28
-----------------	----

<b>Le vécu psychologique</b> -----	28
------------------------------------	----

### **I) L'empathie**

1) Historique -----	31
---------------------	----

2) Définitions de l'empathie -----	33
------------------------------------	----

3) Les deux catégories de l'empathie -----	34
--	----

4) Approches théoriques de l'empathie -----	36
---	----

5) La relation médecin-malade -----	40
-------------------------------------	----

6) Les apports d'une relation empathique -----	41
--	----

7) L'empathie dans le cadre du soin -----	42
---	----

### **II) Le burnout**

1) Historique du burnout -----	44
--------------------------------	----

2) Définitions du burnout -----	47
---------------------------------	----

3) Les différentes appellations du burnout -----	47
--	----

4) Diagnostic et manifestation du burnout -----	49
---	----

5) Diagnostic différentiel du burnout -----	51
---	----

6) Les trois dimensions du burnout -----	54
7) Les approches théoriques du burnout -----	57
8) Les causes du burnout -----	60
9) Le burnout des soignants -----	61
10) Burnout et stratégies de coping -----	64
11) Prévention du burnout -----	66
Synthèse -----	69
<b>Problématique et hypothèses -----</b>	<b>71</b>

## **Partie pratique**

### **Chapitre III : La méthodologie de la recherche**

Préambule -----	80
1) Les limites de la recherche -----	80
2) Méthode utilisée dans la recherche -----	81
3) Présentation du lieu de recherche -----	83
4) Groupe de recherche -----	84
5) Outils de recherche -----	86
6) Déroulement de la recherche -----	94
7) Attitude du chercheur -----	99
8) Difficultés de la recherche -----	99

Synthèse ----- 100

**Chapitre IV : Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

Préambule ----- 102

**I) Présentation et analyse des résultats** ----- 102

**II) discussion des hypothèses** ----- 146

Synthèse ----- 164

**Conclusion** ----- 167

**Liste bibliographique** ----- 172

**Annexes**



## Liste des tableaux

<b>N°</b>	<b>Titre</b>	<b>Page</b>
<b>N°1</b>	Présentation des sujets de recherche	<b>85</b>
<b>N°2</b>	Résultat de Mme Habiba obtenu dans le QCAE	<b>109</b>
<b>N°3</b>	Résultat de Mme Habiba obtenu dans le MBI	<b>112</b>
<b>N°4</b>	Résultat de Mr Bader obtenu dans le QCAE	<b>120</b>
<b>N°5</b>	Résultat de Mr Bader obtenu dans le MBI	<b>124</b>
<b>N°6</b>	Résultat de Mme Djamila obtenu dans le QCAE	<b>130</b>
<b>N°7</b>	Résultat de Mme Djamila obtenu dans le MBI	<b>133</b>
<b>N°8</b>	Résultat de Mme Salima obtenu dans le QCAE	<b>137</b>
<b>N°9</b>	Résultat de Mme Salima obtenu dans le MBI	<b>138</b>
<b>N°10</b>	Résultat de Mlle Latifa obtenu dans le QCAE	<b>141</b>
<b>N°11</b>	Résultat de Mlle Latifa obtenu dans le MBI	<b>142</b>
<b>N°12</b>	Résultat de Mme Zahra obtenu dans le QCAE	<b>144</b>
<b>N°13</b>	Résultat de Mlle Zahra obtenu dans le MBI	<b>145</b>
<b>N°14</b>	Tableau récapitulatif des résultats des sujets au QCAE	<b>159</b>
<b>N°15</b>	Tableau récapitulatif des résultats des sujets à l'MBI	<b>160</b>

## Liste des annexes

<b>N° de l'annexe</b>	<b>Titre</b>
Annexe N°1	Guide d'entretien clinique semi-directif
Annexe N°2	Echelle de l'empathie QCAE
Annexe N°3	Résultats de l'échelle de l'empathie de Mme Habiba
Annexe N°4	Résultats de l'échelle de l'empathie de Mr Bader
Annexe N°5	Résultats de l'échelle de l'empathie de Mme Djamila
Annexe N°6	Résultats de l'échelle de l'empathie de Mme Salima
Annexe N°7	Résultats de l'échelle de l'empathie de Mlle Latifa
Annexe N°8	Résultats de l'échelle de l'empathie de Mlle Zahra
Annexe N°9	Echelle du burnout MBI
Annexe N°10	Résultat de l'échelle du burnout de Mme Habiba
Annexe N°11	Résultat de l'échelle du burnout de Mr Bader
Annexe N°12	Résultat de l'échelle du burnout de Mme Djamila
Annexe N°13	Résultat de l'échelle du burnout de Salima
Annexe N°14	Résultat de l'échelle du burnout de Mlle Latifa
Annexe N°15	Résultat de l'échelle du burnout de Mlle Zahra

## Liste des abréviations

**CHU** Centre Hospitalier Universitaire

**CIM10** Classification Internationale des Maladies

**CPN** Comité Pédagogique National de la filière Médecine.

**DES** Diplôme d'Etude Spécialisé

**EMDR** Eye Movement Desensitization and Reprocessing

**EPH** Etablissement Public Hospitalier

**INC** Institution National du Cancer

**MBI** Maslasch Burnout Inventory

**OMS** Organisation Mondiale de la Santé

**ONDPS** Annuel Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé,

**PNST** Portail National de Signalement des Thèses

**QCAE** Questionnaire of Cognitive and Affective Empathy

**RCP** Réunions de Concertation Pluridisciplinaire

**SEPS** Syndrome d'Epuisement Professionnel des Soignants

**TCC** Approche Cognitive Comportementale

**TEP** Tomographie par Emission en Position

**VADS** Cancer des Voies Aérodigestives Supérieures

Le cancer est la maladie la plus redoutée du siècle, elle est vue comme un véritable fléau moderne, de par son augmentation continue et constante. En effet, l'organisation mondiale de la santé (OMS) a dénombré 14,1 millions de nouveaux cas dans le monde durant l'année 2012, avec 8,2 millions de décès déclarés dans la même année. En Algérie on comptabilise environ 45 000 nouveaux cas de cancer par an, avec 24 000 décès. Au-delà de ces chiffres le cancer représente surtout une charge lourde pour les patients mais aussi pour les professionnels qui les prennent en charge notamment les médecins généralistes et oncologues, ainsi notre présente recherche s'est portée sur *«le vécu psychologique des médecins travaillant en oncologie »*.

En effet, notre objectif était de mettre en lumière le vécu psychologique des médecins, car il est assez souvent écarté. On a constaté lors de la consultation du site Portail National de Signalement des thèses (PNST), que les recherches faites sur le vécu psychologique, au sein des universités algériennes, se sont focalisées d'avantage sur le soigné, laissant en marge le soignant. Les recherches faites au sein de l'université Abderrahmane Mira viennent confirmer notre constatation, nous avons remarqué, que beaucoup de ces études avaient un intérêt pour le cadre médical (personnel soignant notamment les infirmiers, urgentistes etc.) mais ne touchaient pas spécialement le médecin en oncologie. C'est pourquoi notre curiosité s'est tournée vers les médecins en oncologie, le choix de ce service était évident pour nous, car c'est le plus exposé à la fois, à la souffrance, à la mort et aux rencontres touchantes.

Par vécu psychologique on entend l'état émotionnel dans lequel les médecins se trouvent, lorsqu'ils font face à différentes situations rencontrées au sein du service d'oncologie, où la mort est omniprésente. Les soignants s'y trouvent par conséquent confrontés à de très fortes émotions et font face à des

situations peu enviables. En effet, le travail de soignant est ainsi connu depuis longtemps pour être à l'origine de souffrance pour ceux qui l'exercent.

C'est pourquoi nous avons essayé de mettre en avant cet état émotionnel qui semble présenter une véritable souffrance et tenter par la même occasion, de corriger certains stéréotypes à l'égard des médecins.

Par ailleurs, l'actualité de notre pays n'est pas en reste. L'évènement récent concernant la grève des 13 mille résidents Algériens, dont des oncologues, a attiré notre attention de par leurs revendications. D'abord, l'incitation financière pour exercer dans des régions les plus isolées, notamment dans le sud du pays, et la dotation de ces structures en matériel et produits pharmaceutiques indispensables à la bonne prise en charge des malades. Ces conditions n'étant pas réunies, le médecin se trouve face au malade dans des conditions de travail désastreuses, sans les outils nécessaires pour exercer son métier, générant par conséquent une fatigue émotionnelle et physique. Ensuite, l'abrogation totale du service civil qui les oblige à exercer de un à quatre ans dans des zones souvent reculées et sans moyens. Selon eux cette loi ne sert guère la cause du patient, et a prouvé son échec. Nous avons saisi le message véhiculé par ces deux revendications, à savoir, l'intérêt que peut porter un médecin à l'égard de son malade, mais aussi la souffrance psychologique à laquelle il fait face. Une situation qui nous a ainsi incité à nous intéresser au vécu psychologique des médecins en oncologie.

En raison de la complexité du concept vécu psychologique, et pour mieux le cibler, on l'a opérationnalisé en retenant deux indicateurs qui sont l'empathie et le burnout.

Par empathie on entend, cette capacité à se mettre à la place de l'autre en restant soi-même et en ne s'identifiant pas à l'autre. Dans notre recherche, on a

d'abord essayé de mettre en avant l'empathie des médecins, qui est considérée comme une qualité assez importante. Elle représente une voie qui a pour objectif de guider le médecin à apporter la confiance dans la qualité de son travail et dans le traitement du cancer, et ensuite de lever le voile, sur la souffrance des soignants, et faire part de leurs émotions face à la détresse de leurs patients. Et enfin, éclairer son effet sur le bon déroulement de la prise en charge, l'interaction et la relation médecin-malade, qui sont capitales, tout le long du processus thérapeutique.

Le deuxième indicateur retenu qui est le burnout désigne un épuisement qui est à la fois émotionnel et physique causé par un travail ayant pour but d'aider les autres. L'objectif de cet indicateur, est évidemment de mettre en avant le bon déroulement ou non du travail des médecins exerçant en oncologie, ainsi que les difficultés auxquelles ils font face. En d'autres termes mettre en lumière le contexte du travail et ses répercussions sur la santé mentale des soignants.

Pour réaliser notre objectif, on a retenu comme lieu de recherche, l'EPH d'Amizour à Bejaia, service d'oncologie, et comme groupe de recherche, quatre oncologues et deux médecins généralistes travaillant dans le même service. Pour la récolte des données, on a opté pour l'entretien de recherche semi-directif, pour mesurer le niveau d'empathie des médecins en oncologie, on a choisi le Questionnaire of Cognitive and Affective Empathy (QCAE). Pour mesurer le degré du burnout on a choisi le Maslach Burnout Inventory (MBI).

Pour la réalisation de notre travail de recherche, nous avons choisi l'approche cognitivo-comportementale (TCC), cette approche nous a permis de mieux décrire et expliquer le vécu psychologique des médecins en oncologie, car c'est une approche centrée sur les pensées, les cognitions et les émotions.

Après introduction, notre travail est divisé en deux parties, la partie théorique, et la partie pratique. La partie théorique est divisée à son tour en deux chapitres, le premier chapitre intitulé cancer et oncologie est subdivisé en deux sous chapitre. D'abord, le cancer, qui a comme point : l'historique, les définitions, le dépistage et le diagnostic, le diagnostic différentiels, les différents type du cancer, le traitement du cancer et enfin le vécu psychologique du cancéreux. Le deuxième sous chapitre, la formation de l'oncologue, a comme point : définitions des concepts clés, formation du médecin généraliste et oncologue en Algérie, domaine d'intervention, l'exposition professionnelle au traitement du cancer et enfin l'annonce du diagnostic. Le deuxième chapitre porte sur le vécu psychologique du médecin, on a fait une présentation du vécu psychologique du médecin, on a divisé le chapitre en deux partie, la première se porte sur l'empathie, on a cité les point suivant : l'historique, les définitions ; ainsi que les deux catégories et les approches théoriques de l'empathie et enfin la relation médecin malade, les apports d'une relation empathie et l'empathie dans le cadre du soin. La deuxième partie se porte sur le burnout ou on a évoqué les points suivant : l'historique et les définitions ainsi que les différentes appellations du burnout nous avons évoqué aussi le diagnostic et les manifestations du burnout, le diagnostic différentiel du burnout, les trois dimensions du burnout en addition des approches théoriques, les causes du burnout, le burnout des soignants enfin le burnout et stratégie de coping et la prévention du burnout.

Nous avons ensuite présenté, notre problématique et nos hypothèses, en plus des définitions opérationnelles des concepts clés. Nous sommes ensuite passés à la pratique, le troisième chapitre, intitulé la méthodologie de la recherche, est composé des points suivants : limite de la recherche, méthode utilisée dans la recherche, lieu de recherche, groupe de recherche, outils de la recherche, déroulement de la recherche, attitude du chercheur et enfin les

difficultés rencontrées. Nous avons consacré notre quatrième chapitre à la présentation, analyse des hypothèses. La première partie est consacrée à la présentation et analyse des résultats, la deuxième partie à la discussion des hypothèses. Par la suite, nous avons présenté la conclusion, la liste bibliographique et les annexes.



# **Partie théorique**

*Chapitre I*  
**Cancer et oncologie**

**Préambule**

Lorsque la cellule du corps humain se développe d'une manière anarchique et rapide elle provoque de graves maladies telle que le cancer, c'est une maladie qui représente un énorme fardeau pour les personnes atteintes qui nécessite ainsi une prise en charge spécialisée, menée par des professionnels de la santé formés en cancérologie.

Dans ce cadre, notre premier chapitre s'intitule «*cancer et oncologie*», divisé en deux parties, la première est consacrée au cancer, on citera ainsi les points suivants : l'historique du cancer, la définition du cancer, la sémiologie des cancers, dépistage et diagnostic des cancers, diagnostic différentiel des cancers, les types du cancer, le traitement des cancers enfin le vécu psychologique du cancéreux. La deuxième partie est consacré à l'oncologie ou on citera les points suivants : La définition des concepts clés, la formation du médecin généraliste et oncologue en Algérie, le domaine d'intervention, l'exposition professionnelle au traitement du cancer enfin l'annonce du diagnostic.

**I) Le cancer****1) Historique du cancer**

Le cancer n'est pas une maladie récente, des cancers étaient déjà décrits dans des écrits égyptiens 3500 ans avant Jésus-Christ, dans quelques momies égyptiennes datant de -2500 ans, grâce en particulier au papyrus Elberth et Smith. (Even-Desrumaux, 2012)

Quatre siècles avant J-C, Hippocrate donne la première définition de ce mal sous le nom de « karkinos » ou de « squirrhe » que l'on transformera en carcinome, traduit en latin par le mot cancer. Le nom de karkinos est donné par

analogie avec le crabe qui enserre sa proie avec ses pinces pour la ronger et ensuite entrainer la mort. Peu avant Hérodote nous apprend qu'Atossa la femme de Darius empereur de perse, fut atteinte d'une tumeur du sein qui fut extirpée sous la conduite de Democedes célèbre médecin grec. (Marandas, 2011)

Revenant à Hippocrate selon lui le fuselage a eu 4 humeurs (liquide organique) : sang, flegme, bile jaune, bile noire. Il a proposé qu'un déséquilibre de ces humeurs avec un excès de bile noire, pourrait entraîner le cancer. C'était la théorie humorale. Après la disparation d'Hippocrate, la médecine connaît une longue période de stagnation dans le domaine qui nous occupe, aucun progrès ne sera fait avant de début de l'ère chrétienne.

([https://www.newsmedical.net/health/Cancer-History-\(French\).aspx](https://www.newsmedical.net/health/Cancer-History-(French).aspx) 2017)

A ce moment, Celse reprend la description des maladies tumorales, il reconnaît les différents stades à leur développement local et tente de les classer. Il regroupe les tumeurs graisseuses, les fibromes, les tumeurs en céphaloïde sous l'appellation de stéatomes, il s'efforce mais sans succès, d'opérer une distinction entre tumeur vraie et processus inflammatoires. Il n'apporte aucune modification à la théorie humorale d'Hippocrate. Celle-ci sera remaniée Aglaçon (le maître de Galien). Au début du II<sup>e</sup> siècle. Selon la nouvelle formulation, le foie produit de la bile noire au lieu de sang lorsque sa température s'élève. La rate étant incapable de résorber l'excès d'atrabile, le sang s'épaissit, se trouble, et sa stagnation dans un organe quelconque entraîne le développement de la maladie néoplasique. (Barthelmé, 1981).

Pour Galien (129 vers 217), le cancer est du à un déséquilibre de la bile noire qui constitue avec le sang, la bile jaune et le flegme, les quatre humeurs du corps humain. Ainsi se construit l'idée, qui durera durant les 15 siècles suivants, que le cancer est une maladie générale dont seule les manifestations sont locales.

Au milieu du XVII<sup>ème</sup> siècle Jean Paquet (1622-1674) découvrit le canal théorique, collecteur principal des vaisseaux lymphatiques, il fallut attendre longtemps avant de comprendre que le système lymphatique a son rôle dans l'évolution du cancer et que prévenir les maladies métastatiques en retirant les ganglions lymphatiques locorégionaux et une partie importante dans la théorie du cancer. Durant cette période l'étude du cancer évolua peu car on se basait uniquement sur l'observation clinique des différentes formes de cancer. (Marandas, 2011)

C'est au XIX<sup>ème</sup> siècle, en raison aux progrès anatomiques, essentiellement grâce à Virchow en 1853 que le cancer est défini sur le plan clinique et histologique.

Les premières chirurgies cancérologiques codifiées apparaissent à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle aux états unis (Halsted :pour la mastectomie) et en Allemagne (Wertheimer pour l'ablation de l'utérus) grâce au progrès de l'anesthésie, de l'asepsie et de l'antisepsie, plus tard des 1899 et pendant le premier quart du XX<sup>ème</sup> siècle la radiothérapie avec le radium et les tubes a rayon X permettra quelques guérisons. Les conditions du changement sont liées à l'augmentation des cas de cancers, en particulier les cancers de l'utérus et du tube digestif, qui obligera médecins et politique à les prendre en charge (Shraub, 2007).

Qu'en est-il aujourd'hui ? Selon le schéma actuellement admis, le contrôle de la décision cellulaire est sous la dépendance d'un programme génétique et faire intervenir deux types de circuits que représentent, d'une part, les contacts intercellulaires et d'autre part les hormones. Qu'un récepteur disparaisse, qu'un signal ne soit plus transmis et la cellule, libérée des processus de régulation, peut donner naissance à une tumeur. (Berthelemé, 1981 p.172)

**2) Définitions du cancer**

Selon le dictionnaire médical de poche (2008). Le cancer est « *une tumeur maligne. Le cancer résulte d'un déséquilibre dans les mécanismes de croissance et de multiplication cellulaire. La cellule cancéreuse ne se caractérise pas des anomalies nucléaires avec mitose fréquentes anarchiques. De nombreux facteurs peuvent intervenir dans la cancérogénèse tels que : substances chimiques, radiations, virus, hérédité. Le tissu cancéreux envahit les organes environnants et se dissémine par voie lymphatique et sanguine donnant des métastases. (Pour tous les autres cancers listés ci-après voir soit directement à l'organe, soit aux entrées suivantes : carcinome, sarcome, ou tumeur).* » (Quevauvilliers, 2009)

Selon l'OMS « *cancer est un terme général appliqué à un grand groupe de maladies qui peuvent toucher n'importe quelle partie de l'organisme. L'une de ses caractéristiques est la prolifération rapide de cellules anormales qui peuvent essaimer dans d'autres organes formant ce qu'on appelle des métastases. De nombreux cancers peuvent être prévenus en évitant les principaux facteurs de risque, comme le tabagisme. Un nombre significatif de cancers peuvent être soignés par la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie surtout s'ils sont détectés suffisamment tôt.* » (<http://www.who.int/topics/cancer/fr/>)

Nogaret lui donne la définition suivante « *physiologiquement, il existe au sein de notre organisme un équilibre entre les cellules qui meurent et qui naissent. Le cancer est un trouble dans cette homéostasie caractérisé par la prolifération anormale et anarchique d'une cellule, sans que des mécanismes de contrôle interne ne la détectent et/ou ne la détruisent. Il en résulte une tumeur (augmentation d'un volume d'un tissu) qui croit au fur et à mesure que les cellules se prolifèrent. Le cancer in situ se développe uniquement dans le sein, contrairement au cancer dit infiltrant, où les cellules cancéreuses quittent le*

*sein pour aller envahir d'autres tissus par voie sanguine ou lymphatiques et contribuent à la formation des métastases » (Mikolajczak, 2013, p.87)*

Par ces définitions ci-dessous nous retiendrons que le cancer est le développement anormal des cellules c'est-à-dire, les cellules se développent et se divisent d'une manière désordonnée et rapide. Par conséquent, elles forment une masse appelée tumeur.

### **3) La sémiologie des cancers**

Les circonstances de découvertes d'un cancer sont multiples, du dépistage à la métastase symptomatique. Néanmoins aucun signe clinique n'est spécifique à cette maladie, mais il existe des signes généraux possibles comme :

Une altération de l'état général avec une perte de poids inexpliquée avec syndrome cachectique, l'anorexie, asthénie, dépression. Ces signes sont le plus souvent progressifs sur plusieurs mois mais parfois ils peuvent s'aggraver en quelques semaines.

Ces signes peuvent apparaître aussi sous forme d'une fièvre au long cours qui s'explique par une nécrose tumorale qui est une forme de dégât cellulaire qui mène à la mort prématurée et non programmée des cellules dans le tissu vivant, une surinfection... etc. une infection chronique ou récidivante doit faire suspecter l'implication d'un cancer.

On a aussi des signes fonctionnels qui dépendent de l'organe atteint comme douleur, toux, trouble du transit, dysphagie, une hémorragie. Et des signes locaux apparaîtront sous forme d'une masse tumorale mal limitée hétérogène, dure, fixée, et adhérente au plan profond et saignante au contact.

Par exemple on a le cancer pulmonaire, ses signes peuvent apparaître sous forme d'une hypercalcémie qui est une augmentation anormale du taux de calcium dans le plasma.

Par contre le cancer du rein se caractérise par une fièvre prolongée, polyglobulie qui est une anomalie de l'augmentation de la production des globules rouges, syndrome de Stauffer qui à l'origine est habituellement une tumeur rénale maligne et une hypercalcémie. (Bellesoeur, Cabel, Hutt, Mustaghfir, 2015, p.43).

### **4) Dépistage et Diagnostic des cancers**

Détecter tôt certains cancers permet de les traiter mieux, c'est-à-dire de proposer des traitements moins lourds, et avec plus de chance de guérison. Le but du dépistage est d'essayer de détecter un cancer avant même qu'il ne se soit manifesté par un signe comme une tuméfaction anormale, un trouble de fonctionnement du corps, une perte de poids...Il permet d'identifier les personnes pour lesquelles des examens complémentaires sont nécessaires. Le dépistage s'adresse donc à tout le monde, à partir d'un certain âge : cela concerne toutes les femmes entre 50 et 74 ans pour les cancers du sein, toutes les femmes entre 25 et 65 ans pour les cancers du col de l'utérus, les hommes et les femmes entre 50 et 74 ans pour les cancers du côlon et du rectum.

Pour proposer un dépistage, il faut tout d'abord disposer d'un examen, appelé test, permettant de détecter les personnes qui sont plus susceptibles que d'autres d'être porteuses d'un cancer à son début, voire d'une lésion préalable à l'apparition d'un cancer et pour lesquelles il faudra faire un bilan complet. Le test peut être un examen radiologique comme la mammographie dans le cancer du sein, un examen des cellules par le microscope comme le frottis cervical dans les lésions du col de l'utérus, une recherche d'un saignement anormal du tube



digestif, comme l'Hémocult II pour les polypes et les cancers du côlon et du rectum. Si le dépistage s'avère positif la personne doit à ce moment-là consulter un spécialiste afin de faire un diagnostic complet.

Ainsi, le diagnostic du cancer est établi devant un symptôme d'alerte ; cette définition s'oppose à celle du dépistage, où l'on cherche à découvrir une tumeur en l'absence de symptômes.

Le diagnostic résulte d'une synthèse des données de l'anamnèse qui cherche à recueillir les facteurs étiologiques, l'histoire de la maladie, les symptômes fonctionnels de l'examen clinique (qui doit être complet systématique, toutes les caractéristiques cliniques d'une masse doivent être rapportées dans le dossier médical avec si possible schéma daté et signé et prise de photographie) des données de l'imagerie et des données de laboratoire (radiographies standard, scanner, échographie, IRM, scintigraphie osseuse, tomographie par émission en position (TEP)).

Cependant un scanner est défini histologiquement c'est-à-dire le diagnostic d'un cancer ne peut donc être affirmé que par un examen histologique d'un prélèvement d'un tissu c'est ce qu'on appelle (biopsie).

L'évaluation pré-thérapeutique nécessite un bilan d'extension celui-ci est à la base d'un classement de patient dans un groupe pronostique c'est-à-dire déterminer le stade du cancer. (Loriot & Mondant, 2011 ; Andieu, Colonna & Scotte, 2002).

## **5) Diagnostic différentiel des cancers**

Pour chaque localisation tumorale existent des diagnostics différentiels, c'est-à-dire, des pathologies qui peuvent plus ou moins prêter à confusion avec un cancer. Le plus souvent ce sont des dysplasies (qui sont toute anomalie de développement d'un tissu ou d'un organe d'origine congénitale ou perturbation

du développement d'un tissu pouvant aboutir à un état précancéreux) ou des tumeurs bénignes (qui sont production pathologique, non inflammatoire, de tissu de nouvelle formation. Elles peuvent être formées de cellules normales et rester strictement localisées)

En pratique il faut les connaître pour ne pas se laisser égarer et diminuer ainsi, la fréquence des diagnostics tardifs. (Baillet, 2015, p.19)

## **6) Les types du cancer**

Les cinq cancers les plus fréquents dans la population générale sont :

-le cancer de la prostate : qui est le cancer le plus fréquent chez les hommes, touchant la prostate, une glande de l'appareil reproducteur de l'homme, il prend naissance dans les cellules de la prostate. Cette tumeur cancéreuse (maligne) est un amas de cellules cancéreuses qui peut envahir et détruire les tissus qui l'entourent. Elle peut aussi se propager (métastases) à d'autres parties du corps.

-le cancer du sein : qui est une tumeur maligne qui se développe au niveau du sein. Grâce aux résultats de la recherche, on connaît mieux aujourd'hui le cancer du sein. Ces études ont permis d'améliorer son diagnostic et son traitement. Toutes les femmes atteintes d'un cancer du sein n'ont pas le même cancer; elles n'ont donc pas le même traitement. Le médecin propose à chaque patiente un traitement adapté à sa situation. C'est ce qui permet d'obtenir les meilleures chances de guérison. (L'Institution National du Cancer, 2007)

-le cancer du côlon : Un cancer du côlon est une maladie des cellules qui tapissent l'intérieur du côlon. Il se développe à partir d'une cellule initialement normale qui se transforme et se multiplie de façon anarchique.

-Le cancer des poumons : Le cancer du poumon prend naissance dans les cellules du poumon. La tumeur cancéreuse (maligne) est un groupe de cellules

cancéreuses qui peuvent envahir et détruire le tissu voisin. Elle peut aussi se propager (métastases) à d'autres parties du corps. ... Les poumons sont situés dans le thorax, de chaque côté du cœur.

-Le cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS) : est une tumeur maligne située dans la partie haute des organes respiratoires et/ou digestifs (fosses nasales, sinus, bouche, pharynx et larynx). Son apparition est très souvent liée au tabagisme et/ou à une consommation importante d'alcool. (Bellesoeur, Cabel, Hutt & Mustarhfir, 2015)

## **7) Le traitement des cancers**

Le traitement du cancer se fait d'après les principes généraux de la stratégie thérapeutique en cancérologie selon le stade.

Un cancer localisé aura un traitement local curatif : d'abord, la chirurgie cancérologique, qui est l'application des principes de la chirurgie aux situations oncologiques. La chirurgie est en effet la modalité thérapeutique la plus ancienne et la mieux connue du traitement des tumeurs solides. C'est aussi encore aujourd'hui, la plus radicale puisque une exérèse ôte définitivement tout ou partie de la tumeur, la chirurgie cancérologique est vaste, puisqu'elle concerne le cancer à toutes les étapes de son développement dans des localisations variées. Suivi d'une radiothérapie qui est l'utilisation de radiations ionisantes à des fins thérapeutiques.

Après la chirurgie, la radiothérapie est la seconde arme à visée curatrice en cancérologie : elle garde son utilité en palliation. Aussi n'est-il pas surprenant qu'un patient cancéreux sur deux soit traité par radiothérapie. La moitié des patients guéris de leur cancer le doivent en totalité ou en partie, à la radiothérapie, associé le plus souvent avec la chirurgie et/ou la chimiothérapie.

La chimiothérapie quant à elle, elle consiste en l'administration de médicaments pour éliminer les cellules cancéreuses ou empêcher leur prolifération, en faisant appel à plusieurs substances chimiques. La chimiothérapie peut prendre diverses formes: elle peut être administrée sous la forme de pilules, sous la forme d'une injection, ou par voie intraveineuse sous la forme d'une perfusion. (Andrieu, Colonna & Scotté, 2002)

Pour le cancer métastatique, le traitement est en général dit palliatif, le traitement locorégional (chirurgie, radiothérapie) est souvent inutile. Le traitement repose principalement sur la chimiothérapie, l'objectif est de contrôler la maladie dans toutes ses localisations, pour permettre à la fois un gain de survie (en durée) et de qualité de vie (maîtrise des symptômes). (Bellesoeur, Cabel, Hutt & Moustarhfir, 2015, p.66)

## **8) Le vécu psychologique du cancéreux**

En cancérologie, le dispositif d'annonce marque une avancée positive dans la prise en charge des patients. Le médecin oncologue est l'interlocuteur privilégié du patient en référence à Carl Rogers qui l'appelle « médiateur », aidant le patient à analyser la gravité de son état de santé.

Toutefois, les chercheurs sur la question de l'annonce, se placent généralement du point de vue de l'un ou de l'autre des participants (soigné et soignant). (Poinsot & Spire, 2007)

Face à ce dispositif d'annonce, F Benslama le définit comme tel *« l'annonce est par définition un acte excessif, son excès semble tenir au fait de révéler à l'autre un savoir sur ce qui arrive de sidération, provoque un dessaisissement qui le rend inassimilable »* (Arnault, 2011)

Pour un individu, l'annonce du diagnostic d'un cancer a un rôle déterminant, ce temps est favorisé par une bonne relation médecin-malade, mais

cela n'empêche pas la souffrance que vivent les malades face à un diagnostic suspecté et une fois établi, les malades cherchent à comprendre les raisons de ce qu'ils leur arrivent.

Face à l'adversité que représente la souvenue de cette maladie, on observe un processus de deuil, une partie de ce dernier aura néanmoins souvent été réalisé avant l'arrivée du patient en soins palliatifs, qui selon Elisabeth Kubler Ross (1969-1975), le processus du mourir ou du deuil comprend six étapes qui sont (le choc, le déni, la colère, le marchandage, la dépression et enfin l'acceptation.)

Commençant par le choc comme première étape, au moment où le patient apprend que la maladie est incurable, il prend conscience qu'il n'est pas immortel. Cela suscite d'abord un état de choc en disant : « *moi ?* », ce choc a un effet paralysant laissant le patient sans pensées, ni sentiments, sans paroles ni actions.

Puis vient le déni ou la négation en disant : « *ce n'est pas possible, pas moi* » ou le diagnostic est tellement difficile à accepter, le patient ne peut intégrer l'information, c'est une forme de défense devant l'angoisse, la mort, l'inconnu, cette phase de déni permet au patient d'avoir le temps d'appivoiser la réalité

Ensuite, l'étape de la colère, d'agitation, de révolte et d'agressivité accompagnée d'un sentiment d'injustice « *pourquoi moi ?* » il en veut aux soignants, aux amis, aux proches, ou à Dieu. Les soignants sont souvent victimes de ces sentiments d'hostilité. L'agressivité peut être le moyen d'affirmer la seule puissance qui lui reste face à l'injustice de ce diagnostic. C'est important de l'écouter et de le comprendre afin que la colère s'atténue permettant progressivement une acceptation de la mort.

Aussi l'étape du marchandage qui correspond à l'expérience de la résistance ou le patient peut tenter de transformer la réalité et chercher un moyen de résoudre le problème, de retarder l'échéance, un changement de comportement comme l'attachement aux pratiques religieuses, ou en cherchant des remèdes auprès de la médecine alternative. Le patient se dit « *oui mais si seulement je, ..... en retour je ferai* », le marchandage est le temps dont le patient a besoin pour se faire à l'idée de la mort.

En plus de la dépression, durant laquelle le patient reconnaît qu'il est malade et qu'il va mourir, au cours de cette étape il n'y a pas la prise de conscience des pertes subies : son image corporelle, ses capacités physiques et intellectuelles, son autonomie, etc. La personne anticipe sa propre mort et est distancié de ses proches, elle devient plus calme et tente de se réconcilier avec elle-même. (Mikolajczak, 2013)

Enfin l'acceptation qui est une dernière étape dans laquelle peut survenir progressivement l'épanouissement ; le patient n'est ni heureux ni malheureux, il est tout simplement prêt à partir sans crainte ni désespoir c'est le signe qu'il a fini de lutter et que sa mort arrive. C'est à ce moment que les patients parlent de leurs funérailles, de leurs souhaits etc.

Dans la pratique clinique, ce modèle suivi de deuil est le plus utilisé même s'il n'existe pas de confirmation empirique, de plus, il n'y a des craintes individuelles importantes, donc il est utile au personnel soignants de s'attendre et de comprendre certaines réactions des patients. (Mikolajczak, 2013)

Le cancéreux vit une souffrance douloureuse non seulement physique mais aussi psychologique. Par souffrance on désigne « *une expérience affective de base, qui comporte un caractère de désagréable et d'aversion, et qui est associée pour l'individu concerné à un dommage ou à une menace de dommage. Elle exprime une diminution de pouvoir, de la capacité d'agir, du potentiel de*

*l'être* » (Vigil-Ripoche, 2012, p.284). Ainsi la douleur que ressent le patient ne se limite pas à un désordre ou un dysfonctionnement physique comme Holdcroft et Power l'on précisé, elle résulte de la combinaison de facteurs physiologiques, émotionnels, psychologiques, environnementaux, et comportementaux. (Lionel, 2012).

Ainsi l'Association Internationale pour l'Etude de la Douleur (IASP) a proposé la définition suivante : *« la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle, désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans des termes en impliquant une telle lésion »* (Lazorthes, 2000, p.185) De ce fait même si la plupart du temps la douleur est due à une lésion physique évidente, elle est mise en lieu avec les différentes conséquences psychologiques, émotionnelles affectives sur les réactions de chaque patient.

Toute douleur comprend donc physiologiquement, une certaine dose de souffrance psychique. Les mots de la douleur que vont nous adresser les patients vont qualifier ce complexe de douleur-souffrance qui les traverse.

Parler de la douleur c'est donc tenter de mettre des mots sur quelque chose indescriptible. La perception *« douleur »* active d'ailleurs des mécanismes de défense, donc face à la présence de cette maladie grave, le patient va se défendre, et cherche à se redresser. (Morasz, 2003).

Ce qui l'aide à supporter ses nouvelles conditions d'existence, une réaction passive se traduit par le deuil, l'incrédulité, en se disant : *« ce n'est pas possible, le médecin doit se tromper, je dois en voir un autre qui corrigera son erreur, et la passivité peut être aussi devant ce qui survient ou va survenir »* ou il se dit *« je me laisse faire je ne veux pas m'occuper de ce qui se passe »* Une autre réaction plus active qui est le déni ou la négation ou il refuse de reconnaître la réalité de ce qui lui arrive. (Hoesni & Soubeyran, 2011).

En effet la présence des ou d'un membre de la famille est primordiale car, comme nous l'avons dit le cancer ne touche pas seulement le patient mais ses proches aussi parce que à tout moment, il peut exister des périodes de crises ou la famille doit réagir vite, une famille unie offrant une sécurité affective protège plus facilement l'impact destructeur du cancer sur l'équilibre familial. (pucheu, 2006)

## II) Oncologie

*« J'utiliserai le régime pour l'utilité des malades, suivant mon pouvoir et mon jugement; mais si c'est pour leur perte ou pour une injustice à leur égard, je jure d'y faire obstacle. Je ne remettrai à personne une drogue mortelle si on me la demande, ni ne prendrai l'initiative d'une telle suggestion. De même, je ne remettrai pas non plus à une femme un pessaire abortif. C'est dans la pureté et la pitié que je passerai ma vie et exercerai mon art. Je n'inciserai pas non plus les malades atteints de lithiase, mais je laisserai cela aux hommes spécialistes de cette intervention. Dans toutes les maisons où je dois entrer, je pénétrerai pour l'utilité des malades, me tenant à l'écart de toute injustice volontaire, Tout ce que je verrai ou entendrai au cours du traitement, ou même en dehors du traitement, concernant la vie des gens, si cela ne doit jamais être répété au-dehors, je le tairai, considérant que de telles choses sont secrètes.»(Serment d'Hippocrate, 1844.)*

## Préambule

Le cancéreux est pris en charge dans un service spécialisé qui est l'oncologie, ainsi pour se faire le médecin soignant doit avoir un certain savoir et suivre un cursus bien défini et spécialisé. Ainsi, ce chapitre portera sur l'oncologie et la profession du médecin travaillant en oncologie.

### 1) Définitions

#### 1.1) La maladie

La maladie est : *« toute altération de l'état de santé se traduisant habituellement de façon subjective par des sensations anormales »*. (Quevauvilliers, 2008)



La maladie correspond donc à un ensemble de symptômes et de causes qui impliquent une altération des fonctions ou de la santé de l'individu.

### **1.2) Oncologie**

L'oncologie est une : « *branche de la médecine consacrée à l'étude et au traitement des tumeurs et, par extension, des cancers* ». (Quevauvilliers.J, 2009)

On comprend par cette définition que l'oncologie, aussi appelée cancérologie, est la spécialité médicale chargée de l'étude, du diagnostic et du traitement des cancers. Elle a pour but la compréhension au mieux les causes possibles des cancers et leur processus de développement afin de pouvoir les prévenir et les guérir avec plus d'efficacité.

### **1.3) Médecin généraliste et oncologue**

Un médecin généraliste : « *se dit d'un médecin qui exerce la médecine générale, qui n'a pas de spécialité* ». (Le petit Larousse Illustré, 2014, p.536)

L'oncologue est : « *un médecin spécialiste en oncologie, cancérologue* ». (Quevauvilliers, 2009)

Un oncologue est un médecin spécialiste des traitements des cancers, il propose différents types de traitements contre le cancer : une chimiothérapie, radiothérapie, chirurgie...L'oncologue suit de très près le bon déroulement de la prise en charge, notamment d'éventuels effets indésirables, pendant et à la fin du traitement, d'éventuelles métastases de la maladie.

## **2) Formation du médecin généraliste et oncologue**

« La formation médicale en Algérie, est régie par le décret N° 71-215 du 25 Aout 1971 portant organisation des études médicales et le décret exécutif N° 94-220 du 23 juillet 1994 modifiant et complétant le décret décret exécutif N° 71-

215 du 25 Aout 1971. L'arrêté n° 749 du 31 Octobre 2001 a amendés le programme de 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> années. Le programme de médecine est univoque dans toutes les facultés de médecine du pays. Selon l'arrêté N° 390 du 22 Aout 1992, l'élaboration des programmes de graduation de médecine sont les prérogatives du *Comité Pédagogique National de la filière Médecine* (CPN de Médecine).

Les études en vue du diplôme de docteur en médecine sont divisées en deux cycles et un stage interné. Premier cycle d'une durée de six trimestres (deux années) comporte : trois trimestres d'enseignement fondamental, deux trimestres d'enseignement préclinique, un semestre d'ajustement.

Second cycle intitulé « *clinique* » comprend trois parties : quatre semestres d'enseignement clinique intégré, trois semestres consacrés à l'enseignement de spécialités, onze mois de stage interné dans des services hospitalo-universitaires en qualité d'interne (dans 4 services hospitalo-universitaires : services de pédiatrie, gynéco-obstétrique, spécialité chirurgicale, spécialité médicale).

Au cours des 2 premières années, l'enseignement a lieu à la faculté de médecine sous forme de cours magistraux, de TD et TP dans les laboratoires. L'enseignement est basé sur l'acquisition des concepts scientifiques de base (sciences fondamentales) afin de les réutiliser par la suite dans le cycle clinique. Un volume horaire est prévu pour chaque matière enseignée.

Au cours de la 3<sup>ème</sup> année, les étudiants en médecine ont leur premier contact avec l'hôpital. Ils sont affectés dans les différents services de médecine interne des hôpitaux universitaires où ils reçoivent un enseignement au lit du malade. L'après-midi est consacré au cours, TD et TP à la faculté de médecine.

Les 4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> années, les étudiants en médecine (appelés externes) sont affectés dans les services de spécialités pour des durées de 3,6 ou 9 semaines. Durant la matinée ils sont dans les services où, sous la direction

d'un assistant (ou d'un résident de la spécialité), ils reçoivent une formation au lit du malade. L'après-midi, ils sont à la faculté de médecine où ils reçoivent un enseignement théorique de la spécialité où ils sont affectés. Généralement, ils ont 2 cours de 1,5 heure par jour pendant les 5 jours ouvrables de la semaine soit un volume horaire de 15 heures par semaine. Les enseignements pratiques et dirigés composant les deux cycles sont obligatoires. A la fin de chaque module, ils passent un examen dans la spécialité en question. » (Formation médicale en Algérie)

Dans notre entretien avec un des oncologues de l'hôpital d'Amizour, il nous a appris que le médecin aspirant à la spécialité d'oncologie suit, après réussite au concours de sélection, un résidanat de 4 ans. Le résidanat désigne une fonction hospitalière assurée par les étudiants en médecine voulant adhérer à une spécialité spécifique notamment en oncologie pour notre sujet de recherche.

### **3) Domaine d'intervention**

« Dans sa dimension technique, l'oncologie est une spécialité médicale qui regroupe l'ensemble des traitements médicamenteux des cancers : chimiothérapie, hormonothérapie, thérapeutiques ciblées et traitements de support. Le rôle de l'oncologue médical est déterminant dans l'élaboration des référentiels de prise en charge des cancers, de la prise en charge du malade dans le cadre d'une étude contrôlée (recherche clinique) , de la coordination de la stratégie thérapeutique, de la réalisation des bilans initiaux et des modalités de surveillance des patients atteints de cancers.

Il travaille en étroite collaboration avec le chirurgien et le radiothérapeute et les autres professionnels impliqués dans l'approche pluridisciplinaire de la maladie cancéreuse. » (Le rapport annuel Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé, 2006/2007, p.100)

#### **4) L'exposition professionnelle au traitement du cancer**

Les médicaments anticancéreux sont spacieusement utilisés dans les services d'oncologie. La chimiothérapie des cancers représente un risque sérieux de contamination pour ceux qui les préparent, les transportent ainsi ceux qui les administrent. Pour le personnel de la santé la première source de contamination est le contact par voie cutanée, on peut être aussi contaminé par voie digestive en portant à la bouche ses propres mains ou des objets entachés. La contamination peut se faire aussi par voie respiratoire par l'inhalation d'aérosols liquides ou solides (microgouttelettes ou poussières de produits de chimiothérapie).

Cette contamination peut provoquer des irritations de la peau, des yeux et des muqueuses, ainsi que des symptômes comme nausées, vomissements, diarrhée, vertiges, chute des cheveux, etc. Ils ont des effets dramatiques sur la santé des fœtus: fausses couches, malformations congénitales, faible poids à la naissance. C'est la raison pour laquelle les travailleuses enceintes ou cherchant à avoir des enfants doivent être écartées des tâches impliquant la manipulation des médicaments anticancéreux. (Hesamag, 2015 ; Capitaine & Nadaw, 2015)

#### **5) L'annonce du diagnostique**

L'annonce, dans le cancer, est souvent un choc la première fois, mais lorsqu'elle se répète, elle devient violence usante, décapante, au point de provoquer l'émoussement ou l'anesthésie affective, la lourde responsabilité de cette annonce est assumée par le médecin qui s'engage dans un pacte de soin. Elle est poursuivie par le personnel paramédical qui apporte réconfort et informations supplémentaires. Elle peut ensuite donner lieu à des entretiens psychologiques qui mènent à une psychothérapie.

Il est éthique de ne pas agir de façon systématique et de prendre en compte la personnalité du patient et son histoire pour ensuite divulguer les connaissances sur sa maladie afin de lui donner toutes les chances de se soigner.

En termes de pratiques professionnelles, le processus de l'annonce peut être préparé dès les études de médecine par un questionnement personnel et en groupe sur la relation médecin-malade et les aspects psychologiques, éthiques et déontologiques du savoir. (Bacqué, 2011)

### Synthèse

Le cancer est une maladie lourde qui demande une formation spécifique pour la prendre en charge. Elle représente un fardeau pour le malade mais aussi pour le médecin qui le prend en charge.

Ainsi le chapitre suivant nous le consacrant au vécu psychologique du médecin en oncologie et on évoquera deux indices cliniques qui permettront la description du vécu psychologique du médecin, qui sont «*l'empathie*» et le «*burn out*».

# *Chapitre II*

## **Le vécu psychologique des médecins**

### Préambule

Le vécu psychologique constitue l'état émotionnel dans lequel se situe une personne face à un évènement, ainsi dans notre recherche nous mettrons en lumière l'état dans lequel se situe un soignant en oncologie.

Après préambule, pour réaliser cette recherche nous avons opté pour deux indicateurs cliniques pour mieux cibler le vécu psychologique des soignants en oncologie notamment l'empathie et le burnout.

On va donc divisé ce chapitre en deux parties. La première étant l'empathie, nous citerons les points suivants : l'historique de l'empathie, les définitions de l'empathie ainsi que les deux catégories de l'empathie et les approches théoriques de l'empathie et enfin la relation médecin malade, les apports d'une relation empathie et l'empathie dans le cadre du soin.

Dans la deuxième partie du chapitre consacrée au burnout nous allons évoquer les point suivants : l'historique et les définitions ainsi que les différentes appellations du burnout nous évoquerons aussi le diagnostic et les manifestation du burnout, le diagnostic différentiel du burnout, les trois dimensions du burnout en addition des approches théoriques du burnout, les causes du burnout, le burnout des soignants enfin nous évoquerons le burnout et stratégie de coping et la prévention du burnout.

### Le vécu psychologique

Pour parvenir à la compréhension de l'état dans lequel se situe un soignant en oncologie, nous avons procéder à la définition des concepts servant d'indicateurs cliniques, quant au vécu. Par ce dernier on renvoie selon le dictionnaire de la psychologie à : *«l'ensemble des évènements inscrits dans le*

*flux de l'existence, en tant que qu'ils soient immédiatement saisis et intégrés par la conscience subjective* ». (Doran & Parot, 2013, p.746).

Selon le dictionnaire de la philosophie le vécu est : «*qui a fait objet d'une expérience individuelle concrète, effective, qui doit être considéré du point de vue du sujet engagé dans le monde* ». (Baraquin , Baudart, Dugué, Laffitte, Ribes & Wilfert, 2011, p.522)

Quant au psychologique : «*désigne tous les faits existant a un instant donné et déterminant la conduite d'une personne ou d'un groupe à ce moment précis* » (Sillamy, 1980, p.962)

Le terme psychologique est aussi défini comme appartenant à la psychologie qui est: «*la science des faits psychiques* ». (Sillamy, 2003, p.212)

Donc le vécu psychologique désigne selon Carl Rogers : «*« expérience » c'est-à-dire tout ce que l'individu ressent ou pense face à un évènement et il s'agit de ce qui se passe à l'intérieur de l'organisme et cela peut devenir conscient* ». (Tavris & Wade, 2000, p.244)

Ainsi, le rapport à l'autre est constitutif de la subjectivité, du vécu, de la santé mentale. Sans l'autre, je ne suis rien. L'état dans lequel je me trouve dépend de moi, bien sûr, mais il n'est pas réductible à moi, il dépend aussi des interactions qui me relient à mon entourage. Toutes les expériences que nous traversons peuvent être décomposées en comportements, (l'agir), les émotions et les sensations (le ressenti corporel), et les pensées (le rationnel). Nous devons en expérimenter toutes les formes pour en retirer une leçon complète. (Vander Borgh, 2016, p.120)

Dans ce cadre, travailler dans un service d'oncologie ou la mort est omniprésente les soignants s'y trouvent confrontés à de très fortes émotions et



font face à des expériences peu joyeuses, le travail de soignant est ainsi connu depuis longtemps pour être à l'origine de souffrance pour ceux qui l'exercent, rappelons-nous que la souffrance est un état de mal être et d'émotion négative qui est ressentie par l'individu et qui apparaît suite à un conflit interne ou externe.

Dans ce sens, les soignants font face à une double souffrance tantôt ils sont en contact intime avec la souffrance humaine, ils doivent travailler avec dans le cadre d'une prise en charge globale du patient. Et tantôt cette confrontation avec la souffrance est quelque chose qui peut affecter la journée entière de travail, les soignants vivent ainsi dans le souci de bien faire, d'accomplir leurs travaux avec soin. Il est important de signaler que la mort est impliquée dans le déroulement du travail provoquant ainsi un sentiment d'impuissance et peut générer ainsi un sentiment de culpabilité impliquant par conséquent une souffrance. (Curchod, 2009 ; Estrun-Behar, 1997)

les soignants confrontés face à la mort peuvent passer par le processus de deuil notamment lorsqu'il s'agit d'une personne à laquelle ils se sont attachés pendant les soins et l'accompagnement prodigués, la douleur et la peine ressenties est un sentiment normal d'autant plus que l'attachement du soignant pour la personne aura permis à celle-ci de mieux vivre la fin de sa vie que si le soignant s'était contenté de dispenser que des soins techniques. Ainsi, fort heureusement les soignants ne s'habituent pas à la mort, même s'ils ont cette capacité d'analyser les choses, de prendre sur eux, ils ne mettent pas en place des stratégies très importantes qui empêcheront une présence humaine et empathique.

Dans le cas contraire, l'habitude de la mort l'insensibilité qu'elle engendrerait ferait naître chez les soignants une rigidité qui risquerait d'amener les soignés à se faire traiter tels que des objets ou des personnes déjà mortes ce qui

compromettra l'accompagnement qui est capital, c'est pourquoi le soignant doit savoir gérer ses émotions car la gestion des émotions constitue une dimension essentielle du travail centré sur le soin de l'autre. (Rézette, 2008 ; Vander Borgh, 2016)

En somme, dans notre recherche nous nous sommes focalisées sur le vécu psychologique des soignants en oncologie. Nous avons voulu comprendre mieux ce vécu psychologique en identifiant les conséquences psychologiques relatives à l'exercice de leur métier amenant éventuellement ces médecins à la souffrance.

Néanmoins par le fait de la complexité du concept vécu psychologique nous avons opté pour son opérationnalisation en ciblant l'empathie et le burnout car on juge qu'ils sont des indicateurs précieux dans notre recherche parce qu'ils permettent et rendent compte du vécu psychologique.

### **I) L'empathie**

L'empathie est cette capacité de s'identifier à quelqu'un d'autre dans ce qu'il ressent, considérée comme une qualité, elle est nécessaire dans le domaine médical ceci pour une meilleure interaction et prise en charge. Cette première partie du deuxième chapitre est alors consacré à l'empathie.

#### **1) Historique de l'empathie**

Ce concept d'empathie a été inventé en Allemagne par le philosophe Robert Vischer en 1873 dans sa thèse de doctorat (le sentiment optique de la forme). Sous la forme « Einfühlung » qui signifie littéralement ressenti de l'intérieur. Il concerne alors le domaine esthétique et désigne la capacité d'une personne à saisir le sens d'une œuvre d'art. Que nous verrons de manière détaillée un peu plus loin dans le chapitre. (Simon, 2009)

C'est Théodor Lipps qui étendit cette notion à l'individu. Il l'emploie dans un premier temps en 1909 pour désigner l'oubli de soi dont fait preuve un observateur lorsqu'il est confronté à une peinture ou à une sculpture, et sa tendance à se fusionner à l'objet qui absorbe son attention. Quinze ans plus tard, Lipps change sa position initiale. L'empathie est davantage une réponse à une personne qu'à un objet. Elle implique à la fois un partage et une compréhension des postures et expressions d'autrui. (Ducharme, 1987)

Un siècle avant Vischer, l'Écossais David Hume fut avec la philosophie morale le premier à introduire la notion d'empathie. Hume observait dans « *le Traité de la nature humaine* » que « *les esprits de tous les hommes sont semblables quant à leurs sentiments et à leurs opérations, et il n'y a pas d'inclination ressentie par un homme qui ne puisse également affecter tous les autres à un certain degré* » (III, p. 197). L'esprit est donc le miroir de l'autre : il reflète les passions, les sentiments et les opinions d'autrui. Hume pense que nous avons originairement un lien d'ordre affectif ou émotionnel avec autrui, parce qu'il y a une transfusion possible des passions entre les hommes par la sympathie. Hume fait aussi référence, dans « *Enquête sur les principes de la morale* », à l'influence dans la réponse empathique de ce que l'on pourrait nommer la similarité ou la familiarité la sympathie pour les personnes éloignées de nous est beaucoup plus faible que ce que nous éprouvons pour les personnes proches et voisine. (Boulangier, Lançon, 2006)

En 1759 l'empathie dans le sens commun encore aujourd'hui est confondu avec la notion de sympathie comme celle défini par Adam Smith dans sa théorie « *des sentiments moraux* », selon lui l'individu partage les sentiments d'autrui par le mécanisme de sympathie. Hume et Smith ont posé les repères de l'empathie comme moyen naturel des autres lorsque nous les observerons, de

ressentir leurs peines lorsqu'ils souffrent, leurs joie lorsqu'ils réussissent. (Lacour, 2012)

Pour Husserl en 1935 a donc pour Boulanger et Lançon (2006) renouvelé la compréhension de de l'empathie et anticipé le développement des neurosciences contemporaines en faisait de l'intersubjectivité le point de départ de l'intelligence de l'empathie.

Poursuivant son chemin de concept, l'empathie s'est retrouvée utilisée dans le domaine de la psychologie, notamment dans la tradition phénoménologique, qui a contribué à lui donner les fruits de son acceptation actuelle. En 1957 Carl Rogers fut le premier psychothérapeute à mettre en lumière le rôle essentiel de l'empathie et la relation dans l'efficacité thérapeutique que nous verrons de manière détaillé dans les points suivant. (Mons, 2015)

### **2) Définitions de l'empathie**

Selon le dictionnaire de la sociologie l'empathie est là : *«compréhension par un individu du comportement d'autrui fondée sur sa propre expérience. Ce mot est entré dans le vocabulaire de la psychosociologie comme une traduction du terme allemand « Einfühlung » désignant initialement le processus par lequel un individu observant les gestes d'autrui les relie à des sensations vécues et projette sur autrui ces sensation. Le mot empathie a en effet été utilisé dans le sens le plus général d'aptitude à se mettre à la place d'autrui, devenant presque synonyme de sympathie, les tests sociométriques permettent de mesurer l'empathie entendue comme la capacité de prévoir les choix ou rejets des autres membres du groupe, c'est-à-dire leurs sentiments positifs ou négatifs par apport à soi ou par apport aux autres. »* Cherkaoui, Besnard, Boudon & Lécuyer, 2012, pp.83-84)

Selon le dictionnaire de la psychologie l'empathie est : *« intuition de ce qui se passe en l'autre, sans oublier toute fois qu'on est soi-même, car dans ce cas il s'agirait d'identification pour Carl Rogers, l'empathie consiste à saisir, avec autant d'exactitude que possible, les références internes et des composantes émotionnelle d'une autre personne et à les comprendre comme si l'on était cette personne. » »* (Doron, 2005, p. 251)

Selon Pédinielli *« l'empathie c'est ressentir le monde intérieur du client avec la signification qu'il a pour lui, le ressentir comme s'il était son monde à soi, sans jamais perdre la qualité de « comme si » »* (Pédinielli cité par Formarier, 2007, p.53)

Nous retenons par ces différentes définitions ci-dessus que l'empathie est cette capacité à se mettre à la place de l'autre afin de mieux le cerner notamment ses émotions, sa douleur et tout son monde intérieur en restant conscient de la distinction de l'autre et de soi-même.

L'empathie est indispensable dans le cadre médical. En effet, les soignants doivent faire preuve d'empathie afin de mieux comprendre le malade et sur tout savoir comment lui expliquer avec les mots juste sa maladie. Dans les points qui suivront nous essayerons de mettre en avant l'importance de l'empathie dans le milieu hospitalier et ses effets sur les malades notamment ceux atteints de maladie grave telle que le cancer.

### **3) Les deux catégories de l'empathie**

L'empathie repose sur la capacité de partager des émotions ainsi que la capacité de comprendre les pensées de l'autre, désirs et des sentiments. Une découverte récente souligne deux catégories distinctes qui régissent l'empathie : la catégorie d'empathie affective, la catégorie d'empathie cognitive.

### 3.1) L'empathie affective

Pour plusieurs auteurs l'empathie affective est tout d'abord un trait de caractère humain c'est-à-dire c'est un processus affectif inné de la nature humaine. C'est une réaction généralement automatique et non intentionnelle. Cette notion d'empathie affective n'est pas qu'une construction intellectuelle ou

philosophique, puisqu'elle a un support neuro anatomique: les neurones miroirs. Par exemple, grâce à l'IRM fonctionnelle, Jackson, Mintoff et Decety ont montré en 2005 que le fait d'assister à la souffrance d'une personne déclenchait une augmentation de l'activité dans les régions cérébrales impliquées dans la douleur. Il existe de nombreuses études sur ce sujet. (Bardou & Paultre, 2015)

Ainsi Lorsque nous apercevons la souffrance d'une personne nous sommes nous-même affecté, nous éprouvons généralement un ressenti désagréable. Ce peut être le cas par exemple, lorsque l'on observe à la télévision un sportif qui exprime sa douleur après une chute. Dans le cadre du soin, cette part affective de l'empathie pourrait être délétère.

Zenasni en 2012 émet l'hypothèse que cette part affective de l'empathie pourrait entraîner une fatigue compassionnelle faisant le lit de l'épuisement et du burnout. Figley définit cette fatigue compassionnelle comme un état extrême de tension et de préoccupation de la souffrance de ceux que l'on aide, à un degré tel que cela devient traumatisant pour le soignant. Hojat conclut en 2003 que la part affective de l'empathie ne doit pas être trop importante pour permettre des soins de qualité. (Bardou & Paultre, 2015, p.46).

### 3.2) L'empathie cognitive

C'est le fait d'adopter en imagination un état mental censé correspondre à l'émotion éprouvée réellement par une personne. Il s'agit de la capacité de se représenter les états mentaux d'autrui. L'empathie cognitive se distingue donc de l'empathie émotionnelle. Les cognitivistes parlent de la «*théorie de l'esprit*» (TOM) qui peut être définie comme la capacité de se mettre à la place de l'autre, imaginer ses pensées, ses sentiments (Baron -Cohen 2009). TOM, également connu sous le nom de «*mentalisation*», permet d'extraire et de comprendre les perspectives et buts de l'autre en s'appuyant sur la capacité de comprendre les pensées, les intentions, les émotions et les croyances de l'autre et prédire leur comportement. (Mons, 2015)

C'est pourquoi, l'empathie a donc toute sa place dans les soins. Pour Hojat l'empathie chez un soignant est un attribut principalement cognitif (plutôt qu'affectif) qui implique la compréhension (plutôt que le ressenti) des expériences, préoccupations et points de vue du patient, combinée à la capacité à lui communiquer cette compréhension. (Bardou & Paultre, 2015)

Selon Lee et al (2001), plus le soignant a une empathie affective importante et plus elle s'évaluera comme stressée. Ainsi, un niveau d'empathie affective important et un niveau d'empathie cognitive faible engendraient des difficultés de se détacher des problèmes des soignés et seraient de fait plus exposés à l'influence négative de l'activité de soin. (Lancelot, 2010)

## 4) Approches théoriques de l'empathie

### 4.1) Empathie et Psychanalyse

Freud est le premier à avoir employé le terme «*Einführung*» en psychanalyse. Selon lui, l'empathie est le fait de pouvoir se mettre dans la

position d'un autre, soit de manière consciente, soit de manière inconsciente, elle représente un élément essentiel de la relation thérapeutique (Pigman, 1995 ; Shoughness, 1995). Mais va être rapidement abandonné dans la théorisation Freudienne, l'empathie étant pour lui la conséquence du processus identificatoire, ainsi le mot « *empathie* » qui n'existait pas à l'époque est cité seulement deux fois dans son œuvre. On peut mentionner que dès 1905, Freud a utilisé le concept d'Einfuhlung dans « *le mot d'esprit et son rapport à l'inconscient* » dans une perspective proche de l'esthétique.

La seconde mention d'Einfuhlung apparaît dans « *psychologie des masses et analyse du moi* » Freud affirme qu'on part de l'identification et en suivant une certaine direction, on aboutit à travers l'imitation à l'Einfuhlung une attitude déterminée par rapport à une autre vie psychique (Freud 1920, p.65) (Mons, 2015)

### 4.2) Empathie et Psychologie Humaniste

Carl Rogers fondateur de la psychologie humaniste, a principalement œuvré dans le domaine de la psychologie clinique, de la relation d'aide, sa définition de l'empathie correspond à celle proposée précédemment. Il a proposé une méthode de développement d'une relation de qualité entre médecin et patient qui est l'approche centré sur la personne, selon lui le médecin dans sa relation il doit faire preuve d'empathie, d'authenticité et d'acceptation. (Morice-Ramate, 2015)

Pour Rogers, dans une relation empathique, au moins l'un des deux protagonistes cherche à favoriser chez l'autre la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une plus grande capacité d'affronter la vie. L'objectif est donc de l'empathie est de permettre au patient de devenir lui-même et tirer profit de ses ressources. De part cette conception de voir l'être



humain Rogers s'oppose au courant néo-behaviouriste, «*si la « vie pleine » dans le futur de l'humanité consiste en un conditionnement des individus par le contrôle de leur milieu et des satisfactions qu'ils reçoivent, de telle sorte qu'ils soient rendus inexorablement efficaces, bien élevés, heureux ou tout ce qu'on voudra, alors j'en veux pas. A mes yeux ce n'est qu'une caricature de la vie pleine qui comprend tout sauf ce qui fait la véritable plénitude*» (Constantini-tramoni, Lancelot & Tarquinio, 2012, pp.95-96)

Par authenticité Rogers désigne une attitude honnête face au patient c'est-à-dire où le médecin sait être lui-même en cohérence avec ses idées et ses émotions pour savoir le transmettre au patient, et gagner sa confiance. Ce principe sous-entend le respect de deux postures, la congruence et la transparence. La congruence désigne la dimension «*intérieure*» de l'authenticité, qui est la connaissance et la conscience du praticien de tout ce qui participe à sa propre personnalité et enrichit son bagage émotionnel. Rogers est venu à considérer ce facteur étant important dans l'établissement d'une relation de confiance l'empathie et l'acceptation pouvant avoir leurs places que si elles sont perçues comme authentiques.

La transparence quant à elle désigne la dimension «*extérieure*» de l'authenticité, qui correspond à tout ce que nous disons ou nous faisons (consciemment ou non de façon verbale ou non verbal) c'est donc l'expression extérieure de la congruence. C'est pourquoi une parfaite adéquation entre congruence et transparence est nécessaire pour donner au patient une impression de cohérence et d'authenticité indispensables pour procurer un sentiment de confiance.

Enfin l'acceptation, qui consiste à accueillir le patient tel qu'il est sans jugement, d'une attitude neutre, bienveillante et chaleureuse en d'autres termes un accueil inconditionnel. (Morice-Ramate, 2015)

### 4.3) Empathie et approche TCC

L'inscription de l'empathie était jusqu'à présent absente des thérapies TCC, ce n'est qu'à partir du développement de la troisième vague des TCC que cette notion revêt à nouveau toutes ces lettres de noblesse. Selon Dionne (2009), ces thérapies accordent un rôle plus important à la question de l'alliance thérapeutique, de l'intersubjectivité au sein du processus psychothérapeutique. Ce concept d'alliance thérapeutique venant remplacer la notion de mécanisme inconscient de transfert. L'alliance thérapeutique étant la qualité du lien établi entre le thérapeute et le patient mais aussi cette collaboration entre les deux partenaires de la relation en ce qui concerne les objectifs et les tâches de la thérapie, dans le cadre de l'évènement de nouvelles psychothérapies de cette troisième vagues dont font partie le mindfulness ainsi que l'approche Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) on ne peut constater l'influence indéniable du concept Rogerien d'empathie dans ces derniers.

Des auteurs (Sweet et Johnson ,1990) mettent en avant le lien entre la pratique du mindfulness et l'empathie. Le mindfulness est une thérapie qui tire ses origines des techniques de méditations bouddhistes. Le mindfulness peut être défini comme l'habilité d'une personne à porter son attention délibérément sur le moment présent sans porter de jugement (Kabat, 2009). Selon cette orientation, le thérapeute ayant une conscience aigüe de lui-même (la pleine conscience) serait plus à même de pouvoir connaître et comprendre le patient et donc de l'aider en retour. Etre empathique avec autrui nécessite d'être sensible particulièrement aux signaux verbaux et non verbaux émis par autrui, il y'aurait donc des liens assez prégnants entre la pratique du mindfulness et les dispositions empathiques.

Des études font également le lien entre la pratique de l'EMDR et l'empathie. Par ailleurs, l'EMDR est une intégration neuro-émotionnelle par les

mouvements oculaires, cette approche est développée depuis une vingtaine d'années, cette psychothérapie a été proposée par Shapiro son originalité se fonde sur l'utilisation des mouvements oculaires. Ces derniers débloquent les émotions négatives et favoriseraient le retraitement de ces informations par les patients. Une étude de Dworkin (2003) met en lien entre thérapie avec la notion de l'empathie. Il suggère que l'empathie favoriserait l'établissement d'une alliance thérapeutique et l'instauration d'une relation transférentielle. (Constantini-tramoni, Lancelot & Tarquinio, 2012, pp.95-96)

### 5) La relation médecin-malade

Aujourd'hui, le droit des patients d'être informé et de participer au processus de décision concernant les traitements et de plus en plus reconnu, ceci suppose qu'il revient de droit au patient d'être informé de manière adéquate sur les traitements, leurs conséquences et qu'il puisse influencer par ses réactions la prise de décision thérapeutique ainsi, le patient peut choisir de décider seul de son traitement ou en collaboration avec son médecin ou bien encore laisser l'entière responsabilité à ce dernier. Ce qui implique une interaction une présence de relation médecin-malade. (Bacqué, 2006)

De ce fait, la relation entre médecin et malade peut s'établir entre un être souffrant demandant de l'aide, et un être possédant des connaissances spécifiques, un savoir et un savoir-faire face auxquels cette souffrance peut être atténuée. Lorsqu'une relation est bien établie, qu'on appelle une relation asymétrique, le médecin considère le sujet qu'il traite comme « *son malade* » et le patient le médecin comme « *son docteur* ». Le lieu devient très personnel sous la forme d'une appropriation réciproque c'est-à-dire des sentiments de respect et de confiance et d'affectation se mettant en place qu'on appelle « *amour médical* », néanmoins le médecin doit avoir cette capacité à se contrôler justement pour que la dépendance et la régression du patient soit juste suffisante

pour qu'il puisse devenir autonome une fois son cas s'améliore. (Schneider, 1990)

Cependant, selon l'approche interactionniste de Strauss (1992) ce n'est pas le médecin mais les malades et leurs familles qui ont une position dominante dans le sens où c'est eux même qui tiennent un rôle capital et structural concernant le devenir de la maladie, mais ce modèle a ses limites car si le patient participe à la prise décisionnelle et cette dernière va à l'encontre de ses intérêts ou du système de soin la loi de 2002/2003 permet aux soignants d'agir pour tenter de faire changer d'avis le patient. (Lancelot, 2010)

L'empathie est souvent considérée comme étant l'approche la plus appropriée dans la relation médecin-malade elle ne se limite pas à l'expression verbale, mais elle porte également sur les comportements, car les êtres humains émettent et reçoivent des messages par deux processus différents, cognitif et comportemental. L'empathie est donc une attitude active, conscientisée que le soignant est capable d'exprimer à son interlocuteur et qui va être le socle d'une relation de confiance. (Formarier, 2007)

Le processus d'empathie s'avère donc fécond dans la pratique de soin il représente un chemin qui vise à guider le médecin à apporter la confiance dans la qualité de son travail et dans le traitement du cancer. Ainsi, une relation médecin-malade efficace est le fondement du soin. Elle augmente la satisfaction des patients et des médecins et influence l'obtention de meilleurs résultats thérapeutiques. (Boissier, 2012)

### **6) Les apports d'une relation empathique**

L'empathie est primordiale dans la relation médecin-malade, le soignant offre au soigné par son empathie la capacité de prendre confiance en se

confrontant à des émotions difficiles et en apprenant par la même occasion à mieux les gérer.

L'empathie vise donc une action, une efficacité qui augmenterait la satisfaction du patient sa compliance au traitement et une diminution de son anxiété ce qui favoriserait ainsi la fluidité de la communication et le partage des différentes informations importante qui aiderait le soignant dans son travail, du côté de ce dernier l'empathie permettrait de diminuer le risque de burnout (que nous viron en détail dans le prochain sous chapitre) du médecin, en augmentant la qualité de sa pratique de vie.

Selon Cédric Lemogne « *les bénéfices de l'empathie clinique, ou du moins ses corrélats, sont multiples : satisfaction des patients, augmentation de la qualité de recueil sémiologique et de l'acuité diagnostic du médecin, meilleure alliance thérapeutique, elle-même conditionnant vraisemblablement l'observance et l'efficacité thérapeutique, diminution des risques médicolégaux et des dépenses d'examen de santé.* ». (Nguyen Trong, 2016)

### 7) L'empathie dans le cadre du soin

L'empathie crée un climat favorable de confiance au sein de la relation soignant soigné. Stepien et Baernstein (2006) vont même jusqu'à considérer que l'empathie a un impact sur le diagnostic qui est posé par le médecin car le patient exprimerait plus précisément ses symptômes et donnerait plus de détails pertinents.

Hojat et al définissent l'empathie dans le cadre de la relation des soins comme étant « *un attribut cognitif qui implique la capacité de comprendre les expériences et la perspective du patient, tout en sachant lui communiquer cette compréhension* » (hojat et all (2003), p.28). Ces auteurs considèrent l'empathie comme un attribut personnel des soignants ayant un rôle important au sein des

relations interpersonnelles cette définition de l'empathie dans le cadre de soin est partagée par de nombreux auteurs (Kirk et Thomas ,1992 ; Desmond Poole et Sanson ; Fisher ,1980 ; Couleham et Williame, 2002 etc.)

Pour Azavi et Delvaux (2002) les différentes composantes de l'empathie professionnelle dans le cadre soignant sont les suivantes :

- Capacité à détecter la présence d'émotion
- Capacité à s'identifier à l'autre à se mettre à sa place
- Capacité à ressentir les émotions
- Capacité à verbaliser les émotions perçues
- Capacité à répondre à l'émotion reconnue

Les composantes de l'empathie professionnelle proposées par ces auteurs sont orientées majoritairement sur un versant émotionnel. L'accent est porté sur la qualité des soignants à comprendre la perspective émotionnelle du patient et à y répondre de manière adéquate. Pour que la relation soit qualifiée d'empathie, il faut selon Jeammet et al (1996) que le soignant parvienne à réaliser une double identification :

Une identification au patient et une identification à son rôle professionnel. Il faut que le soignant trouve un équilibre entre ces deux indentifications. Il doit pouvoir se défaire d'un certain nombre de défenses pour pouvoir représenter l'état émotionnel du patient tout en sachant prendre la distance afin d'être en mesure de prendre des décisions. Cette conception de l'empathie dans le cadre de soin est fortement influencée par l'approche centré sur la personne de Rogers cependant, il ne s'agit pas dans ce cadre de faire des soignants des psychothérapeutes, mais d'avoir et de développer des capacités d'empathie suffisantes afin que le patient puisse se sentir compris et entendu. (Constantini-tramoni, Lancelot & Tarquinio, 2012)

### Synthèse

Comme nous l'avons vu l'empathie est indispensable dans la relation de soin. En effet, les soignants doivent faire preuve d'empathie afin de mieux comprendre le ressenti et l'état du malade et sur tout savoir comment lui expliquer avec soin sa maladie, cependant un degré très élevé d'empathie affective peut amener le soignant à ne pas se détacher des problèmes et du ressenti du soigné qui peut mener ainsi un à épuisement émotionnel par conséquent au burn out. C'est pourquoi la partie qui suit nous l'avons consacré au burn out.

### II) Le burnout

#### Préambule

L'être humain peut se désadapter par rapport à son travail et présenter des troubles fonctionnels, psychologiques et somatiques qu'on appelle « *Burnout* ». Ce dernier touche particulièrement les professionnels dans leurs milieu de travail notamment dans les relations d'aides, cette partie du chapitre on la consacre au burnout plus spécialement le burnout des soignants à l'hôpital.

#### 1) Historique du burnout

De nombreux auteurs au début des années soixante-dix ont commencé à publier leurs observations, il est donc difficile de définir un découvreur du burnout parmi ces auteurs :

Claude Weil fut parmi les premiers en 1959 à décrire les états d'épuisements au travail, il pensait que l'état d'épuisement est le fruit d la rencontre d'un individu et d'une situation. L'un et l'autre sont complexes et l'on doit se garder des simplifications abusives.

Ce n'est pas simplement la faute à telle condition de travail, pas plus que ce n'est pas la faute du sujet : de telles façons de voir sont inexactes et au fond très pessimistes car elles conduisent à l'abstention thérapeutique. L'apparition de l'épuisement survient quand il y'a franchissement d'un seuil. (Canoui, 2016).

Vient ensuite Bradley en 1969, qui évoque pour la première fois stress particulier lié au travail, la première mention du burnout apparue dans son article intitulé « *community based treatment for young adult offenders* » publié dans *Crime and Delinquency*. (Honoré & Houessou 2015).

En 1970 Freudenberger utilisera dans ses écrits le terme burnout pour caractériser l'état mental des jeunes volontaires travaillant auprès de toxicomanes de la free clinic, ou il intervenait en tant que psychiatre et psychanalyste, les free clinics étaient des lieux de soins chargés de la prise en charge des toxicomanes (Canoui, 2016).

C'est en 1974 que Freudenberger décrit le syndrome comme « une perte d'enthousiasme accompagnée de divers symptômes tel que fatigue, insomnie, maux de tête, troubles gastro-intestinaux » il définit le burnout comme « *un état de fatigue chronique, de dépression et de frustration apporté par la dévotion à une cause, un mode de vie ou une relation qui échoue à produire les récompenses attendues et conduit en fin de compte à diminuer l'implication et l'accompagnement au travail* » pour lui le burnout est la maladie des « battements » (Honoré & Houessou, 2015).

De son côté « Christina Maslach (1976) psychologue sociale, à découvert le burnout dans le cadre d'une recherche sur le stress émotionnel et les stratégies de coping développées par les employés de service sociaux face à leur usagers. L'intérêt pour cette question des relations employées-usagers n'est pas anodin.

En effet, Maslach avait participé à l'expérience à la prison fictive de stanford dans laquelle deux groupes d'étudiants étaient repartis aléatoirement dans des rôles de surveillances de prison ou de personnes détenues (Zimbardo,



1973). La violence des gardiens envers les détenus dans cette expérience, avait amené l'auteur à s'interroger sur les relations de pouvoir et sur leurs conséquences. Maslasch avait abandonné son rôle dans l'expérience, et s'était interrogée sur les comportements agressifs des professionnels envers leurs usagers » (Boudoukha, 2009, pp.11-12).

Elle avait aussi rencontrée le terme burnout auprès des professionnels du sauvetage et des urgentistes. Mais en 1976 elle constate que ce phénomène se produit aussi en dehors des soignants comme les avocats exerçant auprès des personnes en difficultés sociales. Maslasch affirme que le cœur du phénomène du burnout est le travail avec une relation d'aide par rapport à l'autre. C'est en 1981 que Maslasch et Jackson décrivent le burnout à partir de trois dimensions qui sont : l'épuisement émotionnel, dépersonnalisation et réduction de l'accomplissement personnel, que nous détaillerons en dessous.

Maslasch élabore un instrument de mesure du burnout : le Maslasch Burnout Inventory (MBI).

En 1996 on passe du MBI initialement employé chez les professionnels de la relation vers un MBI. General Survey qui s'adresse à tout individu au travail.

Leiter et Schaufeli affirment alors que « *le burnout est présent dans toutes occupations dans laquelle les individus sont psychologiquement engagés dans leur travail.* » (Hoffman, 2005, pp. 37-38).

A nos jours les recherches sur le burnout continuent mais le concept est tributaire de l'environnement contemporain et des conditions de travail qui changent. Les recherches ont tendance à se limiter au niveau organisationnel ou microsocial au détriment du niveau macro. L'intérêt es recherches futures doit être d'orienter les réflexions sur une approche plus globale ou des méta-analyses. (Honoré & Houessou, 2015)

### 2) Définitions du burnout

Selon Bedard et Duquette (1998). Le burnout est « *une expérience psychique négative vécue par un individu, qui est liée au stress émotionnel et chronique causé par un travail ayant pour but d'aider les gens*» (Manoukian, 2016, p.9).

Selon Brill le burnout est « *un état dysphorique et dysfonctionnel exclusivement causé par le travail chez un individu ne présentant aucune psychopathologie, qui a pendant longtemps fourni des prestations adéquate dans le même travail et qui ne pourra plus atteindre le même niveau sans aide extérieure ou changement d'emploi*». (Brill cité par Manoukian, 2016, p.11).

Citons enfin la référence en matière de mesure et de définition, Christina Maslach qui selon elle « *le burnout comme un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparait chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui* » (Sutter, 2016, p39).

Nous retenons ainsi par ces définitions ci-dessus, que le burnout apparait comme un syndrome à trois dimensions en réponse à un stress émotionnel et physique chronique comprenant : un épuisement émotionnel et physique, une déshumanisation de la relation avec le patient, et une baisse du sentiment d'accomplissement de soi au travail, il touche les personnes engagées dans une profession de relation d'aide.

### 3) Les différentes appellations du burnout

Il existe actuellement trois expressions pour nommer ce syndrome :

### 3-1) Burnout syndrome

Le verbe to burnout à des significations évocatrices que traduit incomplètement le terme de syndrome d'épuisement professionnel des soignants. To burnout peut signifier : échouer, s'user, devenir épuisé devant une demande trop importante d'énergie, de force et de ressources. Il évoque une combustion totale, la réduction en cendres d'un objet entièrement consumé dont toute la matière aurait disparu. Mais c'est l'image inspirée de l'industrie aérospatiale qui demeure la plus suggestive. Le terme burnout désigne l'épuisement de carburant d'une fusée avec comme résultante la surchauffe et le risque de bris de la machine. (Canoui, 2016, p. 23)

### 3-1) Karochi (prononcez kaloshi)

Ce terme japonais signifie « mort par excès de travail » Karo = mort, Shi = fatigue au travail. La connotation violente donnée au syndrome d'épuisement professionnel se conçoit à travers le prisme d'une culture gouvernée par la notion du bien connectif. Le salarié est élevé dans la notion sacrificielle de soi pour satisfaire avant tout aux exigences des autres et de son entreprise. Il donne sans compter de son temps et s'invertit jusqu'à épuisement. Vivre et mourir pour l'entreprise tell pourrait être le précepte nippon tant la pression et le souci d'excellence dominant. Avec le terme de Karoshi, nous quittons la relation d'aide dans ce qu'elle présente d'usure mentale et physique pour d'avantage prendre en compte les conséquences, parfois mortelles des conditions de travail lorsque celles-ci sont mues essentiellement par le projet et la rentabilité. (Canoui, 2016, p. 23)

### 3-3) Syndrome d'épuisement professionnel

Le terme maintenant consacré en français présente le défaut d'être vague et semble couvrir tous les effets du travail sur l'individu. Il n'est qu'un pâle reflet

du terme plus imagé burnout. Usure professionnelle ou usure au travail sont aussi des expressions rencontrées. Elles mettent l'accent sur l'idée d'une évolution progressive du syndrome.

Malgré ces critiques, c'est le terme de syndrome d'épuisement professionnel des soignants (SEPS) qui s'est imposé en langue française. (Canoui, 2016, p. 23)

### 4) Diagnostic et manifestations du burnout

Plus de 130 syndromes du burnout ont été dénombrés dans la littérature par Schaufeli et Enzmann(1998), la distinction des symptômes et des conséquences du burnout étant délicate il semble préférable d'utiliser le terme de « *manifestations* ». (Guarnieri & Zawieja, 2015)

Néanmoins le burnout se caractérise par une symptomatologie spécifique et d'une symptomatologie non spécifique, par symptomatologie spécifique on entend, la description faite par Christina Maslach et Jackson qui illustre avec précision la symptomatologie du burnout qui se compose de trois dimensions progressivement évolutives (que nous verrons dans les points à venir d'une manière détaillée) :

- l'épuisement émotionnel
- la deshumanisation
- la réduction ou le manque de l'accomplissement personnel

Nous passons ainsi à la symptomatologie non spécifique, ces symptômes sont regroupés en quatre catégories :

**Signes physiques** : une fatigue chronique généralisée se manifeste suivie de troubles de sommeil, (en 2003), ainsi de troubles musculo-squelettiques (qui regroupent une quinzaine de maladies qui affectent les muscles, les tendons et les nerfs, des membres de la colonne vertébrales), ainsi il existe un risque élevé d'apparition de troubles cardio-vasculaires (qui regroupent un certain nombre de

troubles affectant le cœur et les vaisseaux sanguins comme, l'hypertension artérielle, les cardiopathies coronariennes ; crise cardiaque ou infarctus.) de même les troubles digestifs comme l'anorexie, nausées, gastralgies (douleurs d'estomac) voire ulcères, ainsi que des migraines, des rhumes persistants et fréquents, des déséquilibres hormonaux peuvent s'annoncer.

**Signes émotionnels :** on remarque chez le sujet une perte du sens de l'humour, de confiance en soi et d'intérêt pour le travail et pour la vie, semblablement une indifférence affective et une anxiété flottante ainsi qu'une irritabilité qui prend place, s'en rajoute un sentiment d'impuissance, de culpabilité, d'échec et un excès de larmes, par conséquent, s'émerge une attitude négative envers soi : sentiment d'incompétence, d'incapacité et d'infériorité. Une attitude négative envers les autres : irritabilité, cynisme et impatience.

**Signes cognitifs :** nous pouvons citer des difficultés de concentration, des pertes de mémoires, diminution de la vigilance, par ailleurs des pensées rigides se développent on sera face un sujet indécis, résistant au changement présentant des ruminations anxieuses et une difficulté d'apprentissage ainsi, une incapacité d'exécuter des opérations simples comme le calcul mental par exemple.

**Signes comportementaux :** se caractérisant par une fuite du travail, des retards répétés allons même aux erreurs professionnel, concernant les relations de travail on voit surgir une réduction des contacts interpersonnels (collègues, patients) du cynisme, manque de flexibilité et d'adaptation de l'absentéisme parfois même de l'agressivité. Par la suite des addictions sont souvent repérées comme l'addiction au tabac, l'alcool et autres toxicomanies, des conduites alimentaires compulsives. (Benferhat, 2008 ; Guarnièri & Zawieja, 2015)

### 5) Diagnostic différentiel du burnout

#### 5-1) Burnout et surmenage

Le surmenage est défini comme un ensemble de troubles consécutifs à une activité physique ou intellectuelle exercée au-delà du seuil de la fatigue et qui résulte d'un excès d'activité temporaire, qui engendre un sentiment d'épuisement. On arrive ainsi au burnout qui est un processus long à plusieurs symptômes corporels et psychologique qui aboutit à la destruction des ressources psychiques, physiques et émotionnelles de l'individu.

En effet, le surmenage est une étape du burnout, mais il ne faut pas nier la distinction qui existe entre les deux concepts. Lorsque les objectifs et les tâches dépassent les ambitions et les capacités de l'individu, l'anxiété commence à apparaître donc deux possibilités s'offrent à l'individu : soit il abandonne la poursuite de ses objectifs parce qu'il les juge trop élevés, soit il s'obstine. Le travailleur qui entre en burnout est celui qui choisit de s'obstiner ; malgré la difficulté qu'il a en face de lui, il a décidé de la franchir coûte que coûte, jusqu'au sacrifice de soi. À l'inverse, de celui qui est surmené et décide de lâcher prise, même s'il en résulte une fatigue psychique, elle sera sans répercussion émotionnelle ni attitudinale. Ce qu'on appelle une asthénie réactionnelle.

Ainsi le travailleur surmené, conscient de sa faiblesse et de ses répercussions éventuelles, renvoie ses ambitions à la diminution et ne cherche pas à les atteindre (Sutter, 2016)

#### 5-2) Burnout et stress

Un sujet stressé quand il a le sentiment d'être débordé (ou qu'il risque de l'être) par un événement nouveau auquel il doit faire face. Ainsi considéré, le stress apparaît comme un « *état de décalage* » entre les demandes exigées par la

situation nouvelle, telles que perçues par le sujet, et l'idée qu'il se fait de ses possibilités de réponse. Le résultat en est le sentiment de la perte du contrôle.

Cette situation, qui est toujours responsable d'un changement, est accompagnée de manifestations psychologiques et physiologiques qui témoignent de la rupture de l'équilibre intérieur du sujet. Ainsi un épuisement à la fois émotionnel physique et mental peut en découler. (Boudarene, 2005, p.8)

Ainsi, plusieurs auteurs ont reproché une grande ressemblance du burnout avec le concept de stress du fait que le premier inclut le second dans la plus part des définitions. Comme Pines et Maslach (1978) admettent que le burnout est « *l'établissement d'un stress chronique* ».

Le phénomène de stress conjugue stressseurs et stressabilité, les stressseurs représentent les excitations de l'environnement professionnel et la stressabilité représente la sensibilité é individuelle professionnelle à ces stressseurs en vue des ressources internes que chacun peut mobiliser pour y faire face.

Le stress n'est pas une maladie, contrairement à ses conséquences qui peuvent devenir pathologique si ce mécanisme s'active trop souvent et longtemps, un burnout peut s'installer.

On pourrait dire que le stress apparait quand les ressources du sujet sont perdues ou menacées ou les efforts n'apportent rien en contrepartie.

Cependant, aborder la notion du burnout fait souvent référence au stress,

Ces deux notions étant difficilement séparables, dans plusieurs définitions le burnout est considéré comme une réponse à un stress chronique et souvent les mêmes causes sont retrouvées pour le burnout et stress et dans les deux cas, la tension ressentie par un individu résulte des exigences d'une situation et de l'incapacité d'y répondre. (Guillevic, 2002 ; Mangen, 2007 ; Sutter, 2016).

### 5-3) Burnout et dépression

Il est relativement aisé de distinguer une dépression d'un burnout. D'après la classification internationale des maladies N°10 (CIM10), la dépression est un trouble mental caractérisé par une réduction de l'énergie, des épisodes de baisses d'humeur (tristesse) accompagnée d'une faible estime de soi et une perte de plaisir ou d'intérêt liée à une diminution de l'activité dans des domaines habituellement ressentis comme agréable par l'individu. (CIM10, 1993)

Plusieurs chercheurs ont exploré la similitude des symptômes, certaines dimensions du burnout peuvent ainsi être considérées comme des manifestations comportementales d'une dépression, à titre d'exemple l'épuisement émotionnel serait la conséquence de la baisse d'énergie qui est propre à la dépression ou encore la déshumanisation des relations ne serait qu'un équivalent du retrait social.

Dans les épisodes typiques de dépression, la personne présente une diminution de concentration associée à une fatigue importante et on observe habituellement des troubles du sommeil encore plus une diminution de confiance en soi et fréquemment des sentiments de culpabilité ou de dévalorisation.

Malgré l'admission de la communauté scientifique que le burnout apparait le plus souvent sans antécédents psychiques particuliers, toutefois des recherches ont montré que dans certains cas il était accompagné avec des épisodes dépressifs plus fréquents.

Des travaux ont montré un chevauchement entre symptômes du burnout et symptômes de dépression. En outre nous pouvons considérer certaines dépressions comme résultant d'une phase ultime du burnout, cela s'explique par le fait qu'au processus du burnout peut parfois succéder une dépression réactionnelle résultant de l'état d'épuisement des ressources physiques et mentales, mais une dépression mène rarement à un burnout, car la personne se



désinvestit progressivement de ses activités personnelles comme professionnelle perdant goût à sa vie actuelle. (Sutter, 2016).

### **6) Les trois dimensions du burnout**

Le syndrome d'épuisement professionnel, ou burnout, est un ensemble de réactions consécutives dans divers situations dans le domaine professionnel se caractérise par trois dimensions :

#### **6-1) L'épuisement émotionnel :**

L'épuisement émotionnel est autant physique que psychique, intérieurement le sujet va ressentir cet épuisement sous la forme d'un sentiment d'être vidé, d'une fatigue affective au travail, d'une difficulté à être en relation avec les émotions de l'autre, si bien que travailler avec certains malade est plus en plus difficile affectivement. Comme si l'individu avait atteint son seuil de saturation émotionnelle et n'était plus capable d'accueillir une émotion nouvelle. Il parle aussi d'une fatigue importante ressentie de façon inhabituelle. A la différence d'autre moment de fatigue, celle-ci n'est pas ou elle est peu améliorée par le repos. L'un des signaux devenue classique dans nos services est l'absence d'effets bénéfique des vacances ou du repos.

Extérieurement on observe des explosions émotionnelles comme des crises de larmes ou de colère, mais aussi des refus d'agir ou de répondre à une demande même anodine.

Cet épuisement émotionnel se double souvent d'incapacité à exprimer toutes émotions. Dans beaucoup de milieux professionnels (la santé en particulier), exprimer ses propres sentiments est souvent vu comme un signe de faiblesse. Ainsi que toute émotion nouvelle va donner lieu à des expressions psychiques et/ou comportementales variées paradoxalement cet épuisement peut prendre l'aspect d'une froideur, d'un hyper contrôle apparemment absolu des

émotions. Cet état associé à la déshumanisation de la relation à l'autre aboutit à ce qui est décrit dans la littérature américaine sous le nom de John Wayne syndrome, à l'image du célèbre acteur dans ses rôles de cow-boy, le soignant devenu impassible et capable d'assumer et d'affronter toutes les souffrances humaines sans ciller. (Canoui, 2016, p.26)

### **6-2) La déshumanisation de la relation à l'autre**

« La déshumanisation de la relation à l'autre est le noyau dur du syndrome pour les professionnels de l'aide. Ce second critère est marqué par un déclanchement, une sécheresse relationnelle apparentant au cynisme.

Le malade est plus considéré comme un objet, une chose, qu'une personne, il s'agit d'un cas, d'un numéro de chambre. La personne peut être réduite à l'organe malade. L'individu est en quelque sorte réifié. Il s'agit là d'une mise à distance de l'autre qui va être stigmatisée pas des petits singes langagiers qui souvent n'apparaissent qu'à un observateur étranger a la situation interne ou externe au service.

Un des habitus est l'usage abusif et trop constant d'une sorte d'humour grinçant ou noir qui devient mode d'échange journalier, c'est parfois une description tellement scientifique du corps malade que l'analyse des différentes organes malades ne rend plus compte de l'état de santé de la personne. Les propos déshumanisent le malade ; on soigne l'organe avant l'homme.

Il est possible d'interpréter de façon psycho dynamique cet état, en fait cela n'a pas toujours été ainsi chez la personne. Cet état s'est installé progressivement et lentement, la distance à l'autre est parfois l'aboutissement d'un épuisement émotionnel, c'est un mode de protection de soi et de son intégrité psychique seule attitude permettant de réaliser le travail relationnel. Cette mise à distance de l'autre se fait très sournoisement, à l'insu du soignant et

pourrait-on dire malgré lui, mais il est souvent ressenti douloureusement comme une forme d'échec personnel qui peut s'exprimer plus ou moins ouvertement dans la troisième dimension du syndrome. (Canoui, 2016, p. 27)

### **6-3) L'accomplissement personnel**

Cette dimension est la conséquence des deux autres et est douloureusement vécue. Elle peut s'exprimer par un sentiment de ne pas être efficace, de ne plus savoir aider les gens, d'être frustré dans son travail en un mot de ne plus faire un bon travail.

En effet, la relation à l'autre est (ou était) le fondement du travail du soignant et sa motivation principale de ce choix professionnel. Constatant cette distanciation, le sujet va la ressentir comme un échec. Il n'est plus à la hauteur, il commence à douter de lui et de ses capacités d'aller vers l'autre, ainsi apparaissent la dévalorisation de soi, la culpabilité, la démotivation.

Les conséquences de tant de difficultés sont variées et variables : absentéisme justifié ou non, abandon de travail, manque de rigueur ou même erreurs professionnelles. Chez la plupart des sujets, on observe un désinvestissement du travail, prendre quotidiennement son poste devient de plus en plus difficile. Cette attitude de fuite s'observe plus fréquemment dans certaines catégories du personnel (médecins, aides-soignants, infirmiers). Par ailleurs, on notera un surinvestissement d'activité professionnelle jusqu'à ne plus pouvoir quitter le service ou y trainer de manière très illogique, ce comportement dit de présentéisme inefficace d'ailleurs, serait plus typiquement celui des cadres et des cadres des seniors. (Canoui, 2016, pp. 27-28).

## **7) Les approches théoriques du burnout**

Dans ce point nous allons exposer la manière dont le burnout a pris place au sein des différentes approches théoriques, notamment l'approche sociologique, psychiatrique, psychanalytique, comportementale.

### **7-1) Approche sociologique du burnout**

L'approche sociologique est en grande partie une lecture de la maladie en tant que expression individuelle des conflits sociaux, dans cette approche ce sont les conflits sociaux, qui avec l'enchaînement de la problématique de lutte de classe, des rapports de pouvoir dans l'entreprise et au sein du corps social qui serait tout à l'origine de la pathologie psychiatrique de la personne, on constate que tout établissement hospitalier tend à devenir une entreprise rentable qui impose des conditions d'exercices de plus en plus lourds et complexes.

Mais encore la cause à la rentabilité et à l'excellence produit ses effets nuisibles en comparant le lien collectif à l'avantage de la concurrence et d'un individualisme qui s'installe d'une manière très rapide, les traces du collectif sont floues et progressivement remplacées par un vide relationnel pathogène. Les conditions de travail et son organisation sont les témoins d'une pathologie sociale. C'est là qu'il faut y trouver la cause et qu'il faut apporter le remède comme l'écrit C. Dejours, cette position théorique va généralement de pair avec l'affirmation d'un lien de causalité qui va du social et du politique au pathologique. (Canoui, Florentin & Maurage, 2015).

### **7-2) Approche psychiatrique du burnout**

L'approche psychiatrique va privilégier les déterminations personnelles, biologiques, psychogénétiques, ontogénétiques des maladies mentales. Le travail est envisagé comme un révélateur de la pathologie de la personne. Cependant le

travail peut avoir une double influence, s'il peut être source de souffrance il peut également être source d'équilibre et un moyen thérapeutique permettant la réadaptation de l'homme malade à travers la revalorisation et la récupération de l'estime de soi.

Cet aspect valorisant du travail dans le cadre de l'adaptation sociale est un aspect important dans le traitement des troubles mentaux, au sein des institutions psychiatriques, l'ergothérapie (qui est l'une des professions paramédicale qui permet d'évaluer et d'accompagner les personnes afin de développer leur autonomie dans leurs environnements quotidien, social et ceci par le biais d'activité de la vie quotidienne) a une place importante dans de nombreuses pathologies mentales. Dans le cadre du burnout si cet état ne révèle pas de la psychiatrie en revanche ses conséquences peuvent l'être soit par des décompensations dépressives et anxieuses soit par des décompensations psychotiques (Canoui, Florentin & Murage, 2008).

### **7-3) Approche psychanalytique du burnout**

Dans cette approche même si le travail semble avoir été le déclencheur d'une souffrance néanmoins ce n'est qu'un révélateur d'une faille occultée préexistante que l'on retrouverait les premières années de la vie. Selon cette approche les névroses infantiles demeurent la cause fondamentale, le choix professionnel, le comportement d'aide est expliqué d'un idéal du moi qui est posée comme une explication intrapsychique, par ce choix le sujet répare et vient combler un manque fondamental.

Cette approche psychanalytique reste une interaction toujours possible pour l'individu, on comprend comment C. Dejours peut écrire à ce propos que le radicalisme psychanalytique disqualifie la psychopathologie du travail. Mais

compte tenu du nombre croissant du burnout on est contraint de constater qu'il y'a un problème qui dépasserait l'idée de la seule vulnérabilité personnelle.

On conclut ainsi qu'un syndrome d'épuisement professionnel peut se développer aussi chez un individu normal. C'est donc à travers une lecture complémentaire qu'il faut comprendre la relative capacité de l'individu à faire face et discuter la psychopathologie de l'apparition de la désadaptation de la personne dans ses réponses de coping. (Canoui, Florentin & Murage, 2015).

### **7-4) Approche comportementaliste du burnout**

Dans les années cinquante, l'approche pavlovienne envisageait l'étude de stéréotypés comportementaux de contamination de la vie hors du travail par des automatistes du travail. Malgré tout l'intérêt de cette approche, il est clair que la répétition de tâches peu qualifiées ne permet pas une approche psychopathologiques du travail suffisamment diversifié pour expliquer les troubles observés. (canoui, 2008, p.29)

Des années plus tard dans une optique beaucoup plus comportementaliste, d''après Maslasch les causes du burnout doivent être cherchés dans les conditions propre au travail notamment dans la surcharge du travail, le manque de contrôle, l'insuffisance des rétributions, l'effondrement du sentiment collectif, les manquements à la justice et les conflits de valeurs et non pas dans les caractéristiques individuelles du sujet.

Dans ce sens le burnout se développe au fur et à mesure que les obligations professionnelles deviennent plus fortes et plus lourdes, elles épuisent alors les ressources personnelles et l'énergie de l'individu. (Boudoukha, 2009 ; Zawieja, 2015).

Dans la même optique nous présentant le model de Gille Monte, qui selon lui le burnout est une réponse à un stress professionnel chronique résultant de difficultés interpersonnelles qui désigne une détérioration cognitive, émotionnelle et comportementale.

A chaque fois, l'indolence révèle une stratégie de coping permettant de surmonter la détérioration émotionnelle et cognitive, elle permet à certains sujets de parvenir à gérer un haut niveau de stress d'autre la jugent inacceptable et développent un sentiment de culpabilité. (Zawieja, 2015).

### **8) Les causes du burnout**

Plusieurs facteurs jouent un rôle important dans l'émergence du phénomène de l'épuisement professionnel, nous pouvons les regrouper sous grandes catégories comme suite : facteurs relatifs à l'espace professionnel et facteurs relatifs à la personne.

Dans les facteurs liés à la profession on trouve la présence des conditions négatives dans le milieu du travail et parmi ces conditions négatives on trouve la demande permanente de soins, de la part des personnes atteintes de façon grave ou chronique, par exemple les malades mentaux, les cancéreux, les personnes âgées... cette demande constitue un stress continu, qui met en action les mécanismes d'adaptations du soignants et donnent lieu à des contres transferts épuisants. On a aussi comme conditions négative une organisation défailante du travail associées à des conflits de rôle au sein de l'espace professionnel, patron autoritaire, insultes, diminution du stade social du soignant, on a aussi des conditions positives manquantes, soulignons l'absence de guérison rapide, le manque de soutien administratif pour fournir un climat favorable et efficace aux travailleurs.

Quant aux facteurs reliés à la personne on constate une vulnérabilité personnelles au burnout, ces facteurs s'articulent autour de plusieurs comportements qui peuvent s'avérer très néfastes tels qu' : un engagement sans limite de la personne dans son travail au sens du devoir il passe à l'extrême, ou bien il fait de son travail le centre de sa vie et/ou avoir de fortes croyances telles que « *je ne peux pas dire non* », « *je dois toujours être fort* »... ou alors la personne a des difficultés dans la gestion de ses émotions. Tous ces facteurs de vulnérabilité peuvent provoqués des attitudes cynique, une fatigue intense qui cause par la suite un épuisement professionnel. (Benatia, 2008 ; Leiter & Maslach, 2011 ; Rulkin, 2018).

En somme, nous retenons que les causes de l'épuisement professionnel trouvent leurs origines dans l'interaction de plusieurs facteurs, d'une part le contexte socio-économique lié à la nature du travail, et d'autre part des facteurs liés aux aspects individuels, personnels.

### 9) Le burnout des soignants

Le soignant candidat au burnout est souvent très compétent et passionné par son travail. Il possède ainsi un sens aigu des responsabilités, au début on est face à un médecin qui présente un enthousiasme idéaliste et une sur-identification a la problématique de ses patients c'est-à-dire l'imaginer, le comprendre et le prendre en charge sous tous ses aspects y compris les aspects psychosociaux, psychologiques, familiaux débordant ainsi le cadre strict de ses interventions, en réponse à cette ardeur au travail et a un certain perfectionnisme, du premier coup le soignant dépense la plus part du temps une énergie excessive et par conséquent inefficace. (Delbrück, 2007)

Porté par un fantasme, d'invulnérabilité, le soignant déni sa fatigue, refuse l'idée même d'être malade, il ne se voit ni vaincu si souffrant, car son habitude à



prendre généralement des décisions seul conjuguées à prendre à son perfectionnisme, à son désir d'être apprécié à la juste valeur de ses compétences et de son déroulement l'amènent à refuser de déléguer.

C'est pourquoi il demande aucune aide par pudeur, honte, obstination ou culpabilité, car il ne peut trahir ses idéaux et l'image de sa profession et de lui-même dans laquelle il pourrait s'être fermé. Suite à la fatigue et à l'épuisement qui prend place peu à peu apparaît les différentes manifestations du burnout. Ainsi apparaît de la stagnation avec les sentiments d'ennui, d'irritabilité, de colère et de découragement. Il travaille un minimum, se sent frustré évite les conflits et les patients, et enfin frustration et apathie prennent place, l'exposition aux situations anxieuses incitent le soignant à remettre en question son efficacité, la pertinence de son travail et de son propre système de valeur, il essaye de se protéger contre tout et tout le monde, une perte d'estime de soi, une dévalorisation et un découragement extrême peuvent l'amener à présenter un état dépressif majeur ou une pathologie organique importante. (Delbrück, 2007)

A un moment donnée il ne s'agit plus de combattre la maladie, mais de prêter main forte au malade, afin qu'il parcoure la dernière étape de son chemin dans les meilleures conditions de confort physique et moral, et cela entouré de l'amour non seulement de ses proches, mais aussi de toute l'équipe soignante donc cette dernière vit toujours en situation d'épuisement car la cadence des décès de ces patients, est très lourdes. (Feldman, 2013).

On conclut que le burnout est principalement rencontré dans les métiers d'aide aux personnes avec des exigences en terme d'implication émotionnelle, physique et temporelle, notamment en oncologie car plusieurs facteurs identifiés comme des facteurs de risque du burnout s'y associent : une charge de travail importante, une sensation d'échec en cas de non réponse à des traitements ou de

récidives, des attentes importantes et non réalisable, de la part des patients, un travail chargé en émotions ainsi que la confrontation au deuil qui peut être plus fréquente que dans d'autres spécialités. (Lazarescu le Gall, 2015)

En Algérie, les études sur le Burnout constituent un nouveau domaine si bien que très peu de recherches ont été réalisées sur le sujet, ces études nous révèlent que le syndrome du Burnout, dans ses trois dimensions, augmente chez les personnes impliquées dans les relations d'aide. Citons par exemple l'étude faite par Benatia Yassine sur L'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes, l'objectif de cette étude est d'évaluer le phénomène de l'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes de la wilaya de Constantine et son lien avec certaines caractéristiques socioprofessionnelles et les conditions d'exercice du métier. Une autre étude de Boudarene en 2004, sur l'épuisement professionnel chez les agents de police en exercice. Le docteur Mahmoud Boudarene a effectué une recherche sur 30 agents des services de police de la wilaya de Tizi-Ouzou qui ont été vue on consultation durant deux ans tous sont de sexe masculin avec âge moyen de 33ans. (Benferhat, 2013)

Les résultats qualitatifs indiquent clairement que les principaux facteurs associés à l'épuisement professionnel en Algérie relèvent de l'environnement du travail, principalement de facteurs organisationnels et du contexte de travail, et cela est constaté par une étude qui a été menée chez les médecins des SAMU de la région Centre « *Alger, Blida et Médéa* » et chez les médecins des SAMU d'Oran. En somme, nos résultats nous ont permis de démontrer que les médecins des SAMU « *d'Alger-Blida-Médéa* » ont un burnout plus élevé par ce qu'ils percevaient davantage de stress dans leur environnement de travail, étaient plus sujets à s'épuiser professionnellement que les médecins du SAMU d'Oran.

Une étude a été faite chez les résidents du CHU de sidi bel abbés a pour objet d'estimer la prévalence du burnout chez ces sujets, 210 médecins du CHU

ayant une ancienneté de plus d'une année, cette étude descriptive a été conduite de janvier à juin 2009, après avoir passé des questionnaires y compris le (MBI), ils ont conclu que le burnout persiste chez ces médecins. C'est pour cela, *l'instruction Ministérielle du MSPRHN° 18 du 27 octobre 2002 relative à la protection de la santé des personnels de la santé en Algérie*, reconnaissant le syndrome du Burnout des soignants comme maladie professionnelle restera sans effet si elle n'est pas suivie de la mise en place d'un dispositif concret d'accompagnement psychologique des équipes de soins qui interviennent dans des conditions de travail difficiles et pénibles. (Benferhat, 2013; journal de la médecine du travail, 2010)

### 10) Burnout et stratégies de coping

Selon Lazarus et Folkman (1984), le coping est actuellement défini comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu. Le coping désigne l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et l'environnement perçu comme menaçant, pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique.

Le coping peut être conscient au sens d'délibéré ou intentionnel et être même planifié ; mais il peut aussi être spontané, automatique et affleurer la conscience, c'est-à-dire que l'individu ne sait pas qu'il réagit à un stress, n'attribue pas son attitude à une transaction particulière ou ne saisit pas qu'il tente de gérer une situation ou une émotion (Antoine & Poisot, 2008).

Selon Lazarus et Folkman (1984), il existe deux types de coping : l'un est centré sur les émotions et l'autre centré sur le problème.

Le coping centré sur le problème, Cherche à réduire les exigences de la situation et /ou augmenter ses propres ressources pour mieux y faire face. Il comprend les tentatives pour contrôler ou modifier la situation. Il s'énonce sous deux dimensions plus spécifiques : le premier est la résolution du problème avec une recherche d'information et l'élaboration de plans d'action et le deuxième est l'affrontement de la situation avec des efforts et des actions directs pour modifier le problème.

Premièrement le coping centré sur le problème, semble être le plus efficace à long terme et dans le cas d'événement contrôlables. Il est associé en général à un faible stress perçu et a un contrôle perçu important. Quelques exemple peuvent être cité comme l'anticipation des taches et leurs exécution directes, le travail d'équipe, l'organisation, la gestion du travail, la planification et l'analyse des situations afin d'obtenir des solutions pour corriger l'adaptation ainsi que le travail d'équipe. La planification des solutions ou de résolution ou il s'agit d'analyser la situation pour obtenir des solutions et entreprendre des actions pour corriger le problème (Maillard & Mayer, 2015).

Deuxièmement le coping centré sur l'émotion, comprend les diverses tentatives de l'individu pour réguler les tensions émotionnelles induite par la situation. Il comprend ainsi toutes tentatives que l'individu met en place afin de supporter la situation et se modifier soi-même ce sont les stratégies passive elles sont centrées sur la personne elle-même qui tente de contenir les débordements émotionnels et de conserver un équilibre psycho actif acceptable. On peut également citer l'évitement représenté par des pensées magiques sur la situation ou plus simplement sur le fait de fuir le problème. (Hider, 2014) par ailleurs, les soignants présentant à un niveau élevé d'épuisement des stratégies d'adaptations en terme d'évitement de fuite se sont apparentes par contre, les soignants à faible taux d'épuisement professionnel utilisent des

stratégies de résolutions de problèmes d'évaluation. Pour réduire la tension émotionnelle causée par l'événement lorsqu'il apparaît comme contrôlable, il semblerait qu'un style de coping actif centré sur le problème est plus efficace qu'un style de coping passif centré sur l'émotion.

Cependant selon Leiter le coping a un effet direct sur le burnout, mais il n'a pas d'effet modérateur, quel que soit la charge de travail des employeurs et leurs niveaux de conflit interpersonnel, il ne réduit pas particulièrement le burnout des individus les plus exposés aux tresseurs.

Autrement dit, c'est les stresseurs qui contribuent à augmenter l'épuisement émotionnel quel que soit le style de coping. Dans leur ensemble quel que soit la façon d'opérationnalisation le coping centré sur le problème ou sur l'émotion, les chercheurs sur le burnout confirment que le premier est préférable par rapport au deuxième. (Benferhat, 2008).

### **11) Prévention du burnout**

Les dernières recherche menées sur l'accompagnement du burnout nous montrent l'importance de la prévention, car une fois installé, la prise en charge peut s'avérer longue, difficile, de ce fait la prévention se fait sur le plan individuel, collectif et enfin professionnel.

#### **11-1) Prévention du burnout sur le plan individuel**

Savoir prendre soin pour aider les autres est devenu fondamental. En premier lieu pour lutter contre le stress chronique auquel le soignant fait face les, méthodes de relaxations sont favorables car elles permettent à l'individu de se concentrer de nouveau sur chaque partie de son corps et d'apprendre à les détendes.

En deuxième lieu, il est important d'arriver à trouver un équilibre entre vie privée et vie professionnelle pour un meilleur confort de vie et un épanouissement personnel, ainsi, prendre du temps pour son entourage ou ses loisirs permet de s'aérer l'esprit, de se reposer et d'évacuer les tensions auxquelles l'individu est confronté quotidiennement. En troisième lieu une hygiène de vie correcte et une alimentation équilibrée ainsi qu'un sommeil réparateur constituent un autre moyen de prévention du burnout, d'où l'importance de connaître et de développer des méthodes de développement personnel notamment l'apprentissage de techniques de gestion de stress afin de se sentir mieux armé et préparé à l'exercice professionnel, ainsi la réalisation régulière d'un bilan de ses compétences son efficacité à travers de différentes formations que le soignant suit. En somme, dans sa pratique il est souhaitable que le soignant varie ses activités car ceci serait protecteur du burnout.

En quatrième lieu la connaissance de soi et de ses propres limites est le premier pas vers l'acceptation de l'idée que le médecin est un être humain, et peut passer par des moments d'incertitude à son égard et à l'égard de ses diagnostics, vivre des moments difficiles, c'est en prenant conscience du principe d'incertitude et du fait qu'on peut guérir tout le monde, tous les patients que les soignants protégeront au mieux du burnout, et si ce dernier est installé, le médecin ne doit pas être isolé il est important qu'il bénéficie d'un certain suivi médical ou qu'il soit informé de l'existence d'associations qui pourraient l'accompagner tout au long du processus de la prise en charge. (Thevenet, 2011)

### **11-2) Prévention du burnout sur le plan collectif**

La participation des médecins à une formation médicale est primordiale et indispensable car elle permet au soignant d'approfondir leurs connaissances dans le champ de la médecine en mouvement perpétuel, ces groupes de pairs ont été

créés en 1987 dans le but de lutter contre l'isolement et renforcer l'identité professionnelle et améliorer la qualité des soins prodigués aux patients, le premier principe est de se réunir afin de discuter de différents problèmes auxquels ils ont été confrontés en analysant leurs pratiques professionnelles en rapport au données de la science actuelle, par la même occasion les soignants inscrit à ces groupes développent une capacité d'écoute et une assurance bénéfique pour leurs pratique professionnelle et ainsi ils seront mieux formés face aux problèmes psychologiques rencontrés au cours de leurs travail, en se basant sur la qualité de la relation « médecin-malade ». (Thervenet, 2011).

### **11-3) Prévention du burnout sur le plan professionnel**

Les actions concrète au niveau professionnel agiront sue la charge de travail sur sa nature mais sur tout sur sa gestion pratique pour les relations de soin, l'attention sera portée pour aider le soignant à assurer leurs difficultés pacifiques (relation médecin malade, communication, annonce d'une mauvaise nouvelle, capacité d'assumer une erreurs, gestion de la charge au stress, de contrainte multiple ...etc.)

Par la suite une aide à la gestion administrative et l'organisation du travail et les contraintes qu'elle génère doit être prévue pour ne pas mettre les salaries a mal au regard des règles et des valeurs de leurs métier. (Delbrouck, 2011)

Par ailleurs s'assurer d'une juste reconnaissance du travail est très important, car le travailleur ne doit pas avoir le sentiment d'un manque de réciprocité entre ce qu'il investit dans son activité professionnelle et ce qu'il reçoit en retour, notamment au regard de ce que donnent et reçoivent en retours ses collègues, il s'agit alors d'être équitable dans le processus de reconnaissance des uns et des autres.

Enfin on doit prévenir les mauvais rapports et relations de travail et pour se faire, on doit s'assurer que les relations de travail reposent sur l'existence d'un collectif de travail et de solidarité entre collègue et d'une bonne organisation et division de travail pour éviter toute contradiction entre ce qui est accompli et ce qui est demandé pour éviter ainsi tout malentendu qui est le plus souvent le plus fréquent des conflits, notant que la capacité de maintenir de bonnes relations permet une meilleure collaboration, un meilleur niveau d'engagement est un élément essentiel au bien être professionnel et même à l'évolution de sa carrière. (www.travail-emploi.gouv.fr, 2015)

### Synthèse

Le vécu psychologique est l'état émotionnel dans lequel se trouve le soignant lorsqu'il fait face aux différentes situations au sein du service dans lequel il exerce. Etant un concept complexe nous l'avons opérationnalisé en deux indicateurs. Le premier, étant l'empathie qui est cette capacité à se mettre à la place de l'autre tout en restant fidèle à sa personne. Le deuxième, qui est le burnout désignant à la fois un épuisement émotionnel, une déshumanisation de la relation à l'autre et un sentiment d'échec professionnel, ces éléments étant associés à des conditions de travail difficile.

Dans ce qui suit nous allons présenter notre problématique, puis notre partie pratique ou nous allons présenter la méthodologie de la recherche, présenter nos cas et discuter nos hypothèses.



# **Problématique et hypothèses**

Être en bonne santé c'est être en bon état physiologique, et avoir un fonctionnement régulier et harmonieux de l'organisme. Mais lorsque celle-ci est altérée, elle devient maladie qui engendre un mauvais fonctionnement de l'organisme, et l'apparition de symptômes évolutifs nécessitant un traitement thérapeutique.

En effet, parmi les maladies les plus redoutées, les cancers qui sont perçus comme la pire maladie. Les cancers désignent la multiplication rapide et incontrôlée des cellules dans l'organisme. Rappelons-nous que les cancers existaient il y'a 3500 ans avant J-C. comme en témoigne les travaux réalisés sur les momies de l'Égypte pharaonique, grâce au papyrus Eberth et Smith. Ainsi au fil des siècles la notion d'oncologie prend place grâce à l'évolution, au progrès de la médecine, de la recherche thérapeutique et au développement rapide de l'anatomie pathologique.

La création du service d'oncologie est récente. Constitué d'une équipe soignante multidisciplinaire, à leur tête le médecin oncologue qui a suivi le cursus de spécialité de diplôme d'étude spécialisé (DES) d'oncologue. Après résidanat, à la faveur de cette formation, le médecin contribue à la prise en charge du malade, dans la cadre d'une étude contrôlée (recherche clinique), de la coordination de la stratégie thérapeutique, de la réalisation des bilans initiaux et des modalités de surveillance des patients atteints du cancer.

Cependant, malgré tout le progrès, l'évolution ainsi que l'importance de la formation du médecin, beaucoup de malade n'échappent malheureusement pas à la mort. Un chiffre qui ne cesse d'augmenter, d'après l'OMS les cancers figurent parmi les principales causes de morbidité et de mortalité dans le monde entier. En 2012 on comptait approximativement 14 millions de nouveaux cas. Cette

maladie a fait 8.8 millions de morts en 2015. Près d'un décès sur 6 dans le monde est dû au cancer.

Le soignant fait face à ces pertes et se charge de la dure tâche d'annoncer le diagnostic et d'accompagner le malade durant tout le processus de la prise en charge thérapeutique, car il est face à un patient en souffrance, exprimant peur et incertitude, la plupart du temps le déni, la colère, de la culpabilité, stress, anxiété, la tristesse et la dépression et plus spécialement la douleur qui est à la fois physique et psychologique.

Selon François Laupautine l'échange entre soignants et soignés ne s'effectue pas seulement entre l'expérience vécue du malade et le savoir scientifique du médecin, mais aussi le savoir du malade sur maladie et l'expérience vécue du médecin notamment le vécu psychologique qui est l'état émotionnel dans lequel se trouve le soignant face aux expériences rencontrées au sein du service d'oncologie particulièrement la souffrance psychologique.

Par ailleurs, dans le cadre de notre recherche concernant le vécu psychologique des soignants en oncologie, on a retenu deux indicateurs cliniques dont l'empathie et le burnout afin de mieux le cibler, le décrire et comprendre.

En premier lieu, l'empathie est cette capacité à se mettre à la place de l'autre, de ressentir sa souffrance sans pour autant s'identifier à lui. Pour Hojat et son équipe l'empathie est un attribut cognitif qui implique la capacité de comprendre les expériences et la perspective du patient tout en sachant lui communiquer cette compréhension.

Dans la relation médecin-malade, la présence de l'empathie a un effet psychologique positif qui est la naissance d'une confiance médecin-malade, le

besoin de coopérer aux soins proposés et de mettre à jour sa souffrance et ses craintes. Si elle a un effet psychologique, elle a aussi un effet physique positif dans le sens de l'amélioration des symptômes et la diminution des complications.

On peut parler aussi de l'effet de l'empathie sur la compliance et la coopération du patient. En effet une étude américaine faite en 2005 montre que les patients qui se sentaient traités avec respect et dignité et compris étaient plus compliants que les autres. (Lempreur, 2014, p.29)

Or, dans le cas contraire où il y'a absence d'empathie, on rencontre des soignants froids et rigide qui risqueraient de traiter les patients comme des objets ou comme des êtres déjà morts, en risquant de rater l'accompagnement qui est capital. Cependant, une empathie affective très importante, peut provoquer, un épuisement moral et physique, du a la charge émotionnelle à laquelle fait face le médecin.

Dans ce cadre, l'épuisement professionnel ou le burnout est un état d'épuisement à la fois physique, émotionnel et mental lié à des situations exigeant une implication émotionnelle importante. Le terme prend racine dans les professions des relations d'aide-soignant et s'est imposé comme objet d'étude de nombreuse discipline scientifique, c'est à Christina Maslach qu'on doit l'opérationnalisation du terme burnout, il désigne selon elle un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation, et de réduction de l'accomplissement personnel, qui apparait chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui.

Faisant face à la charge du travail, perçue comme le facteur stressant le plus important, à la détresse des malades, au nombre de pertes et de récives, à l'absence de coopération de certains patients, qui sont une source de souffrance

vécue comme un échec de la part du soignant. Ainsi le burnout prend place petit à petit et ses manifestations apparaissent, telle que la fatigue physique et moral, la stagnation, l'irritabilité, la colère, sentiments de frustrations...etc.

En Algérie, les études sur le Burnout constituent un nouveau domaine, si bien que très peu de recherches ont été réalisées sur le sujet, en dépit des quelques études dont celle de M. Chakali (2000) auprès du personnel soignant du centre anticancéreux de l'hôpital Frantz Fanon à Blida, et également celle de Y. Benattia (2007) sur les infirmiers urgentistes du CHU de Constantine.

Ainsi, pour évaluer le niveau de l'empathie et le degré du burnout des soignants et vérifier nos hypothèses, nous avons fait le choix d'adopter un guide d'entretien, un questionnaire d'empathie le QCAE et l'échelle MBI pour le burnout.

A partir de ce qu'on a énoncé ci-dessus, nos questions sont formulées de la manière suivante :

### **Question générale :**

- Quelle est la nature du vécu psychologique des médecins travaillant en oncologie ?

### **Questions partielles :**

- Quel est le niveau d'empathie affective des médecins travaillant en oncologie ?

- Quel est le niveau d'empathie cognitive des médecins travaillant en oncologie ?

- Quel est le degré du burnout des médecins travaillant en oncologie ?

### **Hypothèse générale :**

- la nature du vécu psychologique des médecins travaillant en oncologie est mauvaise

### **Hypothèses partielles :**

- le niveau d'empathie affective des médecins travaillant en oncologie est important.
- le niveau d'empathie cognitive des médecins travaillant en oncologie est important.
- le degré du burnout des médecins travaillant en oncologie est modéré.

### **Définitions opérationnelles des concepts**

#### **Médecin généraliste et oncologue :**

Le médecin généraliste est un médecin qui se consacre à toutes les maladies et pathologies humaines dans leur ensemble sans en avoir choisi une de particulière.

L'oncologue appelé aussi cancérologue, est un médecin spécialiste dans le domaine de la cancérologie, il se concentre sur l'étude, les diagnostics et les traitements apportés au malade.

#### **Oncologie :**

L'oncologie est un service qui prend en charge toutes les maladies cancéreuses, afin de bénéficier le malade d'une prise en charge, notamment diagnostiquer et traiter la maladie à l'aide de chirurgie, radiothérapie et de chimiothérapie pour une éventuelle guérison.

### **Vécu psychologique :**

Dans notre recherche on s'intéresse au vécu psychologique du médecin en oncologie, de ce fait le vécu psychologique est l'état émotionnel dans lequel le soignant se trouve lorsqu'il exerce son travail. Lors de son exercice il rencontre des situations pénibles notamment la perte, les récives, le contexte du travail stressant...etc. amenant ainsi le soignant à éventuelle une souffrance. Pour mieux le cibler on va l'opérationnaliser, à l'aide de deux indicateurs : l'empathie et le burnout.

### **Empathie :**

Dans le domaine médical, l'empathie est cette capacité de ressentir les émotions, la détresse, la souffrance et la douleur du malade et réussir à représenter ses états mentaux, ce qui facilite par la suite l'interaction médecin malade, qui est indispensable pour une meilleure prise en charge. Pour mesurer l'empathie des médecins en oncologie, on a opté pour le QCAE, ce questionnaire permet d'évaluer deux composantes, l'empathie affective et l'empathie cognitive.

**L'empathie affective :** c'est une réaction émotionnelle en réponse à la perception de l'émotion d'autrui qui veut dire répondre à l'émotion de l'autre par la même émotion. Par exemple, une personne manifesterait de l'empathie envers une autre, si elle ressentait de la peine en la voyant pleurer.

**L'empathie cognitive :** implique la compréhension à la fois du monde émotif et du monde intellectuel de l'autre. Il s'agit donc de comprendre l'émotion vécue par une personne sans pour autant réagir avec la même émotion.

### **Burnout :**

Le burnout représente un épuisement émotionnel et physique, une déshumanisation de la relation avec le patient, et une baisse du sentiment d'accomplissement de soi au travail, il touche les personnes engagées dans une profession de relation d'aide. Nous avons retenu le MBI pour mesurer le burnout des médecins en oncologie. Cette échelle évalue trois dimensions, L'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation, l'accomplissement personnel.

**L'épuisement émotionnel :** se définit comme le sentiment d'être envahi ou épuisé par son travail, une attitude négative et une rupture par rapport aux collègues, désinvestissement psychologique, repli sur soi, le sujet va ressentir une fatigue affective au travail, une sensation d'avoir atteint son seuil de saturation émotionnelle et n'est plus capable de recevoir une émotion nouvelle.

**Dépersonnalisation :** qui se manifeste par des sentiments d'insensibilité et des réponses impersonnelles aux patients, ce deuxième critère est marqué par un détachement, une sécheresse relationnelle, et la personne malade n'est plus considérée comme un être en souffrance mais plutôt comme un objet.

**L'accomplissement personnel :** traduit par des sentiments d'incompétence et d'inefficacité au travail accompagné par une baisse de l'estime de soi, s'exprime par un sentiment de ne pas être efficace, de ne plus savoir aider les gens, d'être frustré dans son travail, en un mot de ne plus faire du bon travail



# **Partie pratique**

## *Chapitre III*

# **La méthodologie de recherche**

**Préambule**

Dans toutes disciplines, tout travail d'investigation nécessite une méthodologie, dans le but d'énoncer et d'expliquer le déroulement d'une étude et illustrer toutes les méthodes et outils que le chercheur a utilisé sur le terrain de recherche. De même à travers ce chapitre s'intitulant « *la méthodologie de recherche* » nous allons présenter l'aspect qu'a pris notre travail de recherche.

Après préambule, nous exposerons d'abord, les limites de la recherche, en suite nous définirons la méthode utilisée, en plus de la présentation du lieu et le groupe de notre recherche, nous mettrons aussi en valeur les outils de recherche qu'on a employés et leurs analyses. Enfin nous évoquerons le déroulement de l'enquête, l'attitude du chercheur ainsi que les difficultés de la recherche.

**1) Les limites de la recherche**

- Limite spécial : la recherche s'est déroulée à l'EPH d'Amizour
- Limite temporelle : du 05 mars 2018 au 05 mai 2018
- Limite du groupe : l'étude s'est portée sur six médecins incluant quatre oncologues et deux généralistes exerçant au service d'oncologie
- Outils de recherche : entretien de recherche, questionnaire d'empathie QCAE et l'échelle du burnout (MBI)
- Approche : TCC

**2) Méthode utilisée dans la recherche**

Nous avons opté pour la méthode clinique car, c'est une méthode qui va nous emmener à comprendre, à observer la conduite de nos sujets de recherche et surtout à les étudier de manière singulière.

La méthode clinique envisage la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec une situation donnée. Chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits. Elle a pour objet, l'étude approfondie de cas individuels. Elle répond donc aux exigences de référence à la singularité des individus, de prise en compte de la totalité des situations (Benony & Chahraoui, 2003, p.11)

La méthode clinique utilise l'entretien, les tests, les échelles d'évaluation, le dessin, le jeu et l'observation pour développer l'étude de cas unique. Cette étude de cas est la méthode la plus utilisée en pratique clinique et vise non seulement à donner une description d'une personne, de sa situation et de ses problèmes, mais elle cherche aussi à en éclairer l'origine et le développement, l'anamnèse ayant pour objet de repérer les causes et la genèse de ces problèmes. Il s'agit pour le psychologue, de comprendre une personne dans sa propre langue, dans son propre univers et en référence à son histoire indépendamment des aspects de diagnostic. Ce qui favorise le contact affectif, l'expression émotionnelle, la clarification de la demande et du problème, l'émergence de relations entre les faits, les événements passés et présents etc. (Benony & Chahraoui, 2003, pp.11-12).

Nous avons donc choisi l'étude de cas car c'est une méthode qui nous permettra d'observer, de comprendre, de décrire et d'analyser le vécu

psychologique des médecins travaillant au service d'oncologie, en tenant compte ainsi de leur vécu psychologique dans l'exercice de leur métier.

L'étude de cas se compose de deux temps, le recueil des informations et leur mise en forme et ceci en plaçant au centre la singularité des personnes. De ce fait selon Claude Revault d'Allones, l'étude de cas « *vise à dégager la logique d'une histoire de vie singulière au prise avec des situations complexes nécessitant des lectures a différent niveau, et mettant en œuvre des outils conceptuels adoptés. De ce fait elle n'est plus essentiellement référée à l'anamnèse et au diagnostic et se dégage des contraintes d'une psychologie médicale toute en restant clinique et psychologique »*. (Fernandez & Pedinelli, 2015, p.58)

L'étude de cas n'a pas pour objectif de prouver ou de démontrer, mais en revanche, par la complexité du sujet, a pour but d'élaborer des hypothèses étiologiques sur la nature, les causes, les développements d'un trouble. Partant de ce principe, cette étude sert à élargir les connaissances concernant un individu donné, elle permet aussi de regrouper un grand nombre de donnée à l'aide de méthodes différentes (entretien, tests projectifs, questionnaires, échelles clinique, témoignage de proche). Et ceci dans le but de comprendre au mieux le sujet de manière globale en se basant sur lui-même, son histoire et son contexte de vie. Il s'agit donc de mettre en lumière les logiques de l'histoire d'un individu pour comprendre de manière dynamique ce qui conduit à telle ou telle difficulté de vie importante. (Benony & Charhraoui, 2003)

Ainsi l'étude de cas peut faire l'objet d'une synthèse des éléments recueillis grâce aux outils traditionnels qu'utilise le psychologue dans sa pratique dite « *armée »*. C'est pourquoi la méthode de cas est appropriée pour étudier de façon approfondie des situations cliniques isolées, rares, qu'aucune méthode statistique ne peut permettre d'appréhender. (Marty, 2013, pp.53-54)

Ainsi nous avons retenu comme méthode de recherche la méthode clinique et l'étude de cas ainsi qu'une démarche qualitative afin d'explorer au mieux la qualité du vécu psychologique notamment la nature de l'empathie et le degré du burnout.

### **3) Présentation du lieu de recherche**

Notre enquête a été réalisée au sein de l'hôpital d'Amizour à Bejaia nommé « *Hopital Benmerad El Mekki* ». Selon le journal officiel de la république Algérienne n°33 et le décret présidentiel n°07-173 du 04 juin 2007, du ministre de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, le service oncologie a été créé suite à la nouvelle carte sanitaire mise en application en 2007. La date d'ouverture de l'hôpital remonte à 1992. Il est situé à 24 km au sud du chef-lieu de la wilaya de Bejaia, sa capacité d'accueil est de 200 lits techniques.

L'hôpital est composé d'un plateau technique, comprenant : un pavillon des urgences médico-chirurgicales, un bloc opératoire, un service d'imagerie médicale, un service de laboratoire d'analyse médicale, une pharmacie, une banque de sang et enfin un bureau des entrées et un service d'hospitalisation qui comprend : un service de chirurgie générale, gynécologie obstétrique, médecine interne, pédiatrie, urgences médico-chirurgicales et enfin le service d'oncologie là où notre enquête a été menée.

La création du service d'oncologie au sein de cet hôpital, revient à une idée née lors d'une réunion du conseil médical le 14 janvier 2003, ainsi le service d'oncologie a été inauguré le 27 janvier 2007 par le ministre de la santé. Il comprend quatre oncologues généralistes ainsi que 13 infirmiers paramédicaux, un coordinateur des activités paramédicales et un cadre assistant, un agent de service pour l'hygiène et un agent archiviste.

Le service est composé d'un bureau des admissions, un bureau appartenant au cadre assistant, un bureau pour la psychologue, une salle d'attente, une salle d'archive ainsi d'une unité où tout le travail se déroule, cette unité est aménagée en neuf chambre comptant 36 lits, une salle de préparation des protocoles de chimiothérapie, un bureau pour l'ensemble des médecins, une salle de soin, une cuisine, une douche, les sanitaires, enfin une chambre de garde pour les infirmiers qui font la garde.

#### **4) Groupe de recherche**

Notre travail de recherche a été effectué auprès des médecins travaillant au service d'oncologie de l'hôpital d'Amizour parmi ces médecins quatre d'entre eux sont des spécialistes oncologues et deux sont généralistes.

##### **Critère de sélection :**

Pour notre travail d'exploration, nous avons retenu certains critères importants notamment la nécessité que notre groupe de recherche soient des oncologues et des médecins généralistes travaillant au service d'oncologie car le but de cette recherche est d'étudier la nature du vécu psychologique des médecins en oncologie. En suite nos sujets de recherche doivent exercer dans un service spécialisé d'oncologie et être en interaction avec des cancéreux.

Dans notre recherche nous n'avons pas sélectionné le reste de l'équipe médicale (infirmiers, assistants médicaux...etc.) ainsi que les autres médecins travaillant dans d'autres services car on souhaite avoir un groupe homogène et explorer le vécu psychologique des médecins exerçant en oncologie, on n'a pas aussi pris en considération l'âge, le sexe, le niveau socio-économique et la langue car notre groupe de recherche est déjà restreint vu le nombre minime d'oncologues exerçant à Bejaia.

Dans ce qui suit nous allons illustrer et définir dans un tableau les caractéristiques de notre groupe de recherche : leur âge, leur situation matrimoniale, nombre d'enfants et le nombre d'année d'exercice et de pratique de ce métier

**Tableau n°1 : présentation des sujets de recherche**

Informations Prénom	Age	Situation matrimoniale	Nombre d'année d'expérience
<b>Habiba</b>	39ans	Mariée	12ans
<b>Bader</b>	40ans	Marié	10ans
<b>Salima</b>	42ans	Mariée	10ans
<b>Djamila</b>	28ans	Marié	4ans
<b>Latifa</b>	28ans	Célibataire	2ans
<b>Zahra</b>	36ans	Célibataire	4ans

**Remarque :**

(Afin de respecter l'anonymat et le secret professionnel dans notre recherche, nous avons évidemment changés les prénoms de ces médecins pour l'éthique de la recherche, donc les prénoms que nous avons utilisés ce ne sont pas les véritables).

A partir de ce tableau ci-dessus nous constatons que notre groupe de recherche est constitué de cinq femmes dont deux sont mariées et deux sont



célibataires et un seul homme marié dont l'âge varie de 28 à 39 ans, trois parmi eux ont plus de dix ans d'expériences et les trois autres ont moins de cinq ans d'expériences.

## **5) Outils de recherche**

Dans ce qui suit, nous abordons les outils que nous avons utilisés pour effectuer notre travail de recherche. Nous avons commencé par l'entretien de recherche car celui-ci permet d'avoir un premier contact avec nos sujets de recherche et d'installer une relation de confiance et avoir un aperçu de la qualité du vécu psychologique des médecins travaillant en oncologie à savoir le niveau de l'empathie et le degré du burnout.

Ainsi nous présenterons le questionnaire d'empathie (QCAE) que nous avons fait passer à nos sujets de recherche afin de mesurer le niveau de leur empathie. Enfin nous présenterons l'échelle du burnout (MBI) qui nous a permis de mesurer le degré du burnout de nos sujets de recherche.

### **5.1) l'entretien de recherche :**

Nous avons donc adopté l'entretien de recherche qui comme technique d'enquête est né de la nécessité d'établir un rapport suffisamment égalitaire entre l'enquêteur et l'enquêté pour que ce dernier ne se sente pas comme dans un interrogatoire, contraint de donner des informations. (Blachet & Gotman, 2007, p.7)

L'entretien clinique de recherche est un outil à la fois de recherche et de production d'information (blanchet, 1985). Il s'agit d'un «*dispositif par lequel une personne A favorise la production d'un discours d'une personne B pour obtenir des informations inscrites dans la biographie de B*» (Benony & Chahraoui, 1999, p.64)

L'entretien clinique de recherche produit des informations exprimées directement par le sujet et des informations observées attentivement, ainsi l'observation clinique attentive est un fondement de la méthode clinique. Dans le cadre de la recherche clinique, l'observation est le fait de prêter attention à l'autre car elle permet d'appréhender les signes, les messages verbaux et non verbaux, des associations, des indices transférentiels. Dans ce cadre, la clinique est générale, il s'agit d'une narration reconstruite qui ne rend pas compte de l'expérience telle qu'elle s'est réellement déroulée, dans le détail, et à partir de laquelle on peut essayer de dégager un modèle de compréhension. (Ciccone, 1998)

Les entretiens cliniques de recherche s'inscrivent, de ce fait dans le cadre des entretiens cliniques d'investigation. En effet, leur but étant de produire de la connaissance, ils sont de façon structurelle incompatibles avec un quelconque dispositif psychothérapeutique. (Proia-Lelouey, 2012, p.59)

Il existe cependant, trois différents types d'entretien de recherche : l'entretien directif, l'entretien non directif et l'entretien semi-directif, notre choix s'est porté sur ce dernier qui permet de poser des questions semi-directives bien précises.

Dans ce type d'entretien, le chercheur dispose d'un guide d'entretien, il a en tête quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lesquels il se propose de mener son investigation. Une fois sa question posée le chercheur s'efface pour laisser le sujet s'exprimer. L'aspect spontané des associations du sujet est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où c'est le chercheur qui cadre le discours mais ce dernier adopte tout de même une attitude non directive : il n'interrompt pas le sujet, le laisse associer librement mais seulement sur le thème proposé. (Benony & Charhaoui 2013, p.16)

Par ailleurs, l'entretien clinique semi-directif est constitué d'un support de plusieurs questions, sur un thème précis, préparées par le chercheur, intitulé « *guide d'entretien* », qui permet de guider le chercheur dans son entretien avec le sujet.

Selon Jean Piaget le guide d'entretien est « *un premier travail de traduction des hypothèses de recherche en indicateurs concrets et reformulation de questions de recherche en questions d'enquête* » (Piaget, cité par Blanchet & Gotman, 2007, p.58). Le guide d'entretien comprend des axes thématiques à traiter, le chercheur prépare quelques questions à l'avance, celles-ci ne sont pas proposées de manière directive, il s'agit d'avantage de thèmes à aborder que le chercheur connaît bien (Benony & Chahraoui, 1999)

De ce fait nous avons élaboré un guide d'entretien de 37 questions en tout (pour l'ensemble des questions voir annexe n°1). Trois questions portent sur : « *les informations générales sur le sujet* » qui ont pour objectif de rapporter des informations sur la biographie du sujet.

Le premier axe étant : « *informations sur la profession du médecin* » composé de six questions, a pour objectif de récolter et d'apporter des informations sur le parcours des médecins travaillant en oncologie et les étapes par lesquelles ils sont passés pour arriver à leur poste respectif.

Le deuxième axe est intitulé : « *informations sur l'empathie* » composé de quatorze questions, ayant pour but de repérer la présence ou non d'empathie et l'intensité de cette dernière.

Le troisième axe s'intitule : « *informations sur le burnout* » contient treize questions, l'objectif de cet axe est de repérer si il y'a présence ou non des signes ou d'indices d'épuisement professionnel et mettre en lumière le contexte de travail c'est-à-dire les conditions et le déroulement du travail. On a clôturé avec

la question « *avez-vous quelque chose à rajouter ?* » elle donne la possibilité au sujet d'aborder un point qu'on n'a pas spécialement intégré dans le guide et qui semble important pour lui.

Nous avons fait une analyse qualitative, une lecture clinique des données de l'entretien, car la recherche en sciences humaines et sociales curieuse des expériences humaines et des interactions sociales se conduit tout naturellement de manière qualitative (Paillé, 2006, p.5) une lecture clinique suppose une analyse et une interprétation qui est une attribution de sens, le sens étant à son tour un contexte de compréhension, celle-ci venant à l'existence lorsque des liens entre les choses ou les événements deviennent visibles ou familiers ou prévisibles ou logiques, la compréhension est donc une construction symbolique qui fait sens dans la mesure où elle répond à un certain nombre de conditions de vérité (Paillé, 2006, p.101)

Ainsi la méthodologie qualitative se caractérise par le recours à des approches, c'est pourquoi nous avons analysé et interprété les données en nous basant sur la théorie adoptée, les TCC. Nous avons repris l'intitulé des axes et rapporter à l'intérieur le récit du sujet, nous avons accompagné cela d'une lecture clinique avec une terminologie cognitivo-comportementale.

En conclusion l'objectif de toutes les questions de notre guide d'entretien est de percevoir le vécu psychologique des médecins exerçant en oncologie. Par ce fait, on ne s'est pas seulement contentée de notre guide d'entretien semi-directif mais aussi du questionnaire d'empathie (QCAE) et l'échelle pour mesurer le burnout(MBI) que nous allons présenter dans ce qui suit.

### **5.2) la description du questionnaire d'empathie le QCAE**

Il existe de nombreuses échelles mesurant l'empathie d'un individu, cependant notre choix se tourne vers le questionnaire QCAE car cet outil est

plus pertinent et répond à l'objectif de notre recherche qui est d'évaluer à la fois l'empathie cognitive et l'empathie affective. Il est conçu en 2010 par Renier et son équipe.

Le QCAE est un auto-questionnaire composé de 31 items, dont quatre sont inversés (i), c'est un outil permettant d'évaluer l'empathie cognitive et l'empathie affective. Se cotant sur une échelle de Likert de quatre niveaux (parfaitement d'accord, assez d'accord, pas vraiment d'accord, pas du tout d'accord) se calculant de 1 à 4 qui correspond respectivement à pas du tout d'accord et parfaitement d'accord, et se calculant de 4 à 1 pour les items inversés. L'examen attentif de l'échelle a permis de faire émerger cinq composantes latentes de l'empathie présentées comme suit :

**Cotation**

Contagion émotionnelle (emotional contagion) correspondant au ressenti automatique des sentiments de l'autre. Elle corrèle avec les items (8.9.13.14 avec un sous-score allant de 4 à 16)

La réactivité proximale (proximal responsivity) qui est l'aspect réactionnel du comportement empathique, c'est-à-dire la réponse émotionnelle d'un sujet lorsqu'il est témoin de l'humeur d'autrui, dans un contexte social proche qu'il le touche. Se retrouve dans les items (7.10.12.23 avec un sous-score allant de 4 à 16)

La réactivité périphérique (peripheral responsivity) correspondant à la réactivité proximale mais dans un contexte social distant. Se trouve dans les items (2(i).11.17(i).29(i) donnant un sous-score allant de 4 à 16)

La prise de perspective (perspective taking) qui correspond à la tendance spontanée à se mettre à la place d'autrui. Illustrée par les items (15.16.19.20.21.22.24.25.26.27) donnant un sous-score allant de 10 à 40)

La simulation en ligne (online simulation) qui correspond à la tentative de se projeter dans la position d'autrui en imaginant ce que cette personne peut ressentir. Correspond aux items (1(i).3..4.5.6.18.28.30.31) donnant un sous-score allant de 9 à 36)

### L'interprétation

L'empathie affective est évaluée grâce aux trois premières composantes : la contagion émotionnelle, la réactivité proximale et la réactivité périphérique. Le score global de l'empathie affective varie donc entre 12 à 48. Plus le score est élevé est plus le participant se perçoit comme ayant une empathie affective importante.

L'empathie cognitive est évaluée avec les deux dernières composantes : la prise de perspective et la simulation en ligne. Le score global de l'empathie cognitive peut aller de 19 à 79. Plus le score est élevé plus l'empathie est importante.

Le QCAE se présente sous forme d'un tableau coupé en deux parties, la première partie correspond à la colonne gauche comprenant les différents items du QCAE au nombre de 31. La deuxième partie comprend quatre colonnes à droite qui contiennent les fréquences (parfaitement d'accord, assez d'accord, pas vraiment d'accord, pas du tout d'accord). A l'extérieur du tableau au-dessus se trouve la **consigne** formulée de la manière suivante : *«Les personnes éprouvent des sentiments différents selon les situations. Dans ce qui suit, plusieurs traits de caractère vous seront présentés qui pourront plus ou moins vous correspondre. Lisez chacune de ces caractéristiques et indiquez à quel point vous êtes en*

*accord ou en désaccord avec la proposition en cochant la case correspondante* ». (Bardou, 2015 ; Belaube, 2016)

Cet outil correspond au but de notre recherche car il permet de mesurer l'empathie des médecins en oncologie et de nous donner un résultat sur le niveau de leur empathie ainsi répondre à notre hypothèse qui stipule que le niveau d'empathie des médecins travaillant en oncologie est important.

### 5.3) la description de l'échelle du burnout (MBI)

Après de longues lectures, nous avons choisi d'utiliser l'échelle du (MBI) qui est spécialement établie pour mesurer le degré du burnout des professionnels de la santé atteints de ce syndrome. Les premières études sur le MBI ont été publiées en 1996 par Susan Jackson, Michael Leiter et Christina Maslach.

Cet outil de mesure se compose de 22 items, il est formé de trois sous échelles qui présentent les trois dimensions du syndrome de burnout qui sont :

L'épuisement émotionnel de 9 items, la dépersonnalisation de 5 items, le manque de l'accomplissement personnel de 8 items. Chaque item représente une facette de l'évaluation que le sujet peut faire de son travail.

L'inventaire MBI se présente sous la forme d'un tableau à deux colonnes et d'un entête. La colonne gauche comprend les différents items de l'MBI, qui sont au nombre de 22. La colonne de droite comprends les fréquences notamment (jamais, quelques fois par année au moins, une fois par mois au moins, quelques fois par mois, quelques fois par semaine, chaque jour), elle contient des chiffres allant de 0 à 6 (de jamais à chaque fois). A l'entête de la colonne gauche est citée la **consigne** de la manière suivante : *«Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item. Entourer le chiffre correspondant à votre réponse »*

### Cotation

Les 22 items de l'échelle décrivent des états émotionnels répartis sur trois volets correspondant aux trois dimensions du syndrome du burnout à savoir :

-volet 1 : l'épuisement émotionnel qui est évalué à l'aide de 9 items (1.2.3.6.8.13.14.16.20) le degré de burnout concernant ce volet se cote de la manière suivante :

Total inférieur à 17 = bas

Total compris entre 18 et 29 = modéré

Total supérieur à 30 = élevé

-volet 2 : la dépersonnalisation, elle est évaluée à l'aide de 5 items (5.10.11.15.22) le degré de burnout concernant ce volet se cote de la manière suivante :

Total inférieur à 5 = bas

Total compris entre 6 à 11 = modéré

Total supérieur à 12 = élevé

-volet 3 : le manque de l'accomplissement personnel évalué à l'aide de 8 items (4.7.9.12.17.18.19.21), le degré de burnout concernant ce dernier volet se cote de la façon suivante :

Total supérieur à 40 = bas

Total compris entre 34 et 39 = modéré

Total inférieur à 33 = élevé



**L'interprétation**

Le degré du burnout est élevé lorsque, le score de l'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation sont élevés et le score de l'accomplissement personnel est faible, à savoir un total supérieur à 30 pour l'épuisement émotionnel, un total supérieur à 12 pour la dépersonnalisation et un total supérieur à 33 pour l'accomplissement personnel.

Un degré modéré du burnout indique un score modéré au trois sous échelles soit un total compris entre 18 à 29 pour l'épuisement émotionnel, un total compris entre 6 à 11 pour la dépersonnalisation et un total compris entre 34 à 39 pour l'accomplissement personnel.

Un degré bas du burnout indique un score bas à l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation et un score élevé de l'accomplissement personnel c'est-à-dire un total inférieur à 17 pour l'accomplissement personnel, un total inférieur à 5 pour la dépersonnalisation et un total supérieur à 40 pour l'accomplissement personnel. (Grawitz, 2001)

Cet outil correspond très bien à notre recherche car il permet de mesurer le burnout et ainsi donner un résultat répondant à notre hypothèse partielle du degré du burnout des médecins travaillant en oncologie qui est modéré.

**6) Le déroulement de la recherche****6.1) la préenquête**

La préenquête est une étape très importante dans la recherche. Elle consiste à essayer sur un échantillon réduit les instruments prévus pour effectuer l'enquête. Si on a des doutes sur telle ou telle variable, ou sur le rendement de telle ou telle technique, on peut explorer de façon limitée le problème à étudier, avant même de préciser définitivement ses objectifs. (Grawitz, 2001, p.550)

Elle permet de collecter des données sur le thème de recherche, d'établir le premier contact avec la population d'étude afin de sélectionner les plus pertinents et ceux qui répondent aux critères et aux bases du thème de recherche. (Angers, 2005)

Dans ce cadre, nous avons réalisé notre pré enquête a l'EPH d'Amizour de Bejaia, qui a débuté le 5 mars 2018. Néanmoins, quelques mois avant, au mois de novembre, nous nous sommes rendues à l'EPH pour découvrir les lieux, connaître le service d'oncologie, s'assurer de la disponibilité des cas et évidemment avoir le consentement des sujets intéressés, ainsi décider du maintien ou non de notre thème de recherche et par la même occasion les informer de notre objectif et du fait que notre stage pratique, en raison de notre thème de recherche, devra se faire dans ce même service d'oncologie. Une fois sur place nous n'avons malheureusement pas pu être en contact avec les médecins en raison de la charge de travail.

Néanmoins nous avons été accueillis chaleureusement par monsieur Tenkhi Hanafi le coordinateur des activités paramédicales.

Après nous être présentées étudiantes en Master 2 psychologie clinique, nous lui avons fait part de l'objet de notre visite. Après avoir pris connaissance, il a été coopératif et a trouvé notre thème intéressant. Il nous a ainsi fourni quelques informations sur le nombre de médecin, leurs horaires de travail et la difficulté de leurs disponibilités car ils n'ont aucun moment de répit, cependant monsieur Tenkhi a pris la peine de nous conseiller et a déclaré qu'on pouvait entamer quand on le souhaite.

Après avoir eu l'accord de pratiquer notre stage durant deux mois à raison de deux fois par semaine, de la part du chef de service et le directeur de l'EPH, notre préenquête a donc débuté. Comme nous l'avons déclaré ci-dessus le 5

mars. À 10h du matin on était présente sur les lieux, à ce moment-là nos sujets de recherche, qui sont les médecins, étaient occupés avec les malades. On a donc patienté dans le bureau des admissions où nous avons été très bien accueillies par la demoiselle y travaillant, ainsi que l'assistant médical dit monsieur Taouchat. Ils nous ont aménagé un espace afin de travailler sur notre mémoire en attendant la disponibilité de nos cas.

A 14 h, on a pu parler aux médecins avec la bonne présence de monsieur Taouchat et monsieur Tenkhi qui nous ont présenté en tant que stagiaires en Master 2. On a ensuite pris la parole. On leur a fait part de notre objectif, ils ont été très enthousiastes et très contents. Deux oncologues ont même exprimé leur désir de commencer au plus vite car ils avaient beaucoup à dire et à partager. L'un d'eux nous a fait part de sa fatigue physique, moral et la tristesse qu'il ressent lors de la perte d'un malade avec une très forte émotion, d'où notre choix d'abandonner la variable stratégie de coping retenu au début et de la substituer par le burnout.

Un médecin généraliste a refusé de participer ne voulant pas faire partie d'une recherche. On a évidemment respecté sa décision. Ce qui nous a le plus marqué c'est la solidarité existante entre les médecins, ils sont en collaboration étroite, chaque patient pris en charge il est étudié avec soin et précision.

Après avoir accompli notre préenquête, nous avons pu préciser les informations nécessaires sur nos sujets de recherche et nous nous sommes assurées que ce service est valable, pour effectuer au mieux notre enquête dans le but de confirmer ou d'infirmer les hypothèses qui sont déjà lancées au début.

## 6.2) l'enquête

L'élément fondamental de la méthode de recherche qui est l'enquête, est que le phénomène étudié se produit naturellement, il n'est ni construit ni contrôlé. La méthode de l'enquête définit l'ensemble de la procédure de recherche qui va des modèles théoriques jusqu'à l'analyse et l'interprétation des données. (Chanchat, 1995, p.12)

L'enquête est l'ensemble des opérations par lesquelles les hypothèses vont être soumises à l'épreuve des faits, et qui doit permettre de répondre à l'objectif qu'on s'est fixé (Blanchet & Gotman, 2014, p.35)

Ainsi, notre enquête s'est bien déroulée à l'EPH d'Amizour du 12 mars 2018 au 5 mai 2018 à raison de deux fois par semaine. A la rencontre de nos sujets tous étaient coopératifs, très occupés, mais ont tout de même trouvé un temps pour nous. On leur a expliqué que tout ce qu'ils nous diront restera confidentiel et que c'est seulement dans le but d'une recherche. La consigne était la suivante : *« nous avons ici un ensemble de questions qui nous permettront de connaître davantage sur vous, on aimerait bien que vous répondiez en toute spontanéité, et si une question vous déplaît ou que vous la trouviez indiscrète, vous avez toute la liberté de refuser d'y répondre »*

En premier, nous avons fait passer le guide d'entretien à un seul cas, les autres sujets étaient débordés ou très fatigués pour se concentrer. Nous avons donc commencé avec Mlle Latifa qui nous a proposé d'aller dans le bureau des consultations. L'entretien a duré 20 minutes, elle semblait très à l'aise et ouverte. Elle a fait une remarque sur la longueur du guide d'entretien mais a rajouté que ce n'était pas grave.

La séance d'après, nous avons fait passer le guide d'entretien à quatre cas d'une manière individuelle, le cinquième à ce moment-là était en congé de deux

semaines. Nous avons débuté avec Mlle Zahra, l'entretien a duré 15mn, elle a été coopérative, mais a un moment elle a trouvé que les questions ne parlent que de ressenti. On lui a expliqué qu'il y'a un but précis derrière chaque question et si certaines lui déplaisent, elle a toute latitude de refuser d'y répondre. Elle a exprimé qu'elle nous comprenait et que ça ne la dérangeait pas de répondre. On a ainsi continué notre entretien.

On a ensuite enchainé 5 minutes plus tard avec Mme Djamila, l'entretien a duré 20 mn, elle était un peu fatiguée mais coopérative et souriante. Puis directement avec Mme Salima, l'entretien a duré 20 mn, elle était aussi coopérative. Après 20 minute de pose et que tout le monde soit parti, nous nous sommes entretenus avec madame Habiba, qui a fait part de son impatience de commencer, elle était très enthousiaste et très heureuse de participer à cette recherche, l'entretien a duré 45 mn. Les quatre entretiens se sont déroulés dans le bureau des médecins.

Une fois notre dernier cas revenu de son congé, on a fait passer le guide d'entretien à Mr Bader dans le bureau des consultations. Il a duré 20 minutes, il a été très coopératif et prenait son temps pour répondre avec soin à chaque question posée.

Les entretiens se sont déroulés en langue française, par moment les sujets répondaient en langue arabe et kabyle. Par contre, nos questions ont été posées en langue française et ont été bien assimilées et comprises, on n'a pas eu recours à une traduction. Afin de récolter toutes les informations transmises par nos sujets, nous avons eu recours à la prise de notes sur un bloc note.

Concernant nos deux autres outils de recherche notamment le questionnaire d'empathie le QCAE et l'échelle du burnout MBI, on les a remis juste après les entretiens en mains propres à nos sujets, on les a récupéré rempli la semaine

d'après évidemment après s'être assuré de la possibilité de ne pas faire passer nous même les échelles, auprès de notre encadreur, faute de l'indisponibilité de nos sujets et leur charge de travail.

### **7) Attitude du chercheur**

La posture du chercheur, est caractérisée principalement par la réflexivité sur sa propre attitude, sur celle de son ou ses interlocuteurs, sur la théorie, la prise en compte des effets suscités par les instruments utilisés, sur les données recueillies et sur les personnes qui les produisent. Elle consiste aussi dans la prise en compte de la situation et de la signification des protocoles et des dispositifs de recherche dans la culture dans laquelle se situent les pratiques de recherche (Giarni, 2009, p.33)

Ainsi, le chercheur doit faire preuve de neutralité et d'objectivité, c'est pourquoi, on a adopté une attitude de neutralité, on a ni cherché à proposer des réponses ni à les influencer, notre intervention était que dans le cas où on devait expliquer certains points incompris ou pour relancer le sujet, on a été dans l'écoute attentive du discours, aussi dans le respect des moments de silence qu'on devait savoir gérer.

### **8) Difficultés de la recherche**

Comme dans toute recherche, il est évident qu'un chercheur se trouve face à certaines difficultés, c'était notre cas notamment, dans la longueur de l'entretien et le questionnaire d'empathie QCAE selon nos sujets de recherche, ainsi que la charge de travail des médecins qui était un inconvénient par rapport à leur disponibilité.

### Synthèse

Nous avons consacré ce chapitre à la méthodologie qui est primordiale pour tout travail de recherche. Il nous a ainsi permis de voir combien la méthode clinique, l'étude de cas et les outils choisis sont indiqués à la réalisation de notre recherche, pour arriver à des résultats qu'on peut analyser puis interpréter et vérifier par la suite nos hypothèses.

Dans le chapitre qui suit nous allons présenter et analyser les cas puis discuter les hypothèses.

## *Chapitre IV*

# **Présentation, analyse et discussion des hypothèses**



### **Préambule**

Après préambule, nous allons dans ce chapitre, présenter et analyser les résultats que nous avons obtenus dans l'entretien de recherche, dans le QCAE et l'échelle MBI, pour pouvoir ensuite discuter et vérifier nos hypothèses.

### **I) présentation et analyse des résultats**

#### **Cas 1) : Mme Habiba**

##### **1) présentation et analyse des données de l'entretien de recherche semi-directif :**

Après nous être présenté à Mme Habiba qui était très coopérative, enthousiaste, on a pu lui poser les questions de notre guide d'entretien et récolter des informations en vue de vérifier nos hypothèses.

L'entretien de Mme Habiba s'est déroulé l'après-midi, elle avait l'air fatiguée mais très souriante et était impatiente de faire part de son ressenti. Alors Mme Habiba est mariée, maman de deux enfants, âgée de 39 ans.

##### **Axe 1) informations sur la profession du médecin**

Au moment de notre rencontre, Mme Habiba était à sa troisième semaine dans le service d'oncologie de Bejaia, cependant, elle a pratiqué dans d'autres établissements, comme elle nous l'a confirmé : *«j'ai travaillé dans une université, un EPSP et deux ans et demi à l'EPH de Bechar en tant qu'oncologue »*. Elle affirme qu'elle a 12 ans d'expérience, quatre ans en tant que généraliste dont une année à Alger et trois ans à Bejaia. Mais évidemment avant d'en arriver à ce stade, elle a fait comme nous l'avons vu dans notre partie théorique sept ans d'études universitaires. Pour accéder au statut d'oncologue, Mme Habiba a passé son résidanat qui a duré quatre ans à Bechar.

## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

Mme Habiba est une femme active et qui aime apprendre, qui se laisse voir dans la réponse à la question, avez-vous suivi d'autre formation en dehors de votre cursus ? Elle a répondu par : *«oui, j'ai fait du secourisme, du sport, j'ai fait pas mal de choses, j'aime découvrir »*, elle a rajouté qu'elle a choisi par elle-même cette profession : *«oui j'ai choisi moi-même, je connais un peu de tout, mais pas oncologie, un ami me l'a conseillé et j'avais aussi des cas dans la famille »*.

### **Axe 2) informations sur l'empathie**

*« Les décès, je les supporte mal, c'est très difficile, je fais le deuil comme un membre de la famille »* voici la réponse de Mme Habiba concernant la chose la plus difficile dans l'exercice de son métier. Nous avons remarqué que les pertes affectent Mme Habiba. Elle a confirmé, encore une fois quand nous lui avons demandé de décrire une situation où elle a ressenti de forte émotions, en répondant avec tristesse, après un moment de silence : *« les décès toujours »* Effectivement comme nous l'avons vu dans notre partie théorique, les personnes atteintes d'une maladie grave telle que le cancer et qui sont en fin de vie font face à de nombreux bouleversements. Leur accompagnement éveille forcément beaucoup d'émotions chez les soignants, notamment le sentiment d'échec, tristesse...etc. Ces pertes sont par conséquent très mal vécues par les médecins. (Mazzocato, 2009).

Cependant on a remarqué une certaine assurance chez Mme Habiba, malgré l'attachement qu'elle peut avoir pour ses patients, elle fait un travail sur elle-même afin de ne pas être submergée par ses émotions et par conséquent manquer à sa tâche. Comme nous l'avons vu dans notre partie théorique un niveau d'empathie affective important des médecins engendrait des difficultés de se détacher des problèmes des soignés et seraient de fait plus exposés à l'influence négative de l'activité de soin. En d'autre terme une trop grande

## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

implication personnelle du médecin risque de le rendre momentanément moins performante. (Phaneuf, 2013). Ainsi Mme Habiba reste toujours forte et fait de son mieux pour toujours remonter le moral et relativiser la situation de ses malades et leur famille lorsqu'ils sont effondrés, elle répond donc à la question concernant son ressenti lors de l'annonce du diagnostic par : *«oh la la, très très difficile, on essaye de déclarer les choses telles qu'elles sont, sans paniquer »* et à la question concernant son ressenti lorsqu'elle aperçoit la douleur physique et psychique des patients et de leur famille par : *«on essaye d'être fort, c'est notre rôle, d'ailleurs c'est très important d'expliquer, de gérer le stress familial, car c'est eux qui le sont parfois »*.

On constate donc, dans le discours de notre sujet, des indices révélant une présence empathique. Comme on l'a déjà vu dans la théorie, l'empathie c'est ressentir le monde intérieur de l'autre avec la signification qu'il a pour lui, le ressentir comme s'il était son monde à soi, sans jamais perdre la qualité de *« comme si »* (Formarier, 2007). Dans ce sens après avoir demandé à Mme Habiba si ça lui arrivait de se mettre à la place de ses patients, elle a vite répondu : *«oui, sur tout, quand il y'a un âge approximatif, on se met à sa place, imaginer être lui, comment je ferai ? »*. Mme Habiba accorde beaucoup d'importance au langage corporel de ses patients ceci en déclarant : *«oui c'est important, car ce n'est pas facile d'exprimer, donc on le fait par un geste une larme, on le sait, on ressent »*. Effectivement c'est important de donner une considération au langage corporel, tantôt en écoutant les dires, tantôt en observant la manière de le dire, car lorsque le langage ne suffit pas pour s'exprimer, le corps prend la relève, le discours verbal peut véhiculer et transmettre une communication que le discours non verbal vient contredire. (Cicccone, 1998).

## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

Mme Habiba est convaincue que l'état émotionnel et la bienveillance du médecin peuvent contribuer à une meilleure qualité des soins proposés aux patients en répondant avec certitude ainsi : *« je suis convaincue, car j'ai constaté en exerçant. Quand j'ai quitté Bechar il y'a beaucoup de malade qui ont baissés les bras ils sont malheureusement décédés »* comme nous l'avons vu dans notre partie théorique, les malades qui ressentent une attitude positive et un véritable intérêt de la part de leur médecin suivent beaucoup mieux ses recommandations, d'ailleurs une enquête menée en Corée auprès de 550 patients a mis en évidence que l'observance augmente sensiblement lorsque les patients perçoivent de l'empathie chez le médecin, qu'ils peuvent échanger des informations, qu'ils lui font confiance et le considèrent comme un partenaire. (Lecomte, 2011)

En lui demandant son ressenti lors du rétablissement d'un patient Mme Habiba a déclaré en toute joie et sourire en tapant des mains : *« c'est une énorme joie et une grande satisfaction »*. Son souhait est la guérison de ses malades et une meilleure vie, en cas de métastase, essayer de prolonger sa survie avec une qualité de vie meilleure.

### **Axe 3) informations sur le burnout :**

Mme Habiba travaille cinq jours sur sept de 8h30 jusqu'à 14h, 15h. Elle juge que ce n'est pas évident de gérer par rapport au taux du cancer qui ne cesse d'augmenter, mais elle déclare qu'elle fait de son mieux afin de réussir son travail. Madame Habiba répond à nos questions en faisant toujours référence et une comparaison à son ancien lieu de travail qui était à Bechar. Comme quand on lui a demandé si elle subissait une pression de l'administration ainsi que les malades et leur famille, elle a répondu : *« pour l'administration non, par contre à Bechar si beaucoup, concernant les patients et leur famille oui sur tout que le médecin n'a pas une bonne image, ils mettent en doute, ils essayent de*

## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

*comprendre, au lieu de nous concentrer sur notre travail, on se concentre sur ce qu'ils pensent* ». On a remarqué une certaine déception chez elle du fait qu'on ait d'après ses dires une mauvaise image des médecins. Ainsi comme on l'a vu dans la théorie le vécu des médecins et souvent marginalisé, et ils subissent énormément de pression, et par moment se retrouvent dans un environnement de travail dégradé ce qui peut être facteur de burnout (Sebaoun, 2017). Ce que madame Habiba a confirmé lorsqu'on lui a demandé, s'ils disposaient des moyens nécessaires pour la pratique de leur métier, elle a répondu : *«oui ici ça va, j'ai vécu pire à Bechar, c'était autre chose vraiment, une énorme pression. Alors quand mes collègues se plaignent je leur dis rakoum f rehmet rebi* »(vous êtes dans la miséricorde de Dieu).

Le manque d'effectif comme nous l'avons vu dans notre partie théorique peut poser problème au médecin tel est le cas de Madame Habiba, elle déclare : *« c'est une souffrance vraiment, il y'a un monde fou et pas assez de place et d'effectif* ». Ainsi cette pression subi par notre sujet a eu des répercussions sur son sommeil, elle a du mal à s'endormir car en lui posant la question sur la qualité de son sommeil elle a répondu : *« je suis insomniaque, oui, oui* », qui d'après notre théorie, est un signe de burnout. Elle rajoute qu'étant à Bechar, elle était sous tranquilisant, qui est aussi signe de burnout (Zawieja & Cuarnièri, 2015) .Elle a déclaré, qu'il fallait qu'elle s'éloigne et qu'elle prenne ses distances avec le milieu du travail pour reprendre ses forces, grâce au soutien de son mari, elle a pu avancer et reprendre petit à petit *« oui, a Bechar j'étais sous tranquilisant* », *« bon, a part mon mari, personne ne me comprend, il a fait médecine lui aussi* ». Elle a appris à développer ses propres stratégies afin de faire face et éliminer toute la charge qu'elle subit, notamment la pratique du sport, comme par exemple la marche qui l'aide beaucoup lorsqu'elle la pratique.

## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

Parmi les autres difficultés rencontrées au service d'oncologie, les ruptures de certains médicaments, Mme Habiba a exprimé : *«oui, c'est un véritable problème. Quand le malade commence, il a besoin au moins de six cures, alors en cas de rupture on est amené a changé de traitement et c'est très difficile ».*

Concernant ses relations avec ses collègues, elle a déclaré que c'est tout le monde qui est sympathique. D'après elle ce genre de relation réduit vraiment le stress et la charge à laquelle ils font face. Mais malheureusement pas assez car comme on l'a vu dans notre partie théorique une charge très importante peut avoir des conséquences sur la qualité des soins offerts aux malades, ce qui peut donner prise à un mal-être qui deviendrait à la longue nuisible sur le plan émotionnel. De ce mal-être imprudemment géré, il pourrait découler une fatigue physique et émotive qui peut ainsi provoquer l'épuisement professionnel (Phaneuf, 2013). On a remarqué une certaine déception dans le regard de Mme Habiba lorsqu'on abordé ce point, elle a répondu : *« oui, malheureusement (moment de silence), on est tellement dépassé que des fois on les voit plus, malheureusement »*, elle a ainsi qualifié son état moral et physique de bon, contrairement que lorsqu'elle exerçait a Bechar où c'était une dégradation totale.

Après avoir posé toutes nos questions, on a demandé à Mme Habiba si elle avait quelque chose à rajouter, elle a fait part de son envie de prise en charge psychologique des médecins, pour ne pas sombrer, car lors de son exercice à Bechar Mme Habiba, devait gérer à la fois, les pertes des malades, le manque de moyen, la pression venant de la part de l'administration mais aussi de la part des malades et leur famille. Malheureusement s'en était beaucoup pour elle et par conséquent elle a sombré dans une dépression qui a duré 5 mois .elle a dit : *«j'aimerais bien qu'on nous prenne en charge car a Bechar j'ai fait une dépression de 5 mois, j'ai pas pu, mais là ça va mieux, il y'a une bonne ambiance, à Bechar il n'y avait pas de moyens, une population très difficile,*

## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

*l'administration pire »* cependant Mme Habiba nous a assuré que son état s'est amélioré car dans le service actuel où elle travail, il y'a une bonne ambiance, elle a plus de moyens, la population est vraiment différente. Elle a terminé en nous racontant que : *« la dernière fois j'ai ris ! J'étais très contente ça fait longtemps que je ne me suis pas sentie aussi légère, défoulée et sans aucune pression pesante sur mes épaules »*

Mme Habiba a terminé en nous remerciant de lui avoir permis de s'exprimer et de s'extérioriser, et que quelqu'un s'intéresse enfin à leur vécu et leur souffrances, et on l'a remercié à notre tour d'avoir accepté de participer à cette recherche et d'avoir été coopérative et spontanée tout le long de l'entretien.

### **Synthèse de l'entretien de recherche de Mme Habiba**

D'après les données recueillies à travers cet entretien, Mme Habiba semble présenter des indicateurs significatifs d'un vécu psychologique plus ou moins mauvais. En se basant d'abord, sur la forte présence d'empathie et de la souffrance qu'elle ressent à l'égard de ses malades, sur tout lors d'une perte, chose qu'elle considère comme la plus difficile dans l'exercice de ce métier. Ensuite, sur la mauvaise expérience qu'elle a vécu à Bechar où on a pu remarquer certains indices de fatigue physique et émotionnel notamment les troubles du sommeil, la prise d'un tranquillisant, sa dépression, ainsi tout le contexte de travail auquel elle faisait face notamment la charge du travail et le manque de moyen à son service. Cependant son état s'est amélioré depuis son affectation au service de Bejaia car les conditions étaient contraire à celle de Bechar ce qui a aidé Mme Habiba à développer des stratégies importantes, telle que le sport et la marche, qui l'aide à décompresser et à décharger toute la pression, afin de faire face et d'exercer au mieux son travail.

## Chapitre IV Présentation, analyse et discussion des hypothèses

### 2) présentation et analyse du QCAE :

Tableau n° 2 : résultat de Mme Habiba obtenu dans le QCAE

Composante de l'empathie	score	Score d'empathie affective et cognitive	Niveau d'empathie affective	Niveau d'empathie cognitive
Contagion émotionnelle	11	34	Important	important
Réactivation proximale	14			
Réactivation périphérique	9			
Prise de perspective	37	68		
La simulation en ligne	31			

Le tableau ci-dessus représente les résultats du questionnaire d'empathie QCAE de Mme Habiba, par ces résultats, on constate un niveau d'empathie affective important, avec un score de 34 et un niveau d'empathie cognitive important avec un score de 68.

Ainsi, pour les trois composantes mesurant l'empathie affective madame Habiba obtient un sous-score de 11 à la composante contagion émotionnelle, qui se laisse voir dans les items (8.9.13.14). Elle a répondu par « *assez d'accord* » à trois items et d'après ses réponses, on constate que Mme Habiba ressent automatiquement les émotions et les sentiments de l'autre. Notamment à l'item 8 « *j'ai tendance à devenir nerveux (se) quand les autres autour de moi me*



## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

*semblent être nerveux*», le 9 «*Les gens avec lesquels je suis ont une forte influence sur mon humeur* » et le 13 «*Je suis heureux (se) quand je suis avec un groupe enjoué et triste quand les autres sont moroses*». Toutefois, malgré l'importance qu'elle accorde aux autres et à leur ressenti, elle reste tout de même prudente, en ne se laissant pas submerger par ses émotions et les émotions que l'autre provoque en elle et ceci on le voit à sa réponse «*Pas vraiment d'accord*» à l'item 14 «*Cela me soucie quand d'autres sont soucieux ou paniqués* ». Ainsi d'après les résultats de cette composante, on déduit que Mme Habiba a un niveau de contagion émotionnelle important.

Concernant la deuxième composante de l'empathie affective, la réactivation proximale, Mme Habiba a obtenu un sous-score de 14, se trouvant dans les items (7.10.12.23). On remarque d'après ses réponses, qu'elle s'implique, s'investit et réagit avec émotion au ressenti et aux émotions de son entourage et son environnement social, ainsi elle répond par «*parfaitement d'accord*» à l'item 7 «*je suis souvent impliqué émotionnellement avec les problèmes de mes amis* ». Et répond par «*assez d'accord*» aux items 10 et 12, «*cela m'affecte beaucoup quand un de mes amis paraît contrarié*», «*je suis très contrarié (e) quand je vois quelqu'un pleurer* ».

Par contre lorsque celle-ci est loin de son contexte social, qui représente la troisième composante qui est la réactivation périphérique, Mme Habiba reste plus aux moins détachée, en obtenant un sous-score de 9 se trouvant dans les items (2(i).11.17(i).29(i) ), qui se voit à ses différentes réponses notamment aux items 2(i) et 29(i), où elle répond par «*assez d'accord*», qui sont «*d'habitude je garde mon objectivité quand je regarde un film ou quand je joue, et je ne me laisse pas entraîner complètement dedans* », «*je suis habituellement détaché(e) émotionnellement quand je regarde un film* ». Et en répondant par «*pas vraiment d'accord*» aux items 11 et 17 (i) qui sont «*je deviens profondément*

## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

*impliqué (e) par les sentiments d'un personnage de film de théâtre ou de roman » « il m'est difficile de voir pourquoi certaines choses préoccupent autant les gens ».* On constate ainsi que Mme Habiba est attachée et a une forte présence empathique lorsque ça concerne un contexte social proche et réel et non fictif et imaginaire. Ainsi d'après les résultats de Mme Habiba, elle présente un niveau important de réactivation proximale et un niveau modérée de réactivation périphérique.

Pour les composantes concernant l'empathie cognitive Mme Habiba a la première composante, qui est la prise en perspective un sous-score de 37 se trouvant dans les items (15.16.19.20.21.22.24.25.26.27), en répondant par « *parfaitement d'accord* » aux items 15, 16, 19, 20, 21, 22, 24, 26 « *je peux facilement dire si quelqu'un veut engager la conversation* », « *je me rends compte rapidement quand quelqu'un dans un groupe se sent mal à l'aise ou gêné* », « *je me rends compte quand je dérange même si la personne ne me le dis pas* ». Et par « *assez d'accord* » aux items 19, 25, 27 « *je sais bien prédire comment va se sentir une personne* », « *j'arrive facilement à savoir de quoi une personne voudrait parler* », « *je sais bien prédire ce qu'une autre personne va faire* » on constate ainsi par ses réponses que Mme Habiba possède cette capacité à se mettre à la place de l'autre et détecte rapidement et facilement leurs émotions, qui lui permet ainsi de prévoir l'attitude et les sentiments d'autrui ainsi, elle présente un niveau important dans la prise en perspective.

A la deuxième composante de l'empathie cognitive, qui est la stimulation en linge, Mme Habiba obtient un sous-score de 31, se trouvant dans les items (1(i).3.4.5.6.18.28.30.31), en répondant par « *parfaitement d'accord* » aux items 3, 4, 5, 28, 30 « *en cas de désaccord j'essaie d'adopter le point de vue de chacun avant de prendre une décision* », « *parfois j'essaie de mieux comprendre mes amis en imaginant les choses de leur point de vue* », « *je suis généralement*

## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

*bien évaluer le point de vue d'une autre personne, même si je ne suis pas d'accord avec » et a répondu par « assez d'accord » aux items 1(i), 6, 31 « parfois je trouve difficile de voir les choses du point de vu d'une autre personne », « avant de critiquer quelqu'un, j'essaie d'imaginer ce que je ressentirais si j'étais à sa place ». On comprend par ses réponses, que Mme Habiba dispose d'une capacité de se projeter à la place d'autrui en imaginant ce que cette personne peut ressentir.*

### **Synthèse du questionnaire QCAE de Mme Habiba**

Notre cas présente une empathie affective et cognitive importante, cela est bien clair à partir des résultats obtenu au questionnaire QCAE. Par ce fait, on conclut que Mme Habiba a cette capacité à se mettre à la place de l'autre, et tente de se projeter dans les différentes situations et position d'autrui en imaginant ce que cette personne peut ressentir cependant, elle reste toujours prudente et essaye de ne pas se laisser submerger par ses émotions afin de ne jamais perdre son objectif qui est de comprendre au mieux le ressenti l'émotion de l'autre.

### **3) présentation et analyse de l'échelle MBI :**

**Tableau n°3 : résultat de Mme Habiba obtenu dans le MBI**

Dimension du burnout	score	Degré de Chaque dimension	Score moyen d'épuisement	Degré du burnout
Epuisement émotionnel	20	modéré	22	Bas
dépersonnalisation	3	Bas		
Accomplissement personnel	43	bas		

## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

Le tableau ci-dessus, représente les résultats de l'échelle du MBI de Mme Habiba, d'après ces résultats on remarque que, Mme Habiba manifeste un degré bas du burnout avec un score moyen de 22.

On constate que notre cas présente un degré d'épuisement émotionnel modéré avec un score de 20, un degré de dépersonnalisation bas avec un score de 3 et un degré d'accomplissement personnel bas avec un score de 43.

Dans la dimension d'épuisement émotionnel, Mme Habiba obtient un degré modéré, cette dimension se laisse à voir dans les items (1.2.3.6.8.13.14.16.20). plus on répond par « *une fois par mois au moins* », « *quelque fois par mois* », « *une fois par semaine* », « *quelque fois par semaine* », « *chaque jour* » et plus le degré du burnout s'élève, cependant notre cas a une seule fois répondu « *une fois par semaine* » à l'item 1 et 2 « *je me sens à bout à la fin de ma journée de travail* » et a répondu quatre fois « *quelque fois par mois* » aux item (3.6.8.14) et « *une fois par mois au moins* » au 16ème item qui est « *travailler contact direct avec les gens me stresse trop* » ce qui nous rapproche de la modération, l'interprétation de cette dimension indique que Mme Habiba présente une légère fatigue émotionnelle ainsi un degré de burnout modéré.

Dans la deuxième dimension de dépersonnalisation, Mme Habiba présente un degré de burnout bas, qui se laisse voir dans les items (5.10.11.15.22) elle répond par « *jamais* » presque à tous les items, comme à l'item 5 « *je sens que je m'occupe de certain malade de façon interpersonnelle comme ils étaient des objets* » Mme Habiba accorde beaucoup d'importance aux émotions de ses patients ainsi qu'à leurs douleurs, et laisse ces derniers s'exprimer. Ainsi à l'item 10 « *je suis devenue plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail* » elle a répondu par « *jamais* ». Pour Mme Habiba la bienveillance du médecin est capitale pour la bonne qualité des soins proposés aux patients. Elle sent néanmoins une certaine culpabilité et un certain acharnement de la part de ses

## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

malades en répondant par « *quelques fois par mois* » à l’item 22. L’analyse de ces résultats indique un burnout bas concernant la dépersonnalisation.

Dans la dimension d’accomplissement personnel, Mme Habiba obtient un degré de burnout bas, qui se laisse voir dans les items (4.7.9.12.17.18.19.21). Plus le sujet répond par « *chaque jour* » et « *quelques fois par semaine* » et plus l’accomplissement personnel s’élève et plus le burnout est bas. Tel est le cas de Mme Habiba, elle a répondu par « *chaque jour* » aux différents items (4.9.19) qui laisse montrer que notre sujet a un sentiment de sécurité concernant ses réalisations professionnelles et d’apporter énormément à ses malades comme dans l’item 9 « *j’ai l’impression à travers mon travail d’avoir une influence positive sur les gens* » elle a ainsi répondu au restant des items (7.12.17.18.21) par « *quelques fois par semaine* » on constate par ces réponses un calme émotionnel, une fluidité dans ses échanges et une présence professionnelle efficace la plus part du temps. L’interprétation et l’analyse de ses réponses indiquent que Mme Habiba présente un degré de burnout bas concernant l’accomplissement personnel.

### **Synthèse de l’échelle MBI de Mme Habiba**

En conclusion, notre cas présente un épuisement professionnel bas, cela est bien clair à partir des résultats obtenus dans l’échelle MBI qui indiquent une légère fatigue émotionnelle mais toute fois elle arrive à garder de bonne relation avec ses patients et ses collègues, elle présente une confiance en elle ainsi qu’à la qualité des soins qu’elle donne à ses malades, de ce fait notre cas présente un sentiment de sécurité concernant ses réalisations professionnelles.

### **Synthèse générale du cas**

En se référant aux résultats obtenus dans l’entretien clinique, Mme Habiba

## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

Présente un vécu psychologique plus ou moins mauvais de par les pertes auxquelles elle fait face ainsi qu'à sa très mauvaise expérience vécu lors de son exercice a Bechar notamment sa dépression.

Dans le questionnaire QCAE, Mme Habiba a obtenu un niveau important d'empathie, avec un score de 34 d'empathie affective qui est représentée par la contagion émotionnelle avec un sous-score de 11, la réactivation proximale avec un sous-score de 14 enfin la réactivation périphérique avec un sous-score de 9. Et a obtenu un score important d'empathie cognitive qui est représenté par la prise en perspective avec un sous-score de 37 et la simulation en ligne avec un sous-score de 31. Mme Habiba obtient un degré bas de burnout, avec degré modéré d'épuisement émotionnel avec un score de 20, un degré bas de dépersonnalisation avec un score de 3 et enfin un degré bas d'accomplissement personnel avec un score de 43. On déduit donc, que Mme Habiba a une forte empathie à l'égard de ses malades et un burnout bas, ce qui est bénéfique pour eux. Car en percevant cette empathie, le malade coopère et répond mieux aux traitements, Mme Habiba est ainsi capable de contrôler ses propres émotions et veille à ne pas se laisser submerger et cela afin de donner une meilleure qualité de soin et ceci, suscite en elle une confiance et un sentiment de bien faire, chose qui l'encourage à toujours donner le meilleur d'elle-même.

### **Cas 2) : Mr Bader**

#### **1) présentation et analyse des données de l'entretien de recherche semi-directif :**

Mr Bader, est âgé de 40 ans, marié papa de jumelles, l'entretien de Mr Bader s'est déroulé l'après-midi, il était un peu dépassé par son travail, mais nous a tout de même réservé un moment et a été très coopératif et impatient de

## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

commencer. On a pu ainsi lui poser toutes les questions de notre guide d'entretien et récolter des informations afin de vérifier nos hypothèses.

### **Axe 1) informations sur la profession du médecin**

Pour devenir oncologue, Mr Bader a passé son concours de résidanat en 2008. Avant ça, il a suivi un cursus universitaire qui a duré 9 ans, car il a refait sa première et sa deuxième année. Il a rapporté en riant : *«j'ai refait ma première et ma deuxième année, 3labalkoum kifach m3a les nouveaux bacheliers f la fac et tout »* (vous savez comment ça se passe pour les nouveaux bacheliers, à la fac et tout). Il n'a suivi aucune autre formation en dehors de son cursus universitaire, devenir oncologue était son propre choix car pour lui : *« oui, parce que l'oncologie est une spécialité d'avenir »* Mr Bader est oncologue depuis dix ans, a exercé cinq années à Alger à l'hôpital Pierre & Marie Curie et cinq autres années au niveau de son service actuel c'est-à-dire à l'EPH d'Amizour à Béjaïa.

### **Axe 2) informations sur l'empathie**

Lorsqu'on on a demandé à Mr Bader la chose la plus difficile dans l'exercice de son travail, il a répondu : *«l'annonce du diagnostic, et surtout l'annonce de l'arrêt du traitement, c'est vraiment très difficile »* Comme on l'a vu dans notre partie théorique l'annonce du diagnostic en cancérologie représente une très lourde responsabilité et constitue un exercice des plus complexes pour les médecins. Face à l'annonce, les médecins se heurtent à trois paradoxes ayant trait, à l'illusion de la toute-puissance médicale, à la question de la vérité, et au devoir d'annoncer et de soulager la souffrance (Desauw, 2014). Mr Bader accorde beaucoup d'importance au ressenti de ses patients, il a raconté qu' : *«une fois le papa ou le beau papa d'une patiente, déjà houwa c'est un patient, il a commencé a pleuré, ça m'a tellement touché, en plus c'est des vieux*

## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

*qui pleurent* » (déjà lui-même c'est un patient). Parmi les craintes de Mr Bader lors de la prise en charge d'un malade, le fait de proposer le mauvais traitement ou un traitement pas assez efficace pour la maladie en question.

Mr Bader ressent une grande tristesse lorsqu'il est face à un patient effondré. Cependant, comme on l'a vu dans notre partie théorique il ne se laisse pas submerger et met souvent en place des stratégies notamment l'humour. Certaines études ont démontré l'impact positif de l'humour face à l'inconfort d'une situation et lors de situation de crise, ainsi Dixon affirme que l'humour est une stratégie d'adaptation et permet de diminuer la perception stressante d'une situation (Meyer & Maillard, 2015) Mr Bader, fait recours à l'humour afin d'aider le malade à mieux supporter sa douleur physique et psychique à la fois, et de lui faire oublier pour un laps de temps la raison de sa venue, il nous a ainsi dit : *« je leur remonte le moral, j'apporte un soutien, des fois je fais des blagues »* ou encore *« je ris souvent, je blague avec eux »* ainsi c'est sa manière à lui d'aider son patient et en même temps faire face à ce genre de situation.

Ce qui amène comme on l'a vu dans notre théorie à créer une bonne relation entre lui et ses malades, ainsi créer un climat de confiance de complicité, chose qui est très importante pour Mr Bader. Cette relation aidera les malades à mieux exprimer leurs douleurs, souffrances (Boissier, 2012), et des fois même à aborder des sujets qui les préoccupent autres que leur maladie. Comme nous l'a confirmé Mr Bader lorsqu'on lui a demandé, si les malades se confiaient à lui à part la maladie, il a répondu : *« oui, très souvent, pas tous, mais ils racontent »*.

Lorsqu'on a demandé à Mr Bader si ça lui arrivait de se mettre à la place de ses patients il a répondu : *« oui, par rapport à la maladie elle-même, le retentissement socio-professionnel, la souffrance qu'il endure pendant l'annonce jusqu'à la fin, je le dis souvent qu'il faut se mettre à leur place pour*



## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

*ressentir* ». On s'aperçoit alors que Mr Bader fait preuve d'une empathie importante à l'égard de ses malades, ressent ainsi une grande tristesse lors de leur perte et les vit à certain moment comme un échec de sa part. On lui a demandé ce qu'il ressent lorsqu'un malade guérit de sa maladie, il répond : « *lferha tameqrante, comme vous dites, vous* » (c'est la plus grande joie), ainsi Mr Bader souhaite toujours respecter le délai de la prise en charge et être performant pour soigner le plus efficacement possible ses malades.

### **Axe 3) information sur le burnout**

Mr Bader travail cinq fois par semaine de 9h jusqu'à 14, 15h. Ils ont des journées spéciales chimiothérapie et des journées de consultation et de réception de nouveau cas. Mr Bader accueille les nouveau cas même en dehors des journées de consultation pour entamer le plus rapidement possible sa prise en charge dans le sens, qu'il ait le moins d'espacement possible entre le diagnostic et la premier séance de chimiothérapie. Ainsi comme on l'a vu dans notre partie théorique, le manque d'effectif l'oblige à redoubler plus d'effort en disant : « *j'ai travaillé seul un moment entre service, consultation et la prise en charge, c'est pourquoi je suis K-O, j'ai perdu six kilos* » par conséquent en lui demandant si cette charge avait un impact sur la qualité de son sommeil, il a répondu : « *oui, j'ai des ruptures de sommeil* » cependant, il trouve que les conditions se sont améliorées surtout avec la venue de ses collègues avec lesquels il a une très bonne relation.

Mr Bader estime que son environnement familial et amical ne l'aide pas, mais au contraire il en rajoute une pression, en disant : « *il n'aide pas, il rajoute une pression, ma femme me conseil de sortir ou d'éteindre mon téléphone* ». Pour gérer cette pression, il fait recours à certaines substances, particulièrement le tabac et la caféine. Comme on l'a vu dans notre théorie, parmi les éventuels signe d'épuisement c'est le fait qu'un grand nombre de médecins aient recours a

## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

certaines substances afin de gérer au mieux leur souffrance et la pression à laquelle ils font face (Tavares, 2011). Il trouve que par moment cette pression peut avoir un impact sur la qualité des soins offerts au malade en disant : « *malheureusement, parfois oui, je dirais plus au moins, diminuer la dose, se tromper, passer à côté de certains prélèvements, des fois on oublie l'évaluation* ». Ainsi Mr Bader se sent abattu, surtout ces derniers temps, selon ses dires il se sent éreinté moralement et physiquement.

En lui demandant si il avait quelque chose à rajouter il a déclaré : « *le problème, c'est le seul service au niveau de Bejaia, automatiquement il y'a une pression énorme, l'incidence augmente, on n'arrive pas à satisfaire tout le monde, c'est dû au manque d'effectif, il faut faire des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) comme ça on est obligé de créer un réseau clandestin* ». On constate ainsi que Mr Bader subit une énorme pression et ceci est dû au manque d'effectif, au nombre de malades qui ne cesse d'augmenter, ainsi qu'à la structure inadéquate dans laquelle il travaille et le manque des RCP. Il a terminé en nous remerciant de nous intéresser aux médecins et en s'excusant du retard qu'il a eu, nous l'avons remercié à notre tour du fait, qu'il trouve un moment pour nous malgré la surcharge à laquelle il a fait face à ce moment-là.

### **Synthèse de l'entretien clinique de Mr Bader**

D'après les données recueillies à travers cet entretien, Mr Bader présente des indicateurs significatifs d'un vécu psychologique plus ou moins bon. En se basant d'abord, sur la forte présence d'empathie et l'intérêt que porte notre sujet pour ses patients et son ardeur de toujours soutenir et aider le malade pour lui procurer les meilleurs soins possibles, cette attachement provoque par conséquent de la tristesse et un sentiment d'échec lorsque celui-ci s'éteint. Ensuite, sur le fait qu'il se sente éreinté physiquement et moralement du à la surcharge du travail, au manque d'effectif et enfin, son inquiétude du au taux augmentant du

## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

cancer et le manque de place qui se fait de plus en plus ressentir. Cependant il a cette capacité à surmonter et faire face, grâce à son aptitude à garder une distance émotionnelle entre lui et le patient, et au fait qu'il réussisse à mettre en place des stratégies, telle que l'humour.

### **2) Présentation et analyse du QCAE :**

**Tableau n° 4 : résultat de Mr Bader obtenu dans le QCAE**

Composante de l'empathie	score	Score d'empathie affective et cognitive	Niveau d'empathie affective	Niveau d'empathie cognitive
Contagion émotionnelle	10	32	Important	important
Réactivation proximale	15			
Réactivation périphérique	7			
Prise de perspective	32	60		
La simulation en ligne	28			

Le tableau ci-dessus représente les résultats du questionnaire d'empathie QCAE de Mr Bader, par ces résultats, on constate un niveau important d'empathie affective, avec un score de 32 et un niveau important d'empathie cognitive avec un score de 60.

A la première composante de l'empathie affective, Mr Bader obtient un sous-score de 10, suite aux réponses des items 8, 9, 13 14, de la composante

## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

contagion émotionnelle, on constate que monsieur Bader accorde beaucoup d'importance aux ressentis des autres se soucie et ressent leurs mal être, qui se laisse voir dans la réponse « *assez d'accord* » a l'item 9 « *Les gens avec lesquels je suis ont une forte influence sur mon humeur* » et a la réponse « *parfaitement d'accord* » a l'item 14 « *Cela me soucie quand d'autres sont soucieux ou paniqués* ». Cependant, il ne s'identifie pas et ne se laisse pas influencé par les émotions négatives des autres, dans le but de mieux comprendre l'autre et garder contrôle sur ses propres sentiments, qu'on a constaté d'après ses réponses « *pas vraiment d'accord* » à l'item 8 « *j'ai tendance à devenir nerveux (se) quand les autres autour de moi me semblent être nerveux* », et « *pas du tout d'accord* » a l'item 13 « *Je suis heureux (se) quand je suis avec un groupe enjoué et triste quand les autres sont moroses* ». Ainsi d'après les résultats de cette composante on déduit que Mr Bader à un niveau de contagion émotionnelle plus aux moins important.

Concernant la deuxième composante de l'empathie affective, qui est la réactivation proximale, Mr Bader a obtenu un sous- score de 15 se trouvant dans les items 7, 10, 12, 23. Il répond par « *assez d'accord* » a l'item 7 « *je suis souvent impliqué émotionnellement avec les problèmes de mes amis* » et répond par « *parfaitement d'accord* » aux items 10, 12, 23 « *cela m'affecte beaucoup quand un de mes amis paraît contrarié* », « *je suis très contrarié (e) quand je vois quelqu'un pleurer* », « *les amis me parlent de leurs problèmes car ils disent que je suis compréhensif (ve)* ». Et d'après ces réponses, on remarque que monsieur Bader est impliqué émotionnellement et réagi avec émotions aux ressenti et aux émotions de son contexte social proche et son environnement. En vue des résultats de cette composante, Mr Bader à un niveau important de réactivation proximale.

## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

Par contre dans la troisième composante qui est la réactivation périphérique, Mr Bader reste plus aux moins détaché en obtenant un sous-score de 7 se trouvant dans les items 2(i).11.17(i).19(i). Qui représente un sous-score plus aux moins modéré, qu'on a constaté dans ses différentes réponses notamment aux items 2(i) et 29(i), ou il a répondu par «*assez d'accord*» qui sont «*d'habitude je garde mon objectivité quand je regarde un film ou quand je joue, et je ne me laisse pas entrainer complètement dedans*», «*je suis habituellement détaché (e) émotionnellement quand je regarde un film*» et en répondant par «*pas vraiment d'accord*» à l'item 11 «*je deviens profondément impliqué (e) par les sentiments d'un personnage de film de théâtre ou de roman*» à «*parfaitement d'accord*» à l'item 17(i) «*il m'est difficile de voir pourquoi certaines choses préoccupent autant les gens*». On constate ainsi que Mr Bader est plus en moins détaché émotionnellement, lorsque il est dans un contexte social distant, c'est-à-dire lorsque l'imaginaire et le fictif sont impliqués. D'après les résultats obtenus de Mr Bader, on constate qu'il présente un niveau modéré de réactivation périphérique.

A propos des composantes de l'empathie cognitive, à la première qui est la prise en perspective, Mr Bader obtient un score de 32 se trouvant dans les items 15, 16, 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27. en répondant par «*parfaitement d'accord*» aux items 15,16 et 20, «*je peux facilement dire si quelqu'un veut engager la conversation*», «*je me rend compte rapidement si quelqu'un dit une chose mais veut en dire une autre*», «*je me rends compte rapidement quand quelqu'un dans un groupe se sent mal à l'aise ou gêné*» on constate par la que Mr Bader, fait preuve d'une empathie à l'égard des autres, et a cette capacité de repérer facilement les différentes émotions des personnes avec lesquelles il est en interaction, c'est ce qui lui permet de prédire leur ressenti et les mettre ainsi en confiance. Ainsi il a répondu par «*assez d'accord*» aux items 19, 21, 22, 24, 25, 26 «*je sais bien prédire comment va se sentir une personne*», «*les autres*

## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

*me disent que je sais bien comprendre ce qu'il ressent ou ce qu'il pense » « je me rends compte que je dérange même si l'autre personne ne me le dit pas », « j'arrive facilement à savoir de quoi une personne voudrait parler » « je peux dire si quelqu'un masque ses vraies émotions » et enfin par « pas vraiment d'accord » à l'item 27 « je sais bien prédire ce qu'une autre personne va faire ». Par ces résultats, on déduit que Mr Bader, présente un niveau important dans la prise en perspective.*

Concernant la deuxième composante de l'empathie cognitive, qui est la stimulation en ligne, Mr Bader décroche un sous-score de 28 qui se voit dans les items 1(i), 3, 4, 5, 6, 18, 28, 30, 31. En répondant par «*parfaitement d'accord* » aux items 3 et 4 «*en cas de désaccord j'essaie d'adopter le point de vue de chacun avant de prendre une décision* », «*parfois j'essaie de mieux comprendre mes amis en imaginant les choses de leur point de vue* » et répond par «*assez d'accord* » aux items 5.6.18.30.31, «*avant de critiquer quelqu'un, j'essaie d'imaginer ce que je ressentirais si j'étais à sa place* », «*Je trouve qu'il m'est facile de me mettre à la place d'une autre personne* », répond par «*pas vraiment d'accord* » pour les items 1(i) et 28 «*parfois je trouve difficile de voir les choses du point de vu d'une autre personne* » «*je sais généralement bien évaluer le point de vue d'une autre personne, même si je ne suis pas d'accord avec elle* ». on constate ainsi que Mr Bader a cette faculté mentale et cognitive de s'identifier et comprendre l'autre. Ainsi d'après ces résultats, Mr Bader à un niveau de stimulation en linge important.

### **Synthèse du questionnaire QCAE de Mr Bader**

Notre cas présente un niveau d'empathie affective et cognitive important, cela est très apparent dans les résultats obtenu au questionnaire QCAE. Par ce fait on conclut que Mr Bader dispose de cette capacité de se mettre à la place de l'autre, incluant une compréhension de ses sentiments et de ses émotions, avec

## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

une grande implication émotionnelle de sa part, lorsqu'il est en interaction avec une personne exprimant toutes émotions ou ressenti.

### **3) Présentation et analyse de l'échelle MBI :**

**Tableau n°5 : résultat de Mr Bader obtenu dans le MBI**

Dimension du burnout	Score	Degré de chaque dimension	Score moyen d'épuisement	Degré du burnout
Epuisement émotionnel	22	modéré	21	Bas
dépersonnalisation	0	bas		
Accomplissement personnel	43	bas		

Le tableau ci-dessus, représente les résultats de l'échelle du MBI de Mr Bader, d'après ces résultats on remarque que, Mr Bader manifeste un degré bas du burnout avec un score moyen de 21

On constate que notre cas présente un degré d'épuisement émotionnel modéré avec un score de 22, un degré de dépersonnalisation bas avec un score de 0 et un degré d'accomplissement personnel bas avec un score de 43

Dans la dimension d'épuisement émotionnel, Mr Bader obtient un degré modéré, cette dimension se laisse à voir dans les items 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20. Il a répondu une seule fois « *une fois par semaine* » à l'item 2 qui est « *je me sens à bout à la fin de ma journée de travail* » on constate ainsi un signe d'un manque d'énergie et de force au travail, Et a répondu une fois par « *quelque fois par mois* » à la question 16 qui est « *travailler au contact directe avec les gens* »

## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

*me stress trop* ». Et une seule fois par « *jamais* » a l'item 14 « *je sens que je travaille trop dur dans mon travail* ». Ainsi l'interprétation de ces réponses, que Mr Bader présente une légère fatigue émotionnelle ainsi un degré de burnout modéré.

Dans la deuxième dimension de dépersonnalisation, Mr bader présente un degré de burnout bas, qui se laisse à voir dans les items (5.10.11.15.22) il répond par « *jamais* » a tous les items, comme à l'item 15 « *je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades* », « *je suis devenue plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail* ». Mr Bader accorde énormément d'importance au ressenti de ses malades, une fois cette importance perçue par eu, elle contribue pour une meilleure prise en charge. En s'impliquant émotionnellement vis-à-vis ses patients, l'analyse de ces résultats indique alors un burnout bas en ce qui concerne la dépersonnalisation.

Dans la dimension d'accomplissement personnel, Mr Bader obtient un degré de burnout bas, qui se laisse voir dans les items (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21. Mr Bader, a répondu par « *chaque jour* » a la plus part des items (4, 7, 9, 17, 19, 21 qui nous révèle que, notre sujet ressent une certaine assurance et une sérénité à propos de ses compétences et ses efforts professionnels et d'apporter des réponses efficaces devant ses malades. Comme le justifie l'item 19 « *j'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail* » il a ainsi répondu à l'item 18 « *je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades* » par « *quelques fois par semaine* » par là on constate que Mr Bader manifeste de la bonne humeur et se met à la disposition de ses malades, une fluidité dans ses échanges et une présence professionnel efficace la plus part du temps. L'interprétation et l'analyse de ses réponses indiquent que Mr Bader présente un degré de burnout bas concernant l'accomplissement personnel.



## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

### **Synthèse de l'échelle MBI de Mr Bader**

En conclusion, notre cas présente un épuisement professionnel bas, cela est bien clair à partir des résultats obtenus dans l'échelle MBI. Mr Bader arrive à maintenir une bonne relation de confiance et une meilleure qualité des soins prodigués aux patients, malgré la présence d'un léger épuisement émotionnel, notre cas à un sentiment de sécurité et d'assurance concernant ses réalisations professionnelles.

### **Synthèse générale du cas**

En se basant sur les résultats obtenus dans l'entretien clinique, Mr Bader présente un vécu psychologique plus ou moins bon, en premier lieu de par une éventuelle souffrance psychologique engendrée par le sentiment d'échec et d'impuissance face un patient effondré ou en fin de vie. En deuxième lieu de par la structure inadéquate dans laquelle il travaille, et le manque de place au sein du service d'oncologie, qui se fait de plus en plus ressentir.

Dans le questionnaire QCAE, Mr Bader a obtenu un niveau important d'empathie affective, avec un score de 32, qui est représentée par la contagion émotionnelle avec un sous-score de 10, la réactivation proximale avec un sous-score de 15 enfin la réactivation périphérique avec un sous-score de 7. Et a obtenu un niveau important d'empathie cognitive avec un score de 66, qui est représenté par la prise en perspective avec un sous-score de 32 et la simulation en ligne avec un sous-score de 28. Mr Bader obtient un degré de burnout bas, avec degré modéré d'épuisement émotionnel, avec un score de 22, un degré bas de dépersonnalisation avec un score de 0 et enfin un degré bas d'accomplissement personnel avec un score de 43. On déduit donc que Mr Bader a une forte empathie à l'égard de ses malades et un burnout bas, il se met spontanément à la place de ses malades et s'implique subjectivement à leurs

## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

ressenti, tout en respectant la distance existante entre soi-même et l'émotion de son malade, dans le cas contraire, ça pourrait être source de stress pouvant provoquer ainsi un sévère épuisement émotionnel et par conséquent une mauvaise qualité de soin.

### **Cas 3) : Mme Djamila**

#### **1) présentation et analyse des données de l'entretien de recherche semi-directif :**

L'entretien avec Mme Djamila s'est déroulé l'après-midi, elle était un peu fatigué mais coopérative et prête à répondre à toutes nos questions, Mme Djamila est âgée de 28 ans, mariée et n'a pas d'enfant.

#### **Axe 1) informations sur la formation du médecin**

Mme Djamila est une généraliste, ayant suivi comme nous l'avons vu dans notre partie théorique un cursus universitaire de sept ans, elle a fait ses études au niveau de Tizi Ouzou. Elle a déclaré que c'était plus au moins facile. En plus de sa formation universitaire notre cas a suivi d'autres formations, notamment, une formation de cardiologie et d'oncologie. La médecine n'était pas tout à fait son choix. En réponse à notre question, elle a répondu en étant réticente : « *A vrai dire c'est un choix familial* ». Mme Djamila à quatre ans d'expérience, a exercé à Bouira puis a été mutée à Bejaia dans le service actuel où elle travaille depuis cinq mois.

#### **Axe 2) informations l'empathie**

Le fait que le malade n'évolue pas, qu'il n'y ait pas de réponse au traitement, représente la chose la plus difficile dans l'exercice de ce métier pour Mme Djamila, effectivement comme on l'a vu dans notre théorie, la dégradation de l'état du malade, provoque une grande souffrance pour celui qui le prend en

## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

charge. Concernant ses craintes lors de la prise en charge d'un malade elle exprime ceci : *« ma plus grande crainte c'est les récives, que le traitement ne soit pas efficace »*. Quand on lui a posé la question concernant son état émotionnel lorsqu'elle annonce le diagnostic du cancer, elle a répondu : *« c'est difficile, je me sens triste mais faut avoir du courage, et donner du courage au patient »*. On constate ainsi que Mme Djamila a une présence empathie mais ce concentre plus sur le malade et ses soins, et non ce qu'elle ressent ou peut ressentir, elle réprime toutes émotions afin de donner le meilleur à son malade, elle juge qu'on donne des soins psychologiques quand cela est nécessaire c'est à dire lorsqu'elle est face à un malade effondré.

Mme Djamila confie qu'elle souffre par moment avec ses patients mais en silence, et qu'elle ne doit jamais oublier son objectif qui est de soigner le malade. Elle a répondu : *« en général, oui il y'a une bonne communication »* lorsqu'on lui a demandé si les malades se confient à elle à part la maladie. Comme on l'a vu dans notre théorie, le médecin fait face à différentes expériences au sein du service d'oncologie qui provoquent par conséquent une éventuelle souffrance psychologique, dans ce sens, au moment où on lui a demandé son ressenti lorsqu'elle perd un malade elle a répondu : *« de la tristesse, une grande tristesse »*.

Mme Djamila vit le rétablissement des malades comme une victoire, elle a exprimé son plus grand souhait comme ceci : *« j'espère qu'un jour, ils vont trouver un traitement miracle, pour que les malades aient une vie »*

### **Axe 3) informations sur le burnout**

Comme nos deux autres cas, Mme Djamila travaille cinq jour sur sept, de 8h30 à 14, 15h. Son travail n'influence pas généralement sur la qualité de son sommeil, elle déclare : *« non pas tellement, c'est quand y'a un surmenage que je*

## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

*ne dors pas* », de la part de l'administration elle ne subit aucune pression, mais parfois de la part de l'entourage des malades si, car en étant eux même en pression ils la lui transmettent selon elle. Elle trouve qu'ils ne sont pas en manque d'effectif mais cependant il y'a des périodes où ils doublent d'effort. Jusqu'à présent elle trouve qu'elle travaille dans de bonne condition. Même si des fois on traverse des périodes de rupture de médicament, elle déclare :« *c'est une véritable guerre pour régler ce problème, c'est difficile de le dire aux malades, y'a ceux qui réagissent bien mais d'autres non* »

Concernant sa relations avec ses collègues elle la qualifie de bonne, comme nous l'avons vu dans notre théorie, une bonne entente entre les médecins est bénéfique non seulement pour une meilleure prise en charge mais aussi la diminution de la pression à laquelle ils font face. Et concernant le soutien de son environnement familial et amical, elle répond :« *je ne transmets pas, je garde tout ici, personne n'est au courant de ce que je vis là, c'est un travail point à la ligne* ». Elle déclare qu'elle pratique du yoga à la maison, afin de décompresser mais selon elle, elle en a pas besoin en disant :« *je suis sage de nature, je n'ai pas besoin de faire un travail sur moi-même pour tenir le coup, mais de temps en temps je pratique du yoga* ». Elle trouve que la charge de travail n'influe pas du tout sur la qualité des soins offerts aux malades car elle dit « *non sincèrement, j'essaye de me contrôler, quand je ne suis pas bien, je ne parle pas au malade, c'est tout et je fais mon travail* » on constate alors que Mme Djamilia travaille dans des conditions assez bonnes. A la fin de l'entretien, Mme Djamilia n'avait rien à rajouter, nous l'avons remercié pour sa présence et d'avoir accepté de participer à cette recherche.

### **Synthèse de l'entretien de recherche de Mme Djamilia**

D'après les données recueillies à travers cet entretien, Mme Djamilia présente des indicateurs significatifs vécu psychologique d'allure bon. Car en

## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

premier lieu, elle réussit à contrôler et gérer d'une manière assez bonne la surcharge émotionnelle et une éventuelle souffrance que peut susciter son travail car son unique objectif est d'aider son malade, elle focalise alors toute son attention là-dessus. En deuxième lieu, car elle travaille dans des conditions assez bonnes. Ainsi elle ne ressent pas une grande pression.

### **2) Présentation et analyse du QCAE :**

**Tableau n° 6 : résultat de Mme Djamila obtenu dans le QCAE**

Composante de l'empathie	score	Score d'empathie affective et cognitive	Niveau d'empathie affective	Niveau d'empathie cognitive
Contagion émotionnelle	6	20	faible	important
Réactivation proximale	8			
Réactivation périphérique	6			
Prise de perspective	35	66		
La simulation en ligne	31			

Le tableau ci-dessus, représente les résultats du questionnaire d'empathie QCAE de Mme Djamila, par ces résultats, on constate, un niveau faible d'empathie affective avec un score de 20, et un niveau important d'empathie cognitive avec un score de 66.

## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

Ainsi, pour les trois composantes mesurant l'empathie affective madame Djamila obtient un sous-score de 6 à la composante contagion émotionnelle. Elle a répondu par « *pas du tout d'accord* » aux items 8 « *j'ai tendance à devenir nerveux (se) quand les autres autour de moi me semblent être nerveux* » et 9 « *Les gens avec lesquels je suis ont une forte influence sur mon humeur* » d'après ses réponses, on constate que Mme Djamila ne ressent pas automatiquement les émotions et les sentiments de l'autre, elle garde toute son objectivité. Elle répond ainsi aux items 13 « *Je suis heureux (se) quand je suis avec un groupe enjoué et triste quand les autres sont moroses* » et 14 « *Cela me soucie quand d'autres sont soucieux ou paniqués* », par « *Pas vraiment d'accord* » Ainsi d'après les résultats de cette composante, on déduit que Mme Djamila a un niveau de contagion émotionnelle faible.

Concernant la deuxième composante de l'empathie affective, la réactivation proximale, Mme Djamila a obtenu un sous-score de 8. Elle répond par « *pas vraiment d'accord* » à l'item 7 « *je suis souvent impliqué émotionnellement avec les problèmes de mes amis* ». Et répond par « *pas du tout d'accord* » aux items 10 et 12, « *cela m'affecte beaucoup quand un de mes amis paraît contrarié* ». On remarque d'après ses réponses, qu'elle n'est pas tout à fait impliquée, et investie et ne réagit pas avec émotion au ressenti et aux émotions de son environnement social elle est plutôt dans la compréhension du ressenti afin d'aider l'autre, qui se voit à sa réponse « *parfaitement d'accord* » à l'item 23 « *mes amis me parlent de leur problèmes car ils disent que je suis très compréhensif (v)* » alors d'après les résultats de cette composante, Mme Djamila a un niveau de réactivation proximale modéré .

Mme Djamila a obtenu un sous-score de 6 la troisième composante de l'empathie affective, qui est la réactivation périphérique. Elle répond par « *parfaitement d'accord* », à deux items, le 2(i) et le 17(i) qui sont « *d'habitude*

## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

*je garde mon objectivité quand je regarde un film ou quand je joue, et je ne me laisse pas entrainer complètement dedans »*, « *il m'est difficile de voir pourquoi certaines choses préoccupent autant les gens* » et répond par « pas vraiment d'accord » à l'item 11 « *je deviens profondément impliqué (e) par les sentiments d'un personnage de film de théâtre ou de roman* » On constate ainsi que Mme Djamila n'est vraiment attachée et présente une faible empathie lorsque ça concerne un contexte social distant c'est à dire fictif et imaginaire. Ainsi d'après les résultats de Mme Djamila, elle présente un niveau faible de réactivation périphérique.

Pour les composantes de l'empathie cognitive, Mme Djamila a obtenu un sous-score de 35 la première composante, qui est la prise en perspective. En répondant par « *assez d'accord* » aux items 15, 16, 19, 25, 27 , « *je peux facilement dire si quelqu'un veut engager la conversation* », « *je sais bien prédire comment va se sentir une personne* », « *j'arrive facilement à savoir de quoi une personne voudrait parler* ». Et par « *parfaitement d'accord* » aux items 20, 21, 22, 24, 26 « *les autres me disent que je sais bien comprendre ce qu'ils ressentent ou ce qu'ils pensent* », « *je me rends compte quand je dérange même si l'autre personne ne le dit pas* », « *je peux dire si quelqu'un masque ses vrais émotions* ». On constate ainsi par ses réponses que Mme Djamila possède cette capacité de détecter rapidement et facilement les émotions de l'autre, qui lui permet ainsi de prévoir son attitude et ses sentiments, ainsi elle présente un niveau important dans la prise en perspective.

A la deuxième composante de l'empathie cognitive, qui est la stimulation en ligne, Mme Djamila obtient un sous-score de 31. En répondant par « *pas vraiment d'accord* » à l'item 1, « *parfois je trouve difficile de voir les choses du point de vue d'une autre personne* » et par « *parfaitement d'accord* » aux items 3, 4, 6, 28 « *en cas de désaccord, j'essaie d'adopter le point de vue de chacun*

## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

*avant de prendre une décision », « « parfois j’essaie de mieux comprendre mes amis en imaginant les choses de leur point de vue », répond par « assez d’accord » aux items 5, 18, 30, 31 « j’essaie toujours de prendre en considération les sentiments des autres avant de faire quelque chose » « avant de faire quelque chose j’essaie de tenir compte de la façon dont mes amis vont réagir ». On constate que Mme Djamilia, a cette capacité de se projeter et d’imaginer ce que l’autre peut ressentir et le comprendre au mieux. Ainsi son résultat montre que Mme Djamilia présente, un niveau important dans la stimulation en ligne.*

### **Synthèse du questionnaire QCAE de Mme Djamilia**

À partir des résultats obtenus au questionnaire QCAE, il est bien clair, que notre cas présente une empathie affective faible et une empathie cognitive importante. Par ce fait, on conclut que Mme Djamilia met en action un processus intellectuel d’identification et de compréhension du ressenti et les émotions de l’autre toute en restant objective et gardant une distance entre elle-même et les sentiments d’autrui.

### **3) présentation et analyse de l’échelle MBI :**

**Tableau n°7 : résultat de Mme Djamilia obtenu dans le MBI**

Dimension du burnout	score	Degré de chaque dimension	Score moyen d’épuisement	Degré du burnout
Epuisement émotionnel	9	bas	18	Bas
dépersonnalisation	0	bas		
Accomplissement personnel	45	bas		



## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

Le tableau ci-dessus, représente les résultats de l'échelle du MBI de Mme Djamila, d'après ces résultats on remarque que, Mme Djamila manifeste un degré bas du burnout avec un score moyen de 18.

Ainsi que notre cas présente un degré d'épuisement émotionnel bas avec un score de 9, un degré de dépersonnalisation bas avec un score de 0 et un degré d'accomplissement personnel bas avec un score de 45.

Dans la dimension d'épuisement émotionnel, Mme Djamila a répondu par « *jamais* » a quatre items 1, 13, 16, 20 « *je me sens à bout a la fin de ma journée de travail* », « *je me sens frustré(e) par mon travail*», «*travailler au contact directe avec les gens me stress trop* » on remarque ainsi que Mme Djamila a un bon rythme de travail. Elle a répondu trois fois « *quelque fois par années au moins* » aux items 2, 6, 8 « *je me sens à bout a la fin de ma journée de travail* », « *je sens que je craque à cause de mon travail* » et a répondu par « *une fois par semaine* » a l'item 14 « *je sens que je travaille trop dur dans mon travail*», on constate ainsi que ces résultats, indiquent que Mme Djamila ne présente aucune fatigue émotionnelle par ailleurs, un degré de burnout bas.

Dans la deuxième dimension de dépersonnalisation, Mme Djamila, a répondu par « *jamais* » a tous les items 5, 10, 11, 15, 22 « *je sens que je m'occupe de certain malade de façon interpersonnelle comme ils étaient des objets* », « *je suis devenue plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail* » « *je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades* » on remarque ainsi que Mme Djamila, accorde toujours une grande importance à ses patients, son objectif premier et de leurs donner les meilleurs soins possible en les considérant toujours comme des êtres en souffrance et non des objets. L'analyse de ces résultats indique que Mme Djamila présente un degré bas de dépersonnalisation, ainsi un degré bas de burnout.

## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

Dans la dimension d'accomplissement personnel, Mme Djamila a répondu par « *chaque jour* » aux différents items 4, 7, 12, 17, 21 « *je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent* », « *j'arrive facilement à créer une atmosphère de détente avec mes malades* » on constate par ces réponses un calme émotionnel, une bonne relation avec ses malades, et en général une présence professionnelle efficace. L'interprétation et l'analyse de ses réponses indiquent que Mme Djamila, présente un degré de burnout bas concernant l'accomplissement personnel.

### **Synthèse de l'échelle MBI de Mme Djamila**

En conclusion, Mme Djamila, présente un épuisement professionnel bas, cela est bien clair à partir des résultats obtenus dans l'échelle MBI, qui indique une motivation pour son travail, et une habileté à garder de bonne relation, son objectif principal, est de donner le meilleur d'elle-même dégageant ainsi une assurance concernant la qualité des soins qu'elle offre à ses malades. De ce fait notre cas présente un sentiment de sérénité concernant ses réalisations professionnelles.

### **Synthèse générale du cas**

En se référant aux résultats obtenus dans l'entretien clinique, Mme Djamila présente un vécu psychologique d'allure bon, par le fait de sa gestion, d'une manière assez bonne, de la surcharge émotionnelle et la souffrance que suscite son travail, et aussi par le fait qu'elle ne ressent pas une grande pression.

Dans le questionnaire QCAE, Mme Djamila a obtenu un niveau faible d'empathie affective, avec un score de 20, qui est représentée par la contagion émotionnelle avec un sous-score de 6, la réactivation

## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

proximale avec un sous-score de 8 enfin la réactivation périphérique avec un sous-score de 6. Et a obtenu un niveau important d'empathie cognitive, avec un score de 66 qui est représenté par la prise en perspective avec un sous-score de 35 et la simulation en ligne avec un sous-score de 31. Mme Djamila obtient un degré bas de burnout, avec degré bas d'épuisement émotionnel avec un score de 9, un degré bas de dépersonnalisation avec un score de 0 et enfin un degré bas d'accomplissement personnel avec un score de 45. On conclut donc que Mme Djamila, met en action un processus intellectuel d'identification et de compréhension du ressenti de ses malades, toute en restant objective et gardant une distance entre elle-même et leur sentiment car son unique objectif est d'apporter une excellente qualité de soin pour une meilleure prise en charge.

### **Cas 4) : Mme Salima**

#### **1) présentation et analyse des données de l'entretien de recherche semi-directif :**

L'entretien avec notre sujet, s'est déroulé l'après-midi, elle était coopérative et souriante. Mme Salima est une oncologue, âgée de 42 ans, mariée et maman de deux enfants. Après ses sept ans d'études universitaires, elle a directement passé son concours de résidanat, qu'elle a eu, pour se spécialiser dans l'oncologie qu'elle exerce maintenant, depuis 14 ans. Son choix s'est tourné vers l'oncologie suite à la maladie de son père. « *C'est mon choix, car mon père avait un cancer* ».

La chose la plus difficile dans l'exercice de ce métier selon Mme Salima est la prise en charge des sujets jeunes, moins de 20ans. Lorsqu'elle fait face à des malades effondrés Mme Salima fait appel à la psychologue du service, elle a

## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

déclaré qu'elle ne se met pas à la place de ses patients mais néanmoins comprend parfaitement leur émotion, leur situation et ressent leur peine, leur détresse et fais de son mieux pour leur apporter l'aide dont ils en ont besoin. Elle vit plus ou moins mal la perte des patients car selon elle« *on les perd pas ici, donc c'est moins triste* ».

Concernant le contexte du travail, Mme Salima trouve qu'il y'a un manque d'effectif, ce qui les poussent à doubler d'efforts, surtout lorsqu'il y'a rupture de certains traitements. Elle déclare « *on est obligé de faire des protocoles n'importe comment, c'est difficile* », ce qui a des répercussions sur son état physique et psychologique elle se sent fatiguée, et une fois chez elle, elle ne peut rien faire pendant au moins trois heures, cependant son état n'influence pas sa qualité de travail car selon elle, elle sait faire la part des choses, et ses patients ne ressentent pas cette pression.

### **2) présentation et analyse du questionnaire QCAE :**

**Tableau n° 8 : résultat de Mme Salima obtenu dans le QCAE**

Composante de l'empathie	Score	Score d'empathie affective et cognitive	Niveau d'empathie affective	Niveau d'empathie cognitive
Contagion émotionnelle	11	34	important	important
Réactivation proximale	12			
Réactivation périphérique	11			
Prise de perspective	29	49		
La simulation en ligne	20			

## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

Le tableau ci-dessus, représente les résultats du questionnaire QCAE de Mme Salima, par ces résultats on constate un niveau important d'empathie affective avec un score de 34. En obtenant un sous-score de 11 à la contagion émotionnelle, un sous-score de 12 à la réactivation proximale et un sous-score de 11 à la réactivation périphérique. Et un niveau important d'empathie cognitive, avec un score de 49 impliquant un sous score de 29 à la prise de perspective et un sous score de 20 à la simulation en ligne concernant cette composante, elle a refusé de répondre à l'item 5, qui est « *quand je suis peiné par quelqu'un, habituellement, j'essaie un moment de me mettre à sa place* »

On constate que Mme Salima trouve une certaine difficulté à se mettre à la place de l'autre ceci en répondant par « *pas vraiment d'accord* » à l'item 18 « *je trouve qu'il m'est facile de le mettre à la place d'une autre personne* » Cependant, ceci ne prive pas Mme Salima de cette aptitude à comprendre et à prendre toujours en considération le ressenti et l'émotion de l'autre lorsque celui-ci les verbalisent. En répondant par « *assez d'accord* » à l'item 23 « *mes amis me parlent de leurs problèmes car ils disent que je suis très compréhensif (ve)* ».

### **3) présentation et interprétation de l'échelle MBI :**

**Tableau n°9 : résultats de Mme Salima, obtenu dans le MBI**

Dimension du burnout	Score	degré de chaque dimension	Score moyen d'épuisement	Degré du burnout
Epuisement émotionnel	19	modéré	18.33	modéré
dépersonnalisation	3	bas		
Accomplissement personnel	33	Elevé		

## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

Le tableau ci-dessus, représente les résultats de l'échelle du MBI de Mme Salima, d'après ces résultats, on conclut qu'elle présente un degré de burnout bas avec un score moyen de 18.33.

Elle obtient ainsi un score de 19 à l'épuisement émotionnel qui représente un degré modéré. Un score de 3 à la dépersonnalisation qui représente un degré bas et enfin un score de 33 à l'accomplissement personnel qui indique un degré élevé. On conclut ainsi que Mme Salima, présente une fatigue physique et émotionnel ce qui génère, souvent en elle un sentiment d'incapacité et de frustration dans son travail ce qui peut engendrer un sentiment d'insécurité dans ses réalisations professionnelles. Cependant ça n'influe pas sur son humeur, ses relations avec ses collègues, ses patients et sur la qualité de soin qu'elle leur prodigue.

### **Synthèse générale du cas**

En se référant aux résultats obtenus dans l'entretien de recherche Mme Salima a des difficultés à se mettre à la place de ses malades, cependant, elle accorde une importance à leur ressenti et à leurs sentiments, elle présente aussi une fatigue physique et psychologique due à la charge et au manque d'effectif, ce qui laisse croire qu'il y'a un éventuel mauvais vécu psychologique. Dans le QCAE elle a obtenu un niveau important d'empathie affective et un niveau important d'empathie cognitive. Concernant le burnout, elle obtient un degré modéré, on conclut ainsi que Mme Salima, met en œuvre ses capacités à comprendre le ressenti de ses malades, pour mieux les aider. Mais son contexte de travail, particulièrement, le manque d'effectif et de journée de repos, influence son état physique et psychique, ce qui peut amener à un sentiment d'appréhension concernant ses capacités et ses réalisations professionnelles

### **Cas 5) : Mlle Latifa**

#### **1) Présentation et analyse des données de l'entretien de recherche semi-directif :**

L'entretien avec Mlle Latifa s'est déroulé l'après-midi, elle était coopérative, souriante et très gentille avec nous. Mlle Latifa est âgée de 28 ans, célibataire, elle est médecin généraliste depuis 2 ans, après avoir suivi un cursus universitaire de sept ans. Sa formation est un choix personnel, parce qu'elle aime la médecine, elle a pratiqué pendant deux ans dans ce service.

Un service difficile à gérer selon elle dû d'abord, à l'accompagnement des malades en fin de vie, qui d'après elle est très difficile, car c'est à ce moment-là qu'ils s'attachent plus à la vie, elle se voit incapable d'annoncer une telle nouvelle. Ensuite au manque de moyens, par conséquent leur tâche devient un peu plus difficile, mais cela n'influence pas sa personne, de ce fait on constate que malgré les difficultés existantes, Mlle Latifa, garde une bonne relation empathique avec ses patients et fait de son mieux pour un rendement plus efficace et ceci en mettant en action des stratégies qui lui permettent de s'autocontrôler, notamment l'aspect religieux qui selon elle l'aide beaucoup.

## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

### **2) Présentation et analyse du QCAE :**

**Tableau n°10 : résultat de Mlle Latifa obtenu dans le QCAE**

Composante de l'empathie	Score	Score d'empathie affective et cognitive	Niveau d'empathie affective	Niveau d'empathie cognitive
Contagion émotionnelle	13	32	important	important
Réactivation proximale	11			
Réactivation périphérique	8			
Prise de perspective	30	63		
La simulation en ligne	33			

Le tableau ci-dessus, représente les résultats du questionnaire QCAE de Mlle Latifa, d'après ces résultats, on constate un niveau modéré d'empathie affective avec un score de 32. En obtenant un sous-score de 13 à la contagion émotionnelle, un sous-score de 11 à la réactivation proximale et un sous-score de 8 à la réactivation périphérique. Et un niveau important d'empathie cognitive, avec un score de 63 impliquant un sous-score de 30 à la prise de perspective et un sous-score de 33 à la simulation en ligne. On constate ainsi que, Mlle Latifa a cette aptitude de comprendre ses malades, de ressentir leur souffrance et leurs émotions mais tout en restant soit même ne se laissant pas ainsi influencer et



## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

submerger, c'est ce qui marque en elle, cette capacité à donner le meilleur d'elle-même et une meilleure qualité de soin.

### **3) Présentation et analyse de l'échelle de MBI :**

**Tableau n°11 : résultat de Mlle Latifa obtenu dans le MBI**

Dimension du burnout	Score	Degré de chaque dimension	Score moyen d'épuisement	Degré du burnout
Épuisement émotionnel	41	élevé	29	Bas
dépersonnalisation	5	bas		
Accomplissement personnel	41	bas		

Le tableau ci-dessus, représente les résultats de l'échelle du MBI de Mlle Latifa, d'après ces résultats on conclut, qu'elle présente un degré de burnout bas avec un score moyen de 23.

Elle obtient ainsi un score de 41 à l'épuisement émotionnel qui représente un degré élevé. Un score de 5 à la dépersonnalisation qui représente un degré bas et enfin un score de 41 à l'accomplissement personnel qui indique un degré bas. On constate que Mlle Latifa, présente une fatigue émotionnelle et physique par rapport à son travail, mais cela ne l'empêche pas de fournir plus d'efforts et à mettre en avant son potentiel pour combattre la maladie de ses patients et à leur redonner le sourire et on remarque une présence de sentiment de confiance à faire avancer les choses.

## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

### **Synthèse générale du cas**

En se basant sur les résultats obtenus dans l'entretien clinique, Mlle Latifa semble présenter un mauvais vécu psychologique, premièrement par sa souffrance psychologique causée par sa sensibilité face un patient effondré. Deuxièmement par le manque des moyens nécessaires pour mieux exercer son métier. Dans le questionnaire QCAE, Mlle Latifa a obtenu un niveau important d'empathie affective, avec un score de 32 et a obtenu un niveau important d'empathie cognitive avec un score de 63. Mlle Latifa obtient un degré de burnout bas. On conclut ainsi que Mlle Latifa a une forte empathie vis-à-vis des malades et réussi à se mettre à leur place et comprendre leur ressenti toute en restant objective, ceci afin d'apporter le maximum d'aide et une meilleure qualité de prise en charge.

### **Cas 6) : Mlle Zahra**

#### **1) Présentation et analyse des données de l'entretien de recherche semi-directif :**

Mlle Zahra, âgée de 38 ans, est célibataire, médecin oncologue son entretien s'est déroulé l'après midi, elle était coopérative mais cependant résistante. Mlle Zahra travaille deux jours sur cinq à l'EPH de Amizour, le reste de la semaine à l'hôpital KHLIL AMRANE, elle trouve que les moyens et les conditions offerts aux malades sont insuffisants, il y'a un grand manque, ce qui la pousse à les soutenir et à se mettre à leur place afin de les comprendre et de les aider au mieux, sans se laisser submerger par ses sentiments, en gardant toujours son objectivité. Cependant malgré le stress que ça génère en elle, elle affirme que ce dernier n'a aucune conséquence ni sur elle-même et sur sa vie privé ni sur la qualité des soins qu'elle offre aux malades car elle met au point des stratégies qui sont, la pratique de beaucoup d'activité, telle que le sport, en rapportant ceci

## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

*« je dors bien », « c'est les conditions qui me stressent, mais ça n'a aucune conséquence ».*

### **Présentation et analyse du questionnaire QCAE :**

**Tableau n°12 résultat de Mlle Zahra obtenu dans le QCAE**

Composante de l'empathie	Score	Score d'empathie affective et cognitive	Niveau d'empathie affective	Niveau d'empathie Cognitive
Contagion émotionnelle	7	28	modéré	Important
Réactivation proximale	13			
Réactivation périphérique	8			
Prise de perspective	31	61		
La simulation en ligne	33			

Le tableau ci-dessus, représente les résultats du questionnaire QCAE de Mlle Zahra, par ces résultats on constate un niveau modéré d'empathie affective avec un score de 28. En obtenant un sous-score de 7 à la contagion émotionnelle, un sous-score de 13 à la réactivation proximale et un sous-score de 8 à la réactivation périphérique. Et un niveau important d'empathie cognitive, avec un score de 61 impliquant un sous-score de 31 à la prise de perspective et un sous-score de 33 à la simulation en ligne. On constate ainsi que, Mlle Zahra a cette capacité de se mettre à la place de ses malades et de comprendre leur ressenti et

## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

leurs émotions mais tout en restant objective ainsi ne se laisse pas affecter et submerger, ce qui est bénéfique pour une meilleure prise en charge.

### **3) Présentation et analyse de l'échelle de MBI :**

**Tableau n°13 : résultat de Mlle Zahra obtenu dans le MBI**

Dimension du burnout	Score	Degré de chaque dimension	Score moyen d'épuisement	Degré du burnout
Epuisement émotionnel	17	bas	23	Bas
dépersonnalisation	12	élevé		
Accomplissement personnel	40	bas		

Le tableau ci-dessus, représente les résultats de l'échelle du MBI de Mlle Zahra, d'après ces résultats, on conclut qu'elle présente un degré de burnout bas avec un score moyen de 23.

Elle obtient ainsi un score de 17 à l'épuisement émotionnel qui représente un degré bas. Un score de 12 à la dépersonnalisation qui représente un degré élevé et enfin un score de 40 à l'accomplissement personnel qui indique un degré bas. On constate ainsi que Mlle Zahra, reste motivée par son travail, et garde une dynamique positive et ceci malgré le degré élevé de dépersonnalisation qui touche plus son contact avec l'extérieur, car elle reste empathique dans ses relations avec ses malades et se soucie d'eux ainsi, elle garde un regard positif sur ses réalisations professionnelles.

## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

### **Synthèse générale du cas**

En se référant aux résultats obtenus dans l'entretien de recherche, Mlle Zahra présente un vécu psychologique d'allure bon, ceci en se basant sur le fait qu'elle a cette capacité à gérer toute situation à laquelle elle fait face, mais ceci ne l'empêche pas d'être empathique et de se soucier du devenir de ses patients. Dans le QCAE elle a obtenu un niveau modéré d'empathie affective et un niveau important d'empathie cognitive. Concernant le burnout, elle obtient un degré bas, on conclut ainsi que Mlle Zahra, met en action son activité cognitive afin de comprendre l'état émotionnel dans lequel se trouve son patient dans le but d'apporter une meilleure qualité des soins et ceci malgré les conditions plus aux moins négatives dans lesquelles elle travaille.

### **II. Discussion des hypothèses**

Dans cette partie de notre quatrième chapitre, nous allons discuter nos hypothèses pour répondre aux questions de notre problématique. Afin, d'affirmer ou d'infirmer les deux hypothèses partielles que nous avons formulées précédemment. Notre objectif, étant de déterminer et de décrire le vécu psychologique des médecins travaillant en oncologie, en décrivant et évaluant leur niveau d'empathie, et leur degré de burnout. Pour répondre à nos questions de recherches et vérifier nos hypothèses, nous avons utilisé, un entretien de recherche semi-directif, le QCAE pour l'empathie et le MBI pour le burnout.

#### **Hypothèse N°1 : le niveau d'empathie affective chez les médecins travaillant en oncologie est important**

Pour vérifier cette première hypothèse, nous nous sommes étayées sur les résultats de l'entretien semi-directif de recherche et du questionnaire d'empathie

## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

QCAE, pour évaluer l'empathie affective des médecins en oncologie, dans le but d'affirmer ou de d'infirmier cette hypothèse.

### **Cas 1) : Mme Habiba**

D'après les informations que nous avons rassemblées dans l'entretien semi-directif de recherche, Mme Habiba présente des signes d'une forte empathie affective de par, son attachement et l'importance qu'elle accorde à ses patients, son implication, son investissement et par le fait qu'elle réagisse avec émotion à leur ressenti et leur émotions, qu'on a perçu à travers son discours : « *Les décès, je les supporte mal, c'est très difficile, je fais le deuil comme un membre de la famille* », : « *oh la la, très très difficile, on essaye de déclarer les choses telles qu'elles sont, sans le paniquer* » Selon ses dires, Mme Habiba présente une forte empathie affective à l'égard de ses malades.

Dans le QCAE, Mme Habiba a obtenu un niveau d'empathie affective important avec un score de 37. En répondant notamment par « *pas vraiment d'accord* » à l'item 17 « *il m'est difficile de voir pourquoi certaines choses préoccupent autant les gens* ».

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et dans le QCAE, on affirme notre première hypothèse pour ce premier cas, à savoir que Mme Habiba présente bien un niveau important d'empathie affective.

### **Cas 2) : Mr Bader**

D'après les informations que nous avons rassemblées dans l'entretien semi-directif de recherche, notre sujet présente des manifestations d'une forte empathie affective, de par sa capacité à créer une bonne relation, de confiance et de complicité, et d'apporter un soutien moral, une touche de bonne humeur,

## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

comme l'humour qui est une stratégie d'adaptation, qui permet ainsi de diminuer la perception d'une situation stressante, afin que ses patients vivent et expriment mieux leur douleurs physiques et psychologiques. On l'a constaté à travers son discours « *je leur remonte le moral, j'apporte un soutien, des fois je fais des blagues* » ou encore « *je rie souvent, je blague avec eux* ».

Dans le QCAE, Mr Bader a obtenu un niveau d'empathie affective important avec un score de 32. Qui se laisse voir dans sa réponse « *parfaitement d'accord* » à l'item 14 « *Cela me soucie quand d'autres sont soucieux ou paniqués* ».

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et dans le QCAE, on affirme notre première hypothèse pour ce deuxième cas, à savoir que Mr Bader présente bien un niveau d'empathie affective important.

### **Cas 3) : Mme Djamila**

D'après les informations que nous avons assemblées dans l'entretien semi-directif de recherche, Mme Djamila, présente un niveau d'empathie affective modéré car elle ressent de la tristesse à l'égard de son malade, mais elle se ressaisie en gardant son objectivité. Afin de donner le meilleur d'elle-même. Comme on l'a vu dans discours « *c'est difficile, je me sens triste mais faut avoir du courage, et donner du courage au patient* ».

Dans le QCAE, Mme Djamila a obtenu un niveau d'empathie affective faible avec un score de 20. Comme à sa réponse « *Pas vraiment d'accord* » à l'item 7 « *je suis souvent impliqué(e) émotionnellement avec les problèmes de mes amis* ».

## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et dans le QCAE, on infirme notre première hypothèse pour ce sujet, c'est-à-dire que Mme Djamila ne présente pas un niveau d'empathie affective important.

### **Cas 4) : Mme Salima**

D'après les informations que nous avons rassemblées dans l'entretien semi-directif de recherche, Mme Salima, présente un niveau d'empathie affective assez important, malgré le fait qu'elle se mette pas à la place de ses patients, elle accorde tout de même beaucoup d'importance à leur sentiments et leur ressenti, dans le but de les comprendre au mieux. On l'a constaté à travers son discours « *on annonce progressivement, on les rassure, on amorti le choc, on est touché, on essaye de les comprendre* ».

Dans le QCAE, Mme Salima a obtenu un niveau d'empathie affective important avec un score de 34. Elle a répondu par « *assez d'accord* » à l'item 23 « *mes amis me parlent de leurs problèmes car ils disent que je suis très compréhensif (ve)* ».

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et dans le QCAE, on affirme notre première hypothèse pour ce cas, c'est-à-dire que, Mme Salima présente un niveau d'empathie affective important.

### **Cas 5) : Mlle Latifa**

D'après les informations que nous avons rassemblées dans l'entretien semi-directif de recherche, Mlle Latifa, présente un niveau d'empathie affective important, en se basant sur la souffrance qu'elle ressent vis-à-vis de ses malades notamment ceux en fin de vie, elle réagit avec émotions à leur ressenti et dans



## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

certaine situation adopte une stratégie d'évitement. Qu'on a constaté à travers son discours « *quand le malade arrive au stade final, c'est très très dur, j'ai jamais dit à mon malade ça, je ne peux pas, je le dis à la famille mais pas au patient* »

Dans le QCAE, Mlle Latifa a obtenu un niveau d'empathie affective important avec un score de 32. En répondant à l'item 9 « *les gens avec lesquels je suis, ont une forte influence sur mon humour* » par « *parfaitement d'accord* »

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et dans le QCAE, on affirme notre première hypothèse pour ce cas, c'est-à-dire que, Mlle Latifa présente un niveau d'empathie affective important.

### **Cas 6) : Mlle Zahra**

Suite aux données récoltées dans l'entretien semi-directif de recherche, Mlle Zahra, présente un niveau d'empathie affective modéré, en se basant sur le fait, qu'elle reste objective lorsqu'elle est face à son patient, ne se laisse pas emporter et submerger par ses émotions, dans le but d'apporter une meilleure qualité de soin à ses malades.

Dans le QCAE, Mlle Zahra a obtenu un niveau d'empathie affective modéré avec un score de 28. A répondu par « *pas vraiment d'accord* » à l'item 27 « *je sais bien prédire ce qu'une autre personne va faire* ».

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et dans le QCAE, on infirme notre première hypothèse pour ce cas, à savoir, Mlle Zahra ne présente pas un niveau d'empathie affective important.

## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

### **Hypothèse N°2 : le niveau d'empathie cognitive chez les médecins travaillant en oncologie est important**

Pour vérifier cette première hypothèse, nous nous sommes appuyées sur les résultats de l'entretien semi-directif de recherche et du questionnaire d'empathie QCAE, pour évaluer l'empathie cognitive des médecins en oncologie, dans le but d'infirmer ou de confirmer cette hypothèse.

#### **Cas 1) : Mme Habiba**

D'après les informations que nous avons rassemblées dans l'entretien semi-directif de recherche, Mme Habiba présente des signes d'une forte empathie cognitive et ceci par sa capacité à se mettre à la place de ses patients, et tente de se projeter dans les différentes situations dans lesquelles ils se trouvent, en imaginant ce qu'ils peuvent penser et ressentir, qu'on a constaté dans son discours *«oui, sur tout, quand il y'a un âge approximatif, on se met à sa place, imaginer être lui, comment je ferai ? »*.

Dans le QCAE, Mme Habiba a obtenu un niveau d'empathie cognitive important avec un score de 68. En répondant à l'item 3 *« en cas de désaccord, j'essaie d'adopter le point de vue de chacun avant de prendre une décision »*.

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et dans le QCAE, on affirme notre deuxième hypothèse pour ce premier cas, à savoir que Mme Habiba présente bien un niveau important d'empathie cognitive.

#### **Cas 2) : Mr Bader**

On nous référant à l'entretien semi-directif de recherche, notre sujet présente des manifestations d'une forte empathie cognitive, de par sa capacité à se mettre à la place de ses malades, en imaginant ce qu'ils peuvent ressentir afin

## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

de mieux les comprendre, apporter ainsi une meilleure qualité de soin. On l'a constaté à travers son discours *« oui, par apport à la maladie elle-même, le retentissement socio-professionnel, la souffrance qu'il endure pendant l'annonce jusqu'à la fin, je le dis souvent qu'il faut se mettre à leur place pour ressentir »*.

Dans le QCAE, Mr Bader a obtenu un niveau d'empathie cognitive important avec un score de 60. Qui se voit par sa réponse *« assez d'accord »* à l'item 6 *« avant de critiquer quelqu'un, j'essaie d'imaginer ce que je ressentirais si j'étais à sa place »*.

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et dans le QCAE, on affirme notre deuxième hypothèse pour ce deuxième cas, à savoir que Mr Bader présente bien un niveau d'empathie cognitive important.

### **Cas 3) : Mme Djamila**

D'après les informations que nous avons rassemblées dans l'entretien semi-directif de recherche, Mme Djamila, présente une empathie cognitive importante Et ceci en mettant en action un processus intellectuel d'identification et de compréhension du ressenti et les émotions de ses patients.

Dans le QCAE, Mme Djamila a obtenu un niveau d'empathie cognitive important avec un score de 66. En répondant par *« parfaitement d'accord »* à l'item 15 *« je peux facilement dire si quelqu'un veut engager la conversation »*.

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et dans le QCAE, on affirme notre deuxième hypothèse pour ce sujet, à savoir que Mme Djamila, présente un niveau d'empathie cognitive important.

## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

### **Cas 4) : Mme Salima**

On fonction des résultats de l'entretien semi-directif de recherche, on constate que Mme Salima a cette aptitude à comprendre et à prendre toujours en considération le ressenti et l'émotion du malade lorsque celui-ci les verbalisent.

Dans le QCAE, Mme Salima a obtenu un niveau d'empathie cognitive important avec un score de 49. En répondant par « *assez d'accord* » a l'item 16 « *je me rends compte rapidement si quelqu'un veut engager la conversation* »

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et dans le QCAE, on affirme notre deuxième hypothèse pour ce sujet, à savoir que Mme Salima, présente un niveau d'empathie cognitive important.

### **Cas 5) : Mlle Latifa**

On fonction des résultats de l'entretien semi-directif de recherche, on constate que Mlle Latifa a un niveau d'empathie cognitive important, on l'a constaté par sa capacité à s'identifier à ses malades afin de comprendre, leur ressenti leur souffrance et leurs émotions mais tout en restant soit même ainsi ne se laissant pas influencer et submerger.

Dans le QCAE, Mlle Latifa a obtenu un niveau d'empathie cognitive important avec un score de 63. Comme à l'item 5 « *quand je suis peiné par quelqu'un, habituellement j'essaie de me mettre à sa place* » par « *parfaitement d'accord* »

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et dans le QCAE, on affirme notre deuxième hypothèse pour ce sujet, à savoir que Mlle Latifa, présente un niveau d'empathie cognitive important.

## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

### **Cas 6) : Mlle Zahra**

Suite aux données récoltées dans l'entretien semi-directif de recherche, Mlle Zahra, présente un niveau d'empathie cognitive important, par sa capacité à s'identifier au ressenti et les émotions de ses patients, afin de les comprendre et ne perdant pas de vue soi-même.

Dans le QCAE, Mlle Zahra a obtenu un niveau d'empathie cognitive important avec un score de 61. Se laissant voir à la réponse «*parfaitement d'accord*» à l'item 18 «*je trouve qu'il met facile de me mettre à la place d'une autre personne*»

D'après l'analyse des données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et dans le QCAE, on infirme notre deuxième hypothèse pour ce cas, à savoir, Mlle Zahra présente un niveau d'empathie cognitive important.

### **Hypothèse N°3 : le degré du burnout des médecins travaillant en oncologie est modéré**

Pour vérifier cette troisième hypothèse, nous nous sommes étayées sur les résultats de l'entretien semi-directif de recherche et d'échelle de burnout MBI, afin de mesurer le degré du burnout des médecins travaillant en oncologie, pour infirmer ou confirmer cette hypothèse.

### **Cas 1) : Mme Habiba**

D'après les informations que nous avons rassemblées dans l'entretien de recherche, notre sujet exprime quelques signes de burnout comme, la fatigue, l'insomnie, notamment la prise des tranquillisants lors de sa pratique à Bechar, ainsi qu'un léger manque de concentration, du à la pression qu'exercent par moment, certains malades et leur famille sur elle Néanmoins, Mme Habiba, se sent beaucoup mieux depuis son affectation à l'hôpital de Amizour, développe

## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

ainsi, des stratégies positive telle que le sport, afin de faire face, maîtriser au mieux son travail et de maintenir son bon équilibre mental, qu'on voit dans son discours « à Bechar, c'était une dégradation totale, mais ici ça va beaucoup mieux », « je fais de la marche ça m'aide beaucoup ». C'est pourquoi d'après ses dires, Mme Habiba ne présente pas un degré élevé de burnout.

Dans le MBI, Mme Habiba a obtenu un degré bas de burnout, avec un degré modéré à l'épuisement émotionnel comme sa réponse « *une fois par mois au moins* » a l'item 16 « *travailler contact directe avec les gens me stresse trop* » qui représente une légère fatigue émotionnel et physique mais cependant, elle maintien de bonnes relations avec ses collègues et ses patients, on peut constater ainsi, que la plus part du temps son épuisement n'influence pas sur la qualité des soins qu'elle prodigue. Qui se laisse voir à sa réponse « *jamais* » a l'item 11 « *je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement* » et par sa réponse « *chaque jour* » a l'item 18 « *je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades* »

Ainsi, nous infirmons notre troisième hypothèse pour ce premier cas, à savoir le sujet ne présente pas un degré modéré de burnout.

### **Cas 2) : Mr Bader**

En se basant, sur les données récoltées dans l'entretien de recherche, on constate la présence d'un épuisement mais d'un degré bas de par le fait, qu'il se sente éreinté physiquement et moralement dû à la surcharge du travail, au manque d'effectif. Cependant, il arrive à maintenir une bonne relation de confiance, de complicité et une meilleure qualité des soins prodigués aux patients. On l'a observé d'après ses dires « *je leur remonte le moral, j'apporte un soutien, des fois je fais des blagues* ».

## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

Dans le MBI, Mr Bader a obtenu un degré bas de burnout, malgré la présence d'un léger épuisement émotionnel qui se laisse voir dans sa réponse par « *une fois par semaine* » à l'item 2 qui est « *je me sens à bout à la fin de ma journée de travail* » notre cas à un sentiment de sécurité et d'assurance concernant ses réalisations professionnelles. En répondant par « *jamais* » à l'item 22 « *j'ai l'impression que mes malade me rendent responsable de certains de leurs problèmes* ». Et par « *quelque fois par semaine* » à l'item 12 « *je me sens plein(e) d'énergie* »

On conclut ainsi, que notre hypothèse est infirmée, c'est-à-dire, notre cas ne présente pas un degré modéré de burnout.

### **Cas 3) : Mme Djamila**

D'après les données récoltées dans l'entretien de recherche, Mme Djamila ne présente pas de signe de burnout, car elle juge qu'elle travaille dans des conditions de travail assez bonne, et ceci malgré la présence d'une certaine pression par moment de la part des malades et leur famille.

Dans le MBI, Mme Djamila présente un degré de burnout bas, qui indique une motivation de donner le meilleur d'elle-même et un sentiment de sérénité concernant ses réalisations professionnelles. En répondant par « *jamais* » au item 1, 5, « *je me sens émotionnellement vidé par mon travail* », « *je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail* » et par « *chaque jour* » à l'item 4 « *je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent* »

On constate ainsi, que notre hypothèse est infirmée, c'est-à-dire, Mme Djamila, ne présente pas un degré modéré de burnout.

## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

### **Cas 4) : Mme Salima**

En se référant aux données récoltées dans l'entretien de recherche, on conclut la présence d'un épuisement, dû au manque d'effectif qui l'oblige à doubler d'effort, qui a des conséquences sur son état physique notamment la présence d'une fatigue. Mais Mme Salima, affirme qu'elle sait faire la part des choses, et ses malades ne ressentent en aucun cas sa pression.

Dans le MBI, Mme Salima, présente un degré de burnout modéré, avec un score modéré d'épuisement en répondant par *«quelque fois par année au moins »* a l'item 20 *« je me sens au bout du rouleau »*, et un score élevé à l'accomplissement personnel qui se laisse voir à l'item 17 *« j'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malade »* en répondant par *«quelques fois par mois »*. On constate ainsi que notre cas, par moment, a ce sentiment d'incapacité et de frustration dans son travail ce qui peut laisser place à un sentiment d'insécurité dans ses réalisations professionnelles. Mais jusqu'à présent Mme Salima, juge qu'elle maintient de bonne relation avec ses patients qui se laisse voir dans sa réponse *« jamais »* a l'item 15 *« je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades »* et ses collègues. Donne ainsi son maximum, pour une meilleure qualité de soin.

On constate ainsi, que notre hypothèse est affirmée, c'est-à-dire, Mme Salima, présente un degré modéré de burnout.

### **Cas 5) : Mlle Latifa**

D'après les données récoltées dans l'entretien de recherche, on conclut la présence d'un éventuel épuisement, dû au manque de moyens, par conséquent sa tâche devient un peu plus difficile, et ainsi la fatigue s'installe. Mais cela n'influence pas la qualité de soin que Mlle Latifa offre, car elle accorde



## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

beaucoup d'importance à ses malades, et son unique objectif est de leurs donner une bonne prise en charge dans les meilleures conditions possible.

Dans le MBI, Mlle Latifa, obtient degré bas de burnout, avec un degré élevé à la composante épuisement émotionnel, qui se laisse voir à sa réponse « *quelques fois par semaine* » à l'item 2 « *je me sens « à bout » à la fin de ma journée de travail* » on constate ainsi, la présence d'une fatigue émotionnelle et physique par rapport à son travail, mais cela ne l'empêche pas de fournir plus d'efforts et donner de son mieux pour aider ses malades, on remarque une présence de sentiment confiance à faire avancer les choses en se basant sur le degré bas, de dépersonnalisation et du manque de l'accomplissement de soi. Qui se laisse voir à sa réponse « *jamais* » à l'item 10 « *je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail* » et par « *chaque jour* » à l'item 9 « *j'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens* ».

On conclut ainsi, que notre hypothèse est infirmée, c'est-à-dire, Mlle Latifa, ne présente pas un degré modéré de burnout.

### **Cas 6) : Mlle Zahra**

Dans les informations récoltées dans l'entretien de recherche, on perçoit qu'il n'y a pas présence de signe de burnout concernant notre cas, et ceci par le fait de sa capacité à gérer tout stress venant de son contexte de travail, elle juge qu'il y'a un manque de moyen, qui peut générer ainsi une pression mais qui n'a aucune conséquence sur elle-même ou sur ses patients.

Dans le MBI, Mlle Zahra, obtient un degré bas de burnout, avec un degré élevé de dépersonnalisation qui ne touche pas jusqu'à présent sa manière d'être avec ses patients qui se laisse voir par sa réponse « *jamais* » à l'item 15 « *je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades* », ce qui

## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

montre qu'elle reste empathique dans ses relations avec eux. Et présente ainsi regard positif de ses relations professionnelles. En répondant par « *chaque jour* » a l'item 19 « *j'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail* »

Ce qui vient infirmer notre hypothèse, soit Mme Zahra ne présente pas un degré modéré de burnout.

### **Hypothèse générale : la nature du vécu psychologique des médecins travaillant en oncologie est mauvaise.**

Nous allons présenter des tableaux des résultats des deux outils psychométriques utilisés et discutés, et discuter ainsi notre hypothèse générale grâce aux données obtenues à l'entretien de recherche et aux différents résultats obtenus au QCAE et à l'MBI.

**Tableau N°14 : Tableau récapitulatif des résultats des sujets au QCAE**

prénom	Habiba	Bader	Djamila	Salima	Latifa	Zahra
Contagion émotionnelle	11	10	6	11	13	7
Réactivation proximale	14	15	8	12	11	13
Réactivation périphérique	9	7	6	11	8	8
niveau d'empathie affective	important	important	faible	important	important	modéré
Prise de perspective	37	32	35	29	30	31
La simulation en ligne	31	28	31	20	33	33
Niveau d'empathie cognitive	important	important	important	important	important	important

## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

Le tableau ci-dessus représente le tableau récapitulatif de l'ensemble de nos cas, on constate que l'ensemble de nos cas ont un niveau important d'empathie affective à l'exception de Mme Djamila qui un niveau faible à l'empathie affective et Mlle Zahra avec un niveau modéré. Et tous nos sujets présentent un niveau important d'empathie cognitive.

**Tableau N°15 : Tableau récapitulatif des résultats des sujets a l'MBI**

	Habiba	Bader	Djamila	Salima	Latifa	Zahra
Épuisement émotionnel	20	22	9	19	41	17
degré	modéré	modéré	bas	modéré	Elevé	bas
dépersonnalisation	3	0	0	3	5	12
degré	bas	bas	bas	bas	bas	élevé
Accomplissement personnel	43	43	45	33	41	40
Degré	bas	bas	bas	élevé	bas	bas
Degré de burnout	bas	bas	bas	modéré	bas	bas

Le tableau ci-dessus, représente le tableau récapitulatif de l'ensemble de nos sujet, on conclut ainsi, que Mme Habib, Mr Bader, Mme Djamila, Mlle Latifa, Mlle zahra, ont obtenu un degré bas de burnout, avec un degré modéré à l'épuisement émotionnel pour Mme Habiba et Mr Bader et un degré élevé pour Mlle Latifa, un degré élevé à la dépersonnalisation pour Mlle Zahra, enfin un burnout modéré pour Mme Salima.

### **Cas 1) : Mme habiba**

D'après l'entretien de recherche semi-directif, on constate que Mme Habiba présente un vécu psychologique plus ou moins mauvais, malgré les

## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

résultats d'un degré bas obtenu à l'échelle de burnout MBI, et le niveau important d'empathie cognitive obtenu au QCAE, il y'a tout de même une certaine souffrance psychologique due à l'exercice du métier d'oncologue, en se basant sur sa mauvaise expérience rencontrée lors de son exercice à Bechar qui a entraîné une dégradation totale de son état physique et psychique, allant jusqu'à la dépression. Nous l'avons constaté aussi de par la forte empathie affective qu'elle éprouve à l'égard de ses patients, effectivement cet attachement affectif important, peut amener à une souffrance psychologique particulièrement lorsque ses derniers s'éteignent. On conclut alors que notre hypothèse est affirmée, à savoir, la nature du vécu psychologique de Mme Habiba est mauvaise.

### **Cas 2) : Mr Bader**

D'après les données récoltées dans l'entretien de recherche, il existe un Vécu psychologique plus au moins bon, qui se laisse voir d'abord, à l'affection et l'intérêt que Mr Bader porte pour ses patients, ainsi que son empressement à toujours les soutenir et les aider, pour leur procurer les meilleurs soins possible, ce fort attachement provoque par conséquent de la tristesse et à des moments, un sentiment d'échec lorsque celui-ci rend l'âme. Aussi, sur le fait qu'il se sente éreinté physiquement et moralement, dû au contexte peu favorable dans lequel il exerce, qui se laisse voir au degré modéré du burnout de la dimension épuisement émotionnel, néanmoins il réussit à gérer et s'adapter à son contexte de travail, grâce au degré bas obtenu à l'échelle MBI et aux stratégies de faire face qu'il met en action tel que, l'humour et grâce à au niveau important d'empathie cognitive obtenu au QCAE, qui lui permet de garder une certaine distance émotionnelle entre lui et le patient, ainsi procurer les meilleures soins possible.

## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

On infirme ainsi notre hypothèse soit, Mme Bader ne présente pas un vécu psychologique de nature mauvaise.

### **Cas 3) : Mme Djamila**

En se référant aux données récoltées dans l'entretien de recherche, Mme Djamila semble présenter un bon vécu psychologique. Premièrement, de par sa capacité à gérer et à contrôler d'une manière convenable la souffrance et les différentes émotions que peut susciter son travail, qu'on a constaté grâce au résultat qu'elle a obtenu au QCAE avec un niveau faible d'empathie affective, et un niveau important d'empathie cognitive. Deuxièmement par, le fait de juger qu'elle travaille dans des conditions et un contexte de travail assez bon, ce que son résultat de l'échelle MBI vient confirmer avec un degré bas de burnout. On conclut ainsi que notre hypothèse est infirmée, à savoir, la nature du vécu psychologique de Mme Djamila n'est pas mauvaise.

### **Cas 4) : Mme Salima**

D'après les données récoltées dans l'entretien de recherche, Mme Salima présente un éventuel mauvais vécu psychologique, en se basant sur l'impact qu'a le contexte de travail dans lequel elle exerce particulièrement, le manque d'effectif et de journée de repos, sur son état physique et psychique provoquant ainsi une fatigue et un sentiment de frustration. Ceci peut amener à un sentiment d'appréhension concernant ses capacités et ses réalisations professionnelles, ce que son résultat à l'échelle MBI a confirmé avec un degré modéré de burnout, en ayant un degré modéré à l'épuisement émotionnel et un degré élevé de burnout à l'accomplissement personnel. On constate ainsi, que notre hypothèse est affirmée, c'est-à-dire, la nature du vécu psychologique de Mme Salima est mauvaise.

## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

### **Cas 5) : Mlle Latifa**

En se basant sur les résultats obtenus dans l'entretien de recherche, on constate que Mlle Latifa a l'air de faire face à une souffrance psychologique causée par sa sensibilité à la détresse des malades notamment ceux en fin de vie. Elle travaille dans des conditions défavorables concernant les moyens nécessaires qu'elle a, à son service dans l'exercice de son métier. Mais, sa croyance religieuse l'aide beaucoup à gérer et contrôler et accepter les choses telles qu'elles sont, qui est une stratégie de faire face. Elle obtient un degré bas de burnout mais avec un degré élevé à la dimension épuisement émotionnel, un niveau d'empathie affective et cognitive important, ce qui laisse croire qu'il y'a un vécu psychologique plus ou moins mauvais.

Ainsi on conclut, que notre hypothèse est affirmée, donc la nature du vécu psychologique de Mlle Latifa est mauvaise.

### **Cas 6) : Mlle Zahra**

En se référant aux résultats obtenus dans l'entretien de recherche, le vécu psychologique de Mlle Zahra se présente comme bon, en se basant sur le fait qu'il y'a un manque important de moyens à son service, mais ceci ne l'empêche pas de gérer toute situation à laquelle elle fait face, garder une dynamique positive et être toujours confiante par apport a ses réalisations professionnelle, apporter ainsi l'aide dont son patient a besoin. En obtenant un niveau d'empathie affective modéré et un niveau d'empathie cognitive élevé. Concernant le burnout elle a obtenu un degré bas. On conclut ainsi, que notre hypothèse est infirmée, à savoir, la nature du vécu psychologique de Mlle Zahra n'est pas mauvaise.

## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

### **Synthèse**

On conclut par ce chapitre, que Mme Salima, Mme Habiba et Mlle Latifa, semblent présenter un vécu psychologique plus ou moins mauvais, que, Mr Bader a l'air d'avoir un vécu psychologique plus ou moins bon, enfin Mme Djamila et Mlle Zahra présente un vécu psychologique d'allure bon.

On constate que nos cas, notamment Mme Habiba, Mr Bader, Mme Salima, Mlle Latifa, ont cette capacité non seulement de voir, d'identifier, d'éprouver, l'émotion, le ressenti et la détresse de leurs patients, mais aussi de comprendre pourquoi ils le ressentent. Et ceci par le fait de leur résultat, au questionnaire QCAE donnant un résultat d'un niveau important à l'empathie affective et cognitive.

Cependant cette forte empathie affective est derrière, un fort attachement émotionnel à l'égard du malade, ainsi une éventuelle souffrance prend place, ceci lorsque les soignants sont faces à un malade effondré, triste, en fin de vie et surtout lorsqu'ils font face à la mort, mais grâce à leurs ressources d'identification de leurs propres émotions, ils prennent conscience que pour une meilleure qualité de soin ils ne doivent pas se laisser submerger et abattre, ils reprennent alors le contrôle et réussissent à prendre une distance émotionnelle entre leurs propres ressenti et celui du patient, ceci grâce à leurs forte empathie cognitive qui leurs permet de mettre en action un processus identificatoire dans le seul but de comprendre l'état dans lequel se trouve le patient afin de lui apporter toute l'aide et les soins dont il a besoin.

Mme Djamila et Mlle Zahra, ne vivent pas de la même manière les différentes situations rencontrées au sein de ce service, de par le niveau faible et modéré de leur empathie affective et le niveau important de leur empathie cognitive, on comprend par là qu'elles mettent en place un processus de

## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

compréhension en restant détaché émotionnellement et objective. Ne travaillant que deux fois par semaine au sein du service d'oncologie, peut être parmi les raisons qui laissent croire que Mlle Zahra présente vécu psychologique d'allure bon.

Concernant le contexte de travail, tous nos sujets, excepté Mme Djamila qui estime qu'elle travaille dans de bonnes conditions. Jugent qu'ils travaillent dans des conditions de travail peu favorables, d'abord dû au manque d'effectif qu'a cité Mme Habiba, Mr Bader et Mme Salima, ce qui les obligent à doubler d'effort, qui peut avoir des conséquences sur leurs états physiques et morales tel est le cas de Mme Salima, que confirme son résultat à l'échelle MBI en obtenant un score d'épuisement professionnel modéré. Ensuite, Mlle Latifa et Mlle Zahra trouve qu'ils n'ont pas à leur service les moyens adéquats afin d'élaborer des diagnostics comme la présence d'un service de radiothérapie, les moyens adéquats pour effectuer des biopsies sur place par un médecin biologiste. C'est un service qui s'occupe seulement d'administrer le traitement, Mlle Latifa considère ce manque comme une perte de temps pour le patient, car il est obligé de se déplacer par moment hors wilaya, pour différents tests, radios etc. afin de faire un diagnostic complet de sa maladie. D'autant plus qu'une fois le cancer installé, c'est une véritable course contre la montre. Enfin, le point qui a fait unanimité est l'augmentation du taux du cancer et le manque d'espace qui se fait de plus en plus ressentir, nos sujets pensent qu'il faut faire quelque chose afin d'y remédier.

Cependant malgré cette éventuelle souffrance, et le contexte de travail peu favorable, ils arrivent à s'adapter et garder toujours le même intérêt en vers le malade, qui est de fournir une meilleure qualité de soin possible, on comprend par la que le contexte peu favorable, n'influence pas la manière et la qualité des soins prodigué. Et ceci par la bonne relation existante entre nos sujets qui met



## **Chapitre IV      Présentation, analyse et discussion des hypothèses**

---

une bonne ambiance au sein du service, qui leur permet de s'entraider et de partager leurs pressions et se sentir compris. Et par le fait qu'ils mettent en place des stratégies importantes, notamment une bonne communication, tantôt avec les patients et tantôt entre collègues, la pratique de différentes activités, comme le sport pour Mme Habiba, qui aime faire, la marche car ça l'aide énormément à décompresser, la pratique du yoga pour Mme Djamila, le recours à l'humour concernant Mr Bader qui est une bonne stratégie de coping, qui est sa manière à lui d'accepter et de faire face, et de réduire la frustration ressentie. Le recours aux croyances religieuses et la spiritualité est utilisé par Mme Habiba, Mme Djamila et Mlle Latifa, qui est un moyen d'accepter et d'acquiescer la patience pour faire face et gérer le stress perçu.

On constate ainsi la présence d'un épuisement professionnel, mais avec un degré bas, grâce à leurs capacités à faire face et aux différentes stratégies mises en action, et surtout grâce à l'intérêt que porte nos sujets pour le malade et cette ardeur à toujours offrir une meilleure qualité de soin possible.

Le Cancer est une maladie grave qui augmente à un rythme alarmant, elle s'accompagne souvent de souffrances physiques émotionnelles qui mettent les professionnels qui la prennent en charge, en particulier les médecins généralistes et oncologues, dans des situations ardues.

En effet, l'une des tâches primordiales de toute personne engagée dans la relation d'aide est de prendre soin de l'autre. Et pour une bonne prise en charge, le soignant doit être doté d'une qualité primordiale, qui est l'empathie car elle assure une bonne relation médecin-malade, qui a un effet positif sur le bon déroulement du processus de prise en charge. Autrement dit une relation médecin-malade efficace est le fondement du soin. Elle augmente la satisfaction des patients et des médecins et influence l'obtention de meilleurs résultats thérapeutiques quant à sa compliance au traitement et une diminution de son anxiété.

Cependant cette tâche peut être parfois source de stress et de dégradation physique et psychique pour ces professionnels, en raison de la surcharge du travail, de la confrontation quotidienne à la souffrance des soignés. Certains soignants peuvent par conséquent être victimes de burnout dans certains services spécifiques notamment le service d'oncologie.

En effet, notre recherche a été effectuée au sein du service d'oncologie, au niveau de l'EPH d'Amizour à Bejaia, auprès de six médecins, dont quatre oncologues et deux généralistes.

Ainsi, cette recherche a eu pour objectif de décrire la nature du vécu psychologique, en retenant deux indicateurs, l'empathie et le burnout.

Pour la vérification de nos hypothèses de recherche portant sur les deux indicateurs du vécu psychologique cités ci-dessus, nous avons eu recours à

l'entretien clinique de recherche semi-directif, au questionnaire d'empathie QCAE, à l'échelle de burnout MBI. Ces outils de recherche ont été appliqués pour les six sujets de notre recherche, dans le but d'affirmer ou d'infirmer nos hypothèses.

A partir des résultats obtenus durant notre recherche, nous avons constaté que notre première hypothèse partielle intitulée « *le niveau d'empathie affective des médecins travaillant en oncologie est important* » a été affirmé pour Mme Habiba, Mr Bader, Mme Salima, Mlle Latifa, qui ont obtenu un niveau important. Nous l'avons infirmé pour Mme Djamila et Mlle Zahra qui ont obtenu un niveau faible et modéré.

Notre deuxième hypothèse partielle intitulée « *le niveau d'empathie cognitive des médecins travaillant en oncologie est important* » est affirmée par l'ensemble de nos sujets, ils ont obtenu un niveau important à l'empathie cognitive.

Notre troisième hypothèse partielle intitulée « *le degré du burnout des médecins travaillant en oncologie est bas* » est infirmée pour Mme Habiba, Mr Bader, Mlle Latifa, avec un degré modéré à la composante épuisement émotionnel pour Mme Habiba et Mr Bader, et un degré élevé pour Mlle Latifa.

Elle est aussi infirmée pour Mme Djamila, Mlle Zahra en obtenant des degrés bas, et de même Mme Salima avec un degré modéré

Ainsi, notre hypothèse générale intitulée « *la nature du vécu psychologique des médecins travaillant en oncologie est mauvaise* » est affirmée pour Mme Salima, Mme Habiba, Mlle Latifa, et infirmée pour, Mr Bader Mme Djamila, Mlle Zahra.

Dès lors, on constate que l'exercice dans le service d'oncologie peut vraiment engendrer une souffrance et un vécu psychologique d'allure mauvais.

Au cours de notre recherche, nous avons constaté d'après nos observations, les dires de nos sujets et le personnel du service, que ce dernier assure les consultations, mais les analyses particulièrement la biopsie, sont faites à l'extérieur. Il accompagne les malades uniquement en chimiothérapie, et des ruptures en médicaments sont parfois constatées. Ainsi pour répondre au besoin des personnes atteintes de cancer, et l'amélioration des conditions de travail, il serait souhaitable de doter ce service de moyens qui permettraient de prendre en charge le sujet de la première consultation à une éventuelle guérison en passant par les différentes étapes. Ces moyens se composeraient d'un personnel qualifié du matériel indispensable pour poser les diagnostics, un laboratoire équipé pour les analyses et biopsie pour mesurer l'importance du problème. Peut-être former les médecins sur le plan psychologique afin de créer un environnement d'interaction médecin-malade. De proposer des formations de la gestion du stress pour renforcer leurs stratégies de coping et leurs empathies cognitives. Enfin, il est très souhaitable de consacrer des séances de psychothérapie individuelles et collective spécialement aux soignants afin de leur permettre de faire part de leur vécu psychologique en général, dans le but de renforcer leur identité professionnelle et d'améliorer la qualité des soins offerts.

Nous espérons vivement qu'à partir de ce travail, nous avons pu mettre en lumière le vécu psychologique des médecins exerçant en oncologie. Cependant, c'est une étude de cas qu'on a effectué dans un seul service, les résultats que nous avons obtenus ne peuvent pas être généralisés. Nous devons rester très modestes.

Le sujet du vécu psychologique, est un sujet qui mérite d'être étudié et d'être mis en avant, c'est pour cela que nous allons présenter quelques

thématiques que nous avons estimé nécessaires à étudier : La souffrance psychologique des médecins exerçant en oncologie, les stratégies de coping des médecins exerçant en oncologie, la qualité de la relation médecin-malade en oncologie.

# Liste bibliographique

### Ouvrages

1. Angers, M. (2005). *Initiation pratique à la méthodologie*. Paris : Dunod
2. Bacqué, M-F, (2011). *Annoncer un cancer*. Paris : Springer.
3. Bellesoeur, A, Cabel, L, Hutt, E & Mustaghfir, M. (2015). *Cancérologie*. Paris : Vernazobres-Greggo.
4. Ben Soussan, P & Dudoit, E. (2011). *Les souffrances psychologiques des malades du cancer*. Paris : Springer.
5. Benony, H & Chahraoui, K-H, (2013). *L'entretien Clinique*. Paris: Dunod.
6. Bénony, H & Chahraoui, Kh. (1999). *L'entretien clinique*. Paris : Dunod.
7. Bernard, J-C & Lemoine, C, (2007). *Traité de psychologie du travail et des organisations*. Paris : Dunod.
8. Bertheleme, E, (1981). *Histoire de la notion du cancer*. France : Seconde Edition.
9. Blanchet, A & Gottman, A, (2007). *L'entretien*. Paris : Armand colin
10. Boissier, M-C, (2012). *la confiance dans la relation médecin malade*. DOI 10.3917/comm.139.0799.
11. Bonah, C, Haxaire, C, Mouilli, J.M, Penchaud, A.L & Visier, L. (2014). *Médecine, Santé et sciences humaines*. Paris : Les Belles Lettres.
12. Boudarene, M, (2005). *Stress entre bien être et souffrance*. Alger : Berti.
13. Boudoukha, A.H, (2009). *Burnout et traumatisme psychologique*. Paris : Dunod.
14. Boulanger, C, & Lancon, C, (2006). *L'empathie, réflexion sur un concept*. Paris : Elsevier.
15. Canoui, P & Mauranges, A, (2015). *Le burnout a l'hopital*. Paris : Elsevier Masson.
16. Canoui, P, Mauranges, A & Florentin, A, (2008). *Le burnout a l'hôpital*. Paris : Elsevier Masson.

17. Chahraoui, Kh & Bénony, H. (2003). *Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique*. Paris : Dunod.
18. Chanchat, E, (1995). *L'enquête en psycho-sociologie*. Paris : puf
19. Ciccon, A, (1998). *L'observation clinique*. Paris : Dunod.
20. Coutanceau, R, Benngadi, R & Bornstein, (2016). *Stress, burnout, harcèlement moral*. Paris : Dunod.
21. Curchod, C, (2009). *Relation soignants soignés*. Paris : Elsevier Masson.
22. Delbrouck, M, (2007). *Le burout et médecine, syndrome d'épuisement professionnel*. DOI 10.3917/cpc.28.0121.
23. Delbrouck, M, (2017). *Le burnout du médecin soignant*. DOI 10.3917/sdes.19.0005.
24. Deniker, P, Lempérière, Th & Juyotat, J. (1990). *Précis de psychiatrie de l'adulte*. Paris: Masson.
25. Estryn-Behar, M, (1997). *Stress et souffrance des soignants à l'hôpital*. France: Estem.
26. Expertise collective, (2008). *Cancer et environnement*. Paris : Inserm.
27. Formarier, M, (2007). *Relation de soin, concepts et finalité*. Toulouse : ARSI. Doi 10.3917/rsi.089.0033.
28. Giami, A. (2009). *La posture clinique dans la recherche en psychologie et en science humaine*, Ionesco, S & Blanchet, A, *Méthodologie de la recherche en psychologie clinique*, pp. 33-52. Paris : puf.
29. Grawitz, M. (2001). *Méthodes des sciences sociales* (11). Paris : Dalloz.
30. Guillevic, C, (2002). *Psychologie de travail*. Paris : Nathan.
31. Harel-Birand, H, (2010). *Manuel de psychologie à l'usage des soignants* Paris : Elsevier Masson.
32. Hoerni, B & Subeyran, P. (2011) *La cancérologie au quotidien*. France : Springer.



33. Houessou, B & Lionel, H, (2015). Anticiper, prévenir et traiter l'épuisement professionnel. Zawieja, ph & Guarnieri, F. *Epuisement professionnel principales approches conceptuelles, cliniques et psychométriques* (pp. 55-70). Paris : Armand Colin.
34. Lancelot, A, Costantini-tramoni, M & Tarquinio, T. (2012). L'empathie : une dimension centrale du processus psychothérapeutique, Tarquinio, C. *Manuel des psychothérapies complémentaires*(pp. 80-135).paris : Dunod.
35. Lazorthes, G, (2000). *Sciences humaines et sociales l'homme, la société et la médecine*. Paris : Masson.
36. Lionel, D. (2012). Le profil cognitivo-comportemental du patients douloureux chronique dans un centre de la douleur chronique. Laroche, F & Roussel, Ph. *Douleur chronique et thérapies comportementales et cognitives (TCC)*. (pp. 39-49). Paris : In Press.
37. Loriot, Y & Mordant, P. (2011). *Cancérologie*. France : Elsevier Masson.
38. Manoukian, A. (2016). *La souffrance au travail les soignants face au burnout*. Paris : Lamarre.
39. Marandas, P, (1981). *Le cancer des VADS dans l'histoire*. France : Elsevier Masson.
40. Marty, F, (2009). La methode du cas, Ionescu, S, Blanchet, A, *methodologie de la recherche en psychologie clinique*. Paris : puf
41. Maslach, C & Leiter, M.P. (2011). *Burnout, le syndrome d'épuisement professionnel*. Paris: Arènes.
42. Mikolajczak, M, (2013). *Les interventions en psychologie de la santé*. Paris : Dunod.
43. Morasz, L. (2003). *Prendre en charge la souffrance a l'hôpital*. Paris : Dunod.
44. Paillé, P, (2006). *La méthodologie qualitative*. Paris : Armand colin.

- Pedinielli, J-L & Fernandez. (2015). *L'observation clinique et l'étude de cas*(3). Paris : Armand Colin.
45. Proia-Lelouey, N, (2012). *L'enquête en psychologie clinique*. Paris : In Press.
46. Pucheu, S. (2006). L'hôpital comme lieu de soins pour les malades atteints du cancer et leurs proches. Bacqué, M.F. *Cancer et traitement*. (pp. 46-52). France : Springer.
47. Rézette, S, (2008). *Psychologie clinique en soins infirmiers*. Paris : Elsevier Masson
48. Schneider, P-B, (1989). Psychologie médicale, Deniker, P, Lempérière, Th & Juyotat, J. *Précis de psychiatrie clinique de l'adulte* (pp. 374-386). Paris : Masson.
49. Scotté, F, Colonna, P & Andrieu, J.M, (2002). *Cancérologie*. Paris : Ellipses.
50. Spire, A & Poinot, R, (2007). *L'annonce en cancérologie*. Boulogne : Open édition, Doi : 10.4000/ question communication. 7340.
51. Sutter, P.E, (2016). *Travailler sans s'épuiser*. Paris : Eyrolles.
52. Vander Borght, C, (2016). *Le Burnout des médecins soignants*. DOI 10.3917/ctf.057.0119.
53. Vannotti, M, (2002). *l'empathie dans la relation médecin patient* DOI 10.3917/ctf.029.0213
54. Wade, C & Tavis, C, (2002). *Introduction a la psychologie, les grandes perspectives*. Bruxelles : De Boek.
55. Zawieja, ph & Guarnieri, F. (2015). L'épuisement professionnel, Zawieja, ph & Guarnieri, F. *Epuisement professionnel principales approches conceptuelles, cliniques et psychométriques* (pp. 11-27). Paris : Armand Colin.

### Thèses et mémoires

56. Bardou, J & Paultre, U, (2016). *Etude du stress perçu et de l'empathie chez les internes de médecine générale d'Aquitaine* (thèse de doctorat en médecine). Université de Bordeaux. France.
57. Bélaube, C, (2016). *Etude de l'évolution de l'empathie et des symptômes dépressifs chez les internes de médecins générale d'Aquitaine (promotion 2003) pendant les 18 premiers mois d'internat et corrélation entre les deux* (thèse de docteur en médecine). Université de Bordeaux. France.
58. Benatia, Y, (2008). L'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes (mémoire présenté pour l'obtention du diplôme de magister en psychologie clinique). Université Mentouri de Constantine. Algérie.
59. Benferhat, A, (2008). *L'étude du syndrome du burnout chez une population à risque* (mémoire de magister en psychologie clinique spécialité psychopathologie) faculté des sciences sociales, université d'Oran. Algérie.
60. Desauw, A, (2014). *Stratégies de régulation émotionnelle des praticiens lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle en cancérologie* (thèse de doctorat en vue de l'obtention du titre de docteur en psychologie). Université de Lille 3 Nord de France. France.
61. Ducharme, G, (1987). *L'empathie et l'actualisation de soi chez les étudiants thérapeutes*. (mémoire en psychologie). Université de Québec. Canada.
62. Even-Desrumaux, K, (2012). *Développement d'outils innovants pour le diagnostic et la découverte de cibles dans le cancer du sein* (thèse de doctorat en biologie). Université Aix-Marseille, France.
63. Lacour, M, (2012). *Empathie des enseignants et souffrance psychologique des élèves* (thèse de doctorat en psychologie). Université de Franche Comte, France

64. Lancelo, L, (2010). *L'empathie des soignants perçus comme les patients de cancer de bronchique* (thèse de doctorat en psychologie). Université Paul Verlaine- Metz, France.
65. Lazarescu Le Gall, (2015). *Évaluation de la prévalence de l'épuisement professionnel chez les oncologues radiothérapeutes seniors et juniors en France* (Thèse pour le doctorat en médecine). Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen, France.
66. Lempreur Guyonnet, S, (2004). *Etude noburnout, corrélation entre empathie et syndrome d'épuisement* (thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine). Université de Poitiers. France.
67. Mangen, M-H, (2007). *Etude du burnout chez les médecins généralistes luxembourgeois* (thèse de doctorat en médecine) Université Pierre te Marie Curie Paris 6. France
68. Mons, M, (2015). *Empathie et odontologie* (thèse de doctorat en chirurgie dentaire). Université Toulouse III, France
69. Morice-ramate, A, (2015). *Approche psychométrique de l'empathie de la résilience et de la maitrise émotionnelle chez les internes de médecine générale de Nantes* (thèse de diplôme d'état de docteur en médecine). Université de Nantes. France.
70. Nguyen Trong, M-V, (2016). *Impacte d'une formation a la relation thérapeutique (FRT) sur les capacités empathiques en DFASMI de médecine* (thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine) université paris Diderot – Paris 7, France.
71. Schraub, S, (2007). *Médecines parallèles et cancer : analyse sociologique 1962-2007* (thèse de doctorat en sciences humaines). Université Marc Bloch sciences humaines Strasbourg. France.

72.Tavares, M, (2009). *Le Burnout chez les soignants : facteurs prédisposant et moyen de prévention*. (travail en vue de l'obtention du titre de Bachelor de soins en infirmiers). Haute école de santé, Fribourg. Suisse.

### Rapports

73. DGT, Anact, INRS, (2015). *Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout*. Paris : DICOM.

74.Le rapport annuel : *Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS)*, (2006/2007). Les métiers de la cancérologie. ([www.Lasouris.org](http://www.Lasouris.org)).

75.Sebaoun, M-G, (2017). *Rapport d'information relatif au syndrome d'épuisement professionnel ou burnout*. Paris

### Cours

76.Pr. Baillet, (2015). *Cancérologie*. (Université Pierre et Marie Curie). Paris DCEM3.

### Dictionnaires

77.Boudon, R, Besnard, PH, Cherkaoui, M & Lécuyer, B-P, (2012). *Dictionnaire de la sociologie*. Paris : Larousse.

78.Braquin, N, Baudart, A, Dugué, J, Laffitte, J, Ribes, F & Wilfert, J, (2011). *Dictionnaire de philosophie*. Paris : Armand Colin.

79.Doron, R & Parot, F, (2005). *Dictionnaire de psychologie*. Paris : puf

80.Doron, R & Parot, F, (2013). *Dictionnaire de psychologie*. Paris : puf.

81.Le petit Larousse Illustré, (2014). Paris : Larousse.

82.Quevauvilliers, J, (2008). *Dictionnaire médical de poche*. Paris : Elsevier Masson

83.Quevauvilliers, J, (2009). *Dictionnaire médical*. Paris : Elsevier Masson

84.Sillamy, N, (1980). *Dictionnaire encyclopédique de psychologie*. Paris : Bordas.

85.Sillamy, N, (2003). *Dictionnaire de psychologie*. France : Larousse.

### Articles

86.Bass, H.P, (2011). *L'empathie*, *Le Journal des psychologues* Cairn.info, n°286, p. 14-14. DOI 10.3917/jdp.286.0014.

87.Lecomte, J, (2011). *Empathie et ses effets*. Paris : Elsevier Masson.

88. Nadaw, S & Capitaine, L, (2018). *Médicaments cytotoxiques et soignants*. Paris : INRS.

### Revues

89.Benferhat, A, (2013). *Le syndrome du Burnout chez les médecins en situation de catastrophe : le cas des SAMU d'Alger, Blida et Médéa* *Insaniyat*. *Algerie. تانسانيا* 59, 133-143.

90.L'Institution National du Cancer, 2007. Repéré a : <http://www.chu-poitiers.fr/wp-content/uploads/ksein.pdf>.

91.Mayer, S & Maillard, V, (2015). *Quelles stratégies de coping sont utilisées par des infirmiers des soins aigues et des urgences face au stress ?* (une revue de la littérature). Haute école de santé fribourg. Suisse.

92.Mazzocato, D-C, (2009). *L'empathie face au patient en fin de vie*. La revue de la société Vaudoise de médecine. Suisse.

### Sites internet

93.([https://www.newsmedical.net/health/Cancer-History-\(French\).aspx](https://www.newsmedical.net/health/Cancer-History-(French).aspx) 2017)

94.<https://www.etui.org/fr/content/download/20641/169155/file/Hesamag>

95.\_11\_FR\_33.pdf

96.[http://www.santemaghreb.com/algerie/documentations\\_pdf/docu\\_73.pdf](http://www.santemaghreb.com/algerie/documentations_pdf/docu_73.pdf).

97.Ligue nationale contre le cancer, (2009). Le dépistage des cancers. Paris.  
Repéré a : <https://www.ligue-cancer.net/pdf>.

98. OMS. <Http://www.who.int/topics/cancer/fr/> consulté février 2017

# **Annexes**



**Annexe N° 1 : Guide d'entretien clinique semi directif**

**Informations générales sur le sujet**

1. Quel âge avez-vous ?
2. Quelle est votre situation matrimoniale ?
3. Avez-vous des enfants ? si oui combien ?

**AXE 1) : Informations sur la profession du médecin**

4. Pouvez-vous nous parler de votre cursus universitaire ?
5. Avez-vous suivi d'autre formation en dehors de votre cursus universitaire ?
6. Avez-vous choisi cette formation ou spécialité ? pourquoi ?
7. Depuis quand êtes-vous dans la pratique ?
8. Avez-vous exercé dans d'autre établissement de santé ?
9. Depuis quand exercez-vous dans ce service actuel ?

**AXE 2) informations sur l'empathie**

10. Qu'est ce qui est difficile pour vous dans l'exercice de ce travail ?
11. pouvez-vous nous décrire votre état émotionnel et votre ressenti quand vous annoncez au malade le diagnostic du cancer?
12. Pouvez-vous nous décrire certaines situations où vous avez ressenti de fortes émotions à l'égard du malade ?
13. Quelles sont vos craintes lors de la prise en charge d'un malade ?
14. Pouvez-vous nous décrire votre attitude lors de la prodiguasson des soins au malade ?
15. Accordez-vous de l'importance au langage corporel de vos patients?
16. Que ressentez-vous lorsque vous apercevez la souffrance et la douleur physique et psychique de vos patients, ainsi que la douleur de leurs familles?

17. Vos patients se confient-ils à vous, mis à part la maladie ?
18. Vous arrive-t-il de vous mettre à la place de votre patient ? comment ?
19. Qu'éprouvez-vous au moment de la perte d'un patient ?
20. Pensez-vous que l'état émotionnel et la bienveillance du médecin peuvent contribuer à une meilleure qualité des soins proposés aux patients ? pourquoi ?
21. Quel est votre ressenti lors du rétablissement d'un patient ?
22. Quel est votre souhait face à un malade à qui vous offrez des soins ?

### **Axe 3) : informations sur le burnout**

23. Combien de jours travaillez-vous par semaine et à raison de combien d'heures par jour ?
24. À quel rythme travaillez-vous entre le suivi des malades hospitalisés, consultations de contrôles ainsi que la réception de nouveaux cas ?
25. Votre rythme de travail influence-t-il la qualité de votre sommeil ? si oui comment ?
26. Subissez-vous une pression de la part de l'administration en rapport avec le fonctionnement de votre service ? et de la part des patients et leur entourage ?
27. Êtes-vous en manque d'effectif ? comment vivez-vous et gérez-vous cela ?
28. Disposez-vous de tous les moyens possibles afin d'exercer votre travail ?
29. Y'a-t-il des périodes de rupture de certains médicaments indispensables dans la prise en charge de vos malades ? comment vivez-vous cela ?
30. Comment décrivez-vous vos relations avec le reste du personnel du service ?
31. Avez-vous le soutien de votre environnement familial et amical ? comment vous aide-t-il à mieux gérer cette pression ?
32. Faites-vous recours à certaines substances telles que le tabac, l'alcool et la caféine ou autre afin de gérer votre stress ?

33. Quels sont les différents comportements et attitudes que vous mettez en place afin de tenir le coup et d'exercer au mieux votre travail ?
34. La charge que vous subissez a-t-elle des conséquences sur la qualité des soins que vous offrez aux malades ?
35. Comment qualifiez-vous votre état physique et moral depuis que vous travaillez dans ce service ?
36. Avez-vous des choses à rajouter ?

## Annexe N°2 : Echelle de l'empathie QCAE

	Répondez rapidement et avec sincérité.	Parfaitement d'accord	Assez d'accord	Pas vraiment d'accord	Pas du tout d'accord
1.	Parfois, je trouve difficile de voir les choses du point de vue d'une autre personne.				
2.	D'habitude je garde mon objectivité quand je regarde un film ou quand je joue, et je ne me laisse pas entraîner complètement dedans.				
3.	En cas de désaccord, j'essaie d'adopter le point de vue de chacun avant de prendre une décision.				
4.	Parfois, j'essaie de mieux comprendre mes amis en imaginant les choses de leur point de vue.				
5.	Quand je suis peiné(e) par quelqu'un, habituellement, j'essaie un moment de me mettre à sa place.				
6.	Avant de critiquer quelqu'un, j'essaie d'imaginer ce que je ressentirais si j'étais à sa place.				

---

7.	Je suis souvent implique(e) émotionnellement avec les problèmes de mes amis.				
8.	J'ai tendance à devenir nerveux (se) quand les autres autour de moi me semblent être nerveux.				
9.	Les gens avec lesquels je suis ont une forte influence sur mon humeur.				
10.	Cela m'affecte beaucoup quand un de mes amis paraît contrarié				
11.	Je deviens profondément implique(e) par les sentiments d'un personnage de film, de théâtre ou de roman.				
12.	Je suis très contrarié(e) quand je vois quelqu'un pleurer.				
13.	Je suis heureux (se) quand je suis avec un groupe enjoué et triste quand les autres sont moroses.				
14.	Cela me soucie quand d'autres sont soucieux ou paniqués.				
15.	Je peux facilement dire si quelqu'un veut engager la conversation.				
16.	Je me rends compte rapidement si quelqu'un dit une chose mais				

	veut en dire une autre.				
17.	Il m'est difficile de voir pourquoi certaines choses préoccupent autant les gens.				
18.	Je trouve qu'il m'est facile de me mettre à la place d'une autre personne.				
19.	Je sais bien prédire comment va se sentir une autre personne.				
20.	Je me rends rapidement compte quand quelqu'un dans un groupe se sent mal à l'aise ou gêné.				
21.	Les autres me disent que je sais bien comprendre ce qu'ils ressentent ou ce qu'ils pensent.				
22.	Je peux facilement dire si quelqu'un d'autre est intéressé ou ennuyé par ce que je raconte.				
23.	Les amis me parlent de leurs problèmes car ils disent que je suis très compréhensif (ve).				
24.	Je me rends compte quand je dérange même si l'autre personne ne me le dit pas.				
25.	J'arrive facilement à savoir de quoi une autre personne voudrait parler.				
26.	Je peux dire si quelqu'un				

	masque ses vraies émotions.				
27.	Je sais bien prédire ce qu'une autre personne va faire.				
28.	Je sais généralement bien évaluer le point de vue d'une autre personne, même si je ne suis pas d'accord avec.				
29.	Je suis habituellement détaché(e) émotionnellement quand je regarde un film.				
30.	J'essaie toujours de prendre en considération les sentiments des autres avant de faire quelque chose.				
31.	Avant de faire quelque chose j'essaie de tenir compte de la façon dont mes amis vont réagir.				

**(Bardou & Paultre, 2016)**

Annexe N°3 Echelle du burnout MBI

Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item.  Entourer le chiffre correspondant à votre réponse	Jamais	Quelquefois par année au moins	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
1. Je me sens émotionnellement vidé par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
2. Je me sens « à bout » à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0	1	2	3	4	5	6
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon	0	1	2	3	4	5	6



impersonnelle comme s ils étaient des objets							
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6
9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	5	6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5	6
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6

14. Je sens que je travaille trop dur dans mon travail	0	1	2	3	4	5	6
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
16. Travailler au contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5	6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	0	1	2	3	4	5	6
18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades	0	1	2	3	4	5	6
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5	6
20. Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5	6
21. Dans mon travail je traite les problèmes émotionnels très	0	1	2	3	4	5	6

calmement							
22.J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6

**(Bélaube, 2016)**

## **Résumé**

Cette recherche a pour objectif de décrire le vécu psychologique des médecins travaillant en oncologie. Il s'agit notamment d'étudier l'empathie et le burnout de ces derniers dans le cadre de l'exercice de leur métier. Pour réaliser cette étude, nous avons utilisé un entretien clinique semi-directif, le questionnaire d'empathie QCAE, et l'échelle du burnout MBI. Cette recherche a révélé des vécus psychologiques différents d'un soignant à un autre, certains semblent s'inscrire dans un bon vécu et d'autres moins bon. Le résultat de l'échelle QCAE a révélé un niveau important d'empathie affective pour quatre de nos cas, et un niveau faible et modéré pour les deux restants. Concernant l'empathie cognitive, tous nos sujets possèdent un niveau important. L'échelle MBI a révélé un niveau de burnout modéré pour un cas, et un degré bas pour le reste des sujets.

**Mots clés :** oncologie, médecin généraliste et oncologue, vécu psychologique, empathie, burnout.

## **Abstract**

The aim of this research is to describe the psychological experience of doctors working in the field of oncology. It especially concerns the study of their empathy and burnout during the execution of their profession. To make this study in practice, we have implemented a semi-directive clinical interview, the QCAE, and the scale of MBI. This research has shown psychological experiences that differ from one patient to another. Some of the patients appear having spent a good experience, and for the others less good one. The result of the scale QCAE has shown an important level of effective empathy among four subjects of our study, and a weak or moderate level for the rest two subjects. Concerning the cognitive empathy, all the subjects possess an important level of it. The scale MBI has revealed a moderate level for one case, and a low degree for the rest of the subjects.

**Key words:** Oncology, General practitioner and Oncologist, Clinical experience Empathy, Burnout.