

Travail de mémoire

Maîtrise universitaire ès Sciences en psychologie

**L'empathie a minima dans la relation
médecin-patient·e en oncologie**

Charlie Gantet

Directrice de mémoire : **Sophie Lelorain**

Experte : **Julia Kolly**

Remerciements

J'adresse mes remerciements aux personnes qui m'ont aidé dans la réalisation de ce travail d'études et de recherche.

Je remercie Madame Sophie Lelorain, professeure à l'Université de Lausanne pour la direction de ce mémoire, ses conseils, sa disponibilité, son écoute et sa confiance.

Je remercie Madame Chantal Diserens, directrice de la Ligue vaudoise contre le cancer, pour sa disponibilité et son aide me permettant de recueillir les données nécessaires à la réalisation de ce mémoire.

Enfin, je remercie l'ensemble des participant·e·s qui ont pris leur temps de répondre au questionnaire sans qui cette recherche n'aurait pas pu aboutir.

Un grand merci à ma famille et à mes proches pour leur soutien et leurs encouragements tout au long de mes études et mon cursus universitaire.

Résumé

L'empathie a minima dans la relation médecin-patient·e en oncologie

Objectif : l'empathie a de nombreuses conséquences positives en oncologie. Le but de cette étude est d'évaluer si l'empathie a minima d'un·une médecin peut être perçue comme suffisamment empathique.

Méthodologie : notre population est composée de 28 patient·e·s et 36 personnes contrôles (N = 64). Les participant·e·s de cette étude ont été recruté·e·s en France et en Suisse. Ils ont notamment répondu à la CARE permettant d'évaluer l'empathie perçue d'un·e médecin, et au thermomètre de détresse évaluant leur niveau de détresse. Nous avons testé nos hypothèses à l'aide d'analyses de comparaisons de moyenne (t-test et ANOVA).

Résultats : l'empathie a minima a un effet sur les personnes en relation, c'est-à-dire en couple ou mariées ($p = 0.03$).

Conclusion : l'empathie a minima ne semble pas avoir d'effets sur la population générale ($p = 0.48$). Cependant, employer l'empathie a minima auprès de personnes en relation permet une vision plus empathique des médecins par ces dernières. Il est donc recommandé d'employer une empathie a minima considérant les caractéristiques individuelles d'une personne et non de manière automatique.

Mots clefs : cancer, relation, empathie a minima, détresse.

Abstract

Minimal empathy in the physician-patient relationship in oncology

Objective : empathy has many positive issues in oncology. This study want to assess whether a physician's minimal empathy can be perceived as sufficiently empathetic.

Methodology : our population consisted of 28 patients and 36 control individuals (N = 64). The participants of this study were recruited in France and Switzerland. They completed the CARE which assess perceived empathy of a physician, and the distress thermometer which evaluate their level of distress. We tested our hypotheses using analyses of comparisons of means (t-test and ANOVA).

Results : minimal empathy had an effect on people who were in a relationship, i.e. in a couple or married ($p = 0.03$).

Conclusion : minimal empathy does not seem to have an effect on the general population ($p = 0.48$). However, employing minimal empathy with people in relationships allows for a more empathetic view of physicians the latter. Therefore, it is recommended to use a minimal empathy considering the individual characteristics of a person and not in an automatic way.

Key words : cancer, relationship, minimal empathy, distress.

Sommaire

Résumé	3
Abstract	4
1) Introduction	7
2) L'empathie	8
1. Définition	8
1. Théorique.....	8
2. Point de vue des patient·e·s.....	9
2. L'évaluation en pratique	10
1. Par les patient·e·s.....	10
2. Par les médecins eux·elles·mêmes.....	11
3. Par les chercheur·euses.....	12
4. Le concept d'opportunité empathique (OE).....	13
3. Empathie et opportunités empathiques en contexte	14
1. Types d'OE.....	15
2. Types de réponses aux OE.....	15
3. Réponses aux OE en rencontre clinique.....	16
4. Conséquences de l'empathie en oncologie	17
5. Facteurs influençant l'empathie	18
1. Chez les patient·e·s.....	19
2. Chez les médecins.....	19
3. En fonction du domaine des soins.....	20
4. Contraintes contextuelles et temporelles.....	21
3) Rationnel et objectif de l'étude	23
4) Méthodologie	25
1. Participant·e·s	25
2. Mesures	26
3. Procédure	29
4. Analyses statistiques	30
5) Résultats	32
1. Statistiques descriptives	32
2. Tests statistiques	33
1. Hypothèse 1.....	34
2. Hypothèse 2.....	34
3. Hypothèse 3.....	35
4. Hypothèse 4 : effet de la relation sur l'empathie perçue.....	36
5. Hypothèse 5 : effet de la détresse sur l'empathie perçue.....	38

