

Le vécu psychologique du métier de médecin oncologue en Algérie : entre empathie et burnout**The psychological experience of the profession of oncologist in Algeria: between empathy and burnout****BENAMSILI Lamia**

haderbache.lamia@gmail.com

Abderrahmane Mira University, Bejaia (Algérie)

Receipt date: 09/03/2019; Acceptance date: 31/10/2019; Publishing Date: 30/06/2020

Abstract. The aim of this exploratory and qualitative 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.

Keywords. Oncology; General practitioner and oncologist; Clinical experience; Empathy; Burnout.

Résumé . Cette recherche exploratoire et qualitative 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 vécu positif et d'autres négatif. 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.

I. Introduction :

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* ». ¹

En effet, notre objectif était d'affiner nos connaissances sur cette question, mais également et surtout 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 davantage sur le soigné, laissant en marge le soignant. 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 à tous les espoirs. 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. L'actualité de notre pays n'est pas en reste. L'évènement récent concernant la grève des 13 mille résidants Algériens, dont des oncologues, a attiré notre attention de par leurs revendications. Le médecin se trouve face au malade dans des conditions de travail difficiles, sans les outils nécessaires pour exercer son métier, générant par conséquent une fatigue émotionnelle et physique.

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

Ainsi, si l'objectif général de notre recherche est d'étudier la problématique du vécu psychologique de nos sujets c'est-à-dire décrire les conséquences ou bien l'impact de l'exercice du métier d'oncologue sur le psychisme de nos sujets étudiés, les objectifs partiels ou plus exactement opérationnels sont d'identifier le type et le niveau de l'empathie et le degré du burnout chez ces derniers.

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

¹ Maouche, N., & Mebarki, S. (2018). Le vécu psychologique des médecins travaillant en oncologie. Mémoire de fin de cycle en vue de l'obtention du diplôme de master en psychologie clinique, Université de Abderrahmane Mira de Bejaia. Le mémoire a été encadré par le Dr Benamsili Lamia.

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.

En effet, 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. 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.

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 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.

Ainsi, 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 récurrences, à l'absence de coopération de certains patients, qui sont une source de souffrance vécue comme un échec de la part du soignant. Le burnout prend place petit à petit et ses manifestations apparaissent, telle que la fatigue physique et moral, la stagnation, l'irritabilité, la colère, frustrations, etc

Pour la réalisation de notre 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 cognitions et les émotions et le comportement. Elle va nous permettre d'appréhender et de rendre compte des sentiments et des pensées propres aux médecins étudiés quant à l'exercice de leur métier.

À 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 négative.

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.

1- Rappel théorique

Avant de rentrer dans le vif du sujet en exposant notre recherche sur le terrain et ses résultats, il nous semble important de bien définir les notions essentielles de notre travail.

1.1. Le 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)* ». (Dictionnaire médical de poche, 2008, p.74). En effet, « *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.* » (Mikolajczak, 2013, p.87).

1.2. Le médecin généraliste et l'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, p. 418)

L'oncologie est une : « *branche de la médecine consacrée à l'étude et au traitement des tumeurs et, par extension, des cancers* ». (Quevauvilliers, 2009, p. 417)

1.3. Le vécu psychologique : Empathie et burnout

Le vécu psychologique constitue l'état émotionnel dans lequel se situe une personne face à un événement, ainsi dans notre recherche nous mettrons en lumière l'état dans lequel se situe un soignant en oncologie. Par Vécu on entend « *l'ensemble des événements 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, 2011, p.522)

Quant au psychologique : « *désigne tous les faits existants à un instant donné et déterminant la conduite d'une personne ou d'un groupe à ce moment précis* » (Sillamy, 1980, p.962). Donc le vécu psychologique désigne l'« *expérience* » c'est-à-dire tout ce que l'individu ressent ou pense face à un événement et il s'agit de ce qui se passe à l'intérieur de l'organisme et cela peut devenir conscient ». (Tavris & Wade, 2000, p.44)

Le vécu dans notre recherche renvoie donc à un état subjectif ou plutôt à l'aspect expérientiel de la santé psychologique de nos sujets de recherche au travail. C'est le volet « négatif » du vécu avec ses dérivés (absence d'empathie, empathie pathologique, présence d'un burnout) qui constituent la préoccupation de ce travail.

Selon le dictionnaire de la psychologie l'empathie est : « *l'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)

Par ailleurs, 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.

Dans ce cadre et à partir de nos lecture, 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.

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 : 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).

2. Méthode et outils .

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.

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).

L'étude est qualitative, cette approche nous semblant plus pertinente que l'approche quantitative dans le cadre d'une démarche exploratoire et dès lors qu'il s'agit de décrire et d'interpréter plus finement les phénomènes qui impliquent la subjectivité des médecins exerçant en oncologie.

Dans ce cadre, 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. Ainsi nous avons retenu comme méthode de

recherche la méthode clinique et l'étude de cas afin d'explorer au mieux la qualité du vécu psychologique notamment la nature de l'empathie et le degré du burnout.

Toutefois, il est à noter que dans notre recherche, par « cas », on désigne un sujet particulier, spécifié, un individu ou personne répondant à certaines caractéristiques et particularités retenues dans notre étude comme critères de sélection. Dès lors, ce sont des personnes volontaires et constantes quant à la participation à l'étude. Leur décision est librement choisie et non imposée. Naturellement, un cas unique ne renseigne pas sur tout ce que l'on voudrait savoir et les études réalisées à base de l'étude de cas ne peuvent être généralisées.

Dans ce cadre, 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, l'étude de cas « vise à dégager la logique d'une histoire de vie singulière aux prises avec des situations complexes nécessitant des lectures à différent niveau, et mettant en œuvre des outils conceptuels adoptés ». (Fernandez & Pardinielli, 2015, p.58)

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)

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. 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.

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.

Tableau n°1 : caractéristiques du groupe de recherche

Prénom	Age	Situation matrimoniale	Expérience en nombre d'années
Habiba	39	Mariée	12
Bader	40	Marié	10
Salima	42	Mariée	10
Djamila	28	Mariée	4
Latifa	28	Célibataire	2
Zahra	36	Célibataire	4

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.

2.1. Entretien de recherche .

Nous avons donc adopté l'entretien de recherche qui comme technique d'enquête est née 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). Ainsi, 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. (Cicccone, 1998).

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.

De ce fait nous avons élaboré un guide d'entretien de 37 questions en tout. 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 s'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.

2.2. 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 : Contagion émotionnelle (émotionnal 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) (Bardou, 2015 ; Belaube, 2016).

L'interprétation se fait comme suit : 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 (Bardou, 2015 ; Belaube, 2016).

Sa validité de convergence fut démontrée par les auteurs en retrouvant des corrélations positives fortes pour les scores d'empathie cognitive et d'empathie affective au QCAE. Sa validité de construction fut démontrée en faisant passer des questionnaires évaluant des traits de personnalité psychopathique, agressive, colérique, impulsive, et machiavélique. Les auteurs ont retrouvé comme attendu, que l'empathie affective avait une plus forte corrélation négative avec la colère et l'agressivité que l'empathie cognitive. Et, l'empathie cognitive avait une plus forte corrélation négative avec l'impulsivité et les traits psychopathiques que l'empathie affective. La validité convergente est mesurée à l'aide de corrélation avec la Basic Empathy Scale (BES ; Jolliffe &, 2006) ; l'empathie cognitive ($r = .62, p < .001$) et l'empathie affective ($r = .76, p < .001$). Ces liens sont forts et montrent une bonne validité convergente. (Renier et al, 2011).

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.

2.3.Echelle 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.

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.

Le degré du burnout est élevé lorsque, le score de l'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation est élevé 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).

Concernant les qualités psychométriques de l'outil, la version française traduite par Alain et Gévry (1986) fut testée sur un échantillon de 77 intervenants en service social. Selon Gévry (1987), les résultats psychométriques (structure factorielle, consistance interne, intercorrélations entre les variables) apparaissent très similaires à la version originale. Ainsi, les coefficients de consistance interne de la version française varient entre .70 et .89 alors que ceux de la version anglaise varient entre .71 et .90. Pour la fidélité : Pour un intervalle de 2 à 4 semaines (N=53) : coefficient de stabilité 0.82 pour la dimension épuisement émotionnel ; 0.60 pour la dimension de la déshumanisation et 0.80 pour la dimension accomplissement personnel. La fidélité test-retest pour cet outil est donc satisfaisante. La consistance interne est également bonne : tous les alphas de Cronbach sont supérieurs à 0.70 pour la version anglaise et pour la version française, on note des coefficients alpha de Cronbach satisfaisants. Concernant la sensibilité de cet outil, on note un manque de sensibilité pour la dimension de déshumanisation. La version anglaise dispose d'un étalonnage puisque cet inventaire est édité. La version française dispose d'étalonnage mais ils sont limités aux professions étudiées dont la profession de médecin (Langevin, 2012).

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.

2.4.Déroulement de la recherche

La pré-enquête 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).

Dans ce cadre, nous avons réalisé notre pré enquête à 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. Après avoir accompli notre pré-enquête, 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.

Par ailleurs, 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).

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

On a adopté une attitude de neutralité et d'objectivité, on n'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.

3. Résultats et discussion :

Nous allons ici 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 :

3.1. Cas de Habiba . D'après les données recueillies à travers cet entretien, Mme Habiba semble présenter des indicateurs significatifs d'un vécu psychologique plus ou moins négatif. 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, 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 a son service. Cependant son état s'est amélioré depuis son affectation à Bejaia car les conditions étaient contraires 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. À propos de son vécu, elle déclare « *Les décès des patients, je les supporte mal, c'est très difficile, je fais le deuil comme un membre de la famille* », « *on se met à sa place, imaginer être lui, comment je ferai ?* ».

Notre cas présente une empathie affective et cognitive importante, cela est bien clair à partir des résultats obtenus au questionnaire QCAE. En effet, Dans le QCAE, Mme Habiba a obtenu un niveau d'empathie affective important avec un score de 37, 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). Le sujet a également obtenu un niveau d'empathie cognitive important avec un score de 68. Mme Habiba à 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) 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).

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.

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.

3.2.Cas de Bader .

En se basant sur les résultats obtenus dans l'entretien clinique, Mr Bader présente un vécu psychologique bon et une 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 travail, et le manque de place au sein du service d'oncologie, qui se fait de plus en plus ressentir. Il déclare notamment à propos de ses patients « *l'annonce du diagnostic, et surtout l'annonce de l'arrêt du traitement, c'est vraiment très difficile* », « *je leur remonte le moral, j'apporte un soutien, des fois je fais des blagues* ».

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 linge 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 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.

3.3.Cas de Salima

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 vécu négatif. Dans le QCAE elle a obtenu 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 le burnout, elle obtient un degré modéré. 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, 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.

3.4.Cas de Djamila .

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. À propos de son vécu, elle nous raconte que *«ma plus grande crainte c'est les récives, que le traitement ne soit pas efficace»*, *« c'est difficile, je me sens triste mais faut avoir du courage, et donner du courage au patient »* et *« j'espère qu'un jour, ils vont trouver un traitement miracle, pour que les malades aient une vie »*.

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 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, tout 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 ses patients.

3.5.Cas de Latifa .

En se basant sur les résultats obtenus dans l'entretien clinique, Mlle Latifa Semble présenter un vécu négatif de son métier, 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, impliquant 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. Elle a obtenu 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. Mlle Latifa obtient un degré de burnout bas avec un score moyen de 29. 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 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.

3.6. Cas de Zahra .

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 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.

Concernant le burnout, elle obtient un degré bas avec un score 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 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.

4. Conclusion

On conclut que Mme Salima, Mme Habiba et Mlle Latifa, semblent présenter un vécu psychologique négatif, que, Mr Bader a l'air d'avoir un vécu psychologique positif, enfin Mme Djamila et Mlle Zahra présente un vécu psychologique plus au moins positif.

À partir des résultats obtenus durant notre recherche, nous avons constaté que notre première hypothèse partielle « *le niveau d'empathie affective des médecins travaillant en oncologie est important* » a été affirmé pour Mme Habiba, Mr Bader, Mme Salima, Mlle Latifa. Nous l'avons infirmé pour Mme Djamila et Mlle Zahra, qui ont obtenu un niveau faible et modéré. Notre deuxième hypothèse partielle « *le niveau d'empathie cognitive des médecins travaillant en oncologie est important* » est affirmée par l'ensemble de nos sujets. Notre troisième hypothèse partielle « *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.

Comme nous venons de le voir, La relation médecin-patient, dont l'empathie est un des piliers, peut-être une réelle source de satisfaction professionnelle pour le médecin, mais peut également, lorsqu'elle devient pathologique, devenir source d'angoisse voire d'épuisement pouvant mener jusqu'au burnout. Le burnout peut être considéré comme une des conséquences d'une relation d'aide devenue pathologique. Chez les médecins et donc par conséquent chez les oncologues, un déséquilibre dans la relation avec leurs patients semble en

tout cas prendre une part conséquente dans l'apparition de ce syndrome. Toutefois, on ne parle pas ici de relation de causalité entre les deux notions, empathie et burnout, car cela reste complexe.

Au cours de présente 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 a 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 leurs 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 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.

Références bibliographiques :

- Bardou, J. (2016). *Etude du stress perçu et de l'empathie chez les internes de médecine générale d'Aquitaine*. Thèse de doctorat en médecine. France : Université de Bordeaux.
- 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. France : Université de Bordeaux.
- Benony, H., & Chahraoui, K-H. (2013). *L'entretien Clinique*. Paris : Dunod.
- Blanchet, A., & Gottman, A. (2007). *L'entretien*. Paris : Armand colin.
- Chahraoui, Kh., & Bénony, H. (2003). *Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique*. Paris : Dunod.
- Chanchat, E. (1995). *L'enquête en psycho-sociologie*. Paris : PUF.
- Ciccone, A. (1998). *L'observation clinique*. Paris : Dunod.
- Dictionnaire médical de poche* (2008). Paris : Elsevier Masson.
- Doron, R., & Parot, F. (2013). *Dictionnaire de psychologie*. Paris : PUF
- Fernandez, L., & Pardinielli, J-L. (2015). *L'observation clinique et l'étude de cas* (3). Paris : Armand Colin.
- Langevin, V. (2012). MBI. *Références en santé au travail*, 131, 157-159.

- Le petit Larousse Illustré**, (2014). Paris : Larousse.
- Manoukian, A. (2016). *La souffrance au travail les soignants face au burnout*. Paris : Lamarre.
- Marty, F. (2009). *La méthode du cas*. In Ionescu, S, Blanchet, A (Dir.), *Méthodologie de la recherche en psychologie clinique*. Paris : PUF
- Mikolajczak, M. (2013). *Les interventions en psychologie de la santé*. Paris : Dunod.
- Paillé, P. (2006). *La méthodologie qualitative*. Paris : Armand colin.
- Quevauvilliers, J. (2009). *Dictionnaire médical*. Paris : Elsevier.
- Reniers R et al. (2011). The QCAE: A Questionnaire of Cognitive and Affective Empathy. *Journal of Personality Assessment*, 93 (1), 84-95.
- Sillamy, N. (2003). *Dictionnaire de psychologie*. France : Larousse.
- Tavris, C., & Wade, C. (2000). *Introduction à la psychologie, les grandes perspectives*. Bruxelles : De Boek.