6) Discussion.....	39
6.1 Synthèse des résultats.....	39
6.2 Discussion des résultats.....	39
6.3 Limites de l'étude et recommandations futures.....	42
6.4 Implication pratique.....	44
6.5 Conclusion.....	46
7) Bibliographie.....	48
ANNEXES.....	52

1) Introduction

En 2020, le cancer est responsable de presque un décès sur six, ainsi il est l'une des principales causes de mortalité dans le monde avec près de 10 millions de décès (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2022). Ce mémoire s'établit dans le contexte de l'oncologie, discipline de la médecine qui prend en charge les personnes atteintes de cancers : les patient·e·s. Dans ce contexte, la relation médecin – patient·e est tout à fait particulière. La maladie, le cancer, implique une relation s'établissant sur une longue période entre ces deux protagonistes. Les patient·e·s entretiennent le plus souvent des relations multiples et variées avec les soignant·e·s (médecins, aide-soignant·e·s, infirmier·ère·s). Le cancer touche aussi de nombreuses sphères du·de la patient·e, allant de sa sphère biologique et corporelle jusqu'à ses sphères sociales. L'OMS précise dans sa Constitution que la santé dépasse le corps (biologique) sain, la santé est « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (OMS, 2022). Dès lors, les médecins ne peuvent considérer les patient·e·s sous le seul angle corporel et biologique pour les considérer en bonne santé. Il se doivent de les considérer comme des personnes entières et sociales. Cela inclut donc une dimension essentielle : la relation médecin - patient·e. Dans cette relation, l'empathie est l'une des composantes essentielles, car elle permet d'apporter de nombreuses conséquences positives. Cependant, en oncologie de nombreuses contraintes peuvent perturber la relation empathique.

Dans un premier temps, nous allons nous pencher sur la définition de l'empathie dans le milieu médical en abordant différentes thématiques comme par exemple ses conséquences, ses contraintes, ses différentes manières de se réaliser. Puis, nous aborderons un certain type d'empathie : l'empathie a minima. Ce type d'empathie pourrait permettre d'éviter un certain nombre de contraintes permettant ainsi la mise en place d'une relation empathique a minima.

L'objectif de ce mémoire est de montrer, dans le contexte de l'oncologie, que l'empathie a minima de la part des médecins peut être perçue comme suffisamment empathique. L'empathie « a minima » est une expression courte et rapide d'empathie des médecins suite à une opportunité empathique exprimée par le·la patient·e. Cette expression comprend de la compréhension, de la réassurance, et de la légitimation des inquiétudes des patient·e·s. Cependant, à cause de contraintes de temps le·la médecin doit couper court à la conversation concernant les inquiétudes du·de la patient·e pour revenir aux informations médicales à donner à ce·cette dernier·ère. Ainsi, de l'empathie a été délivrée, mais a minima.

2) L'empathie

1. Définition

1. Théorique

L'empathie est complexe à définir parce qu'elle est considérée comme multidimensionnelle (Decety, 2020). En effet, elle dépend des soignant·e·s, de la relation avec leurs patient·e·s et du contexte dans laquelle elle se déploie. Elle semble même être influencée par les ressources institutionnelles. Sanders, chercheur dans le domaine de la communication en matière de cancer, définit ce qu'est l'empathie à travers plusieurs dimensions. Il ressort de cette étude faite sur le sol américain que l'empathie se déploie à travers la sensibilité relationnelle, le fait de se concentrer sur l'ensemble de la personne, la communication, les attributs du·de la clinicien·ne, les ressources institutionnelles et les processus de soins (Sanders et al., 2021). Mercer, médecin et professeur à l'université d'Édimbourg, propose de définir l'empathie en contexte clinique comme « une capacité [des médecins] à (I) comprendre la situation, la perspective et les sentiments du patient (et leurs significations attachées); (II) pour communiquer cette compréhension et vérifier son exactitude ; et (III) d'agir sur cette compréhension avec le patient d'une manière utile (thérapeutique) » [traduction libre] (Mercer et al., 2004, p. 700). Jeffrey, lui aussi chercheur à l'université d'Édimbourg définit de manière plus large qu'une « appropriate empathy in modern clinical care [...] is [...] an iterative process of emotional resonance and curiosity about the meaning of a clinical situation for the patient » (Jeffrey, 2016, p. 144). Cette forme large d'empathie implique que le médecin participe à l'expérience des patient·e·s mais sans oublier que ce n'est pas la sienne : c'est ce que ce chercheur nomme le « self–other differentiation » (Jeffrey, 2016, p. 144). D'après ces définitions, le·la médecin est émotionnellement engagé·e avec le·la patient·e et en même temps, il·elle est capable de réfléchir sur ses émotions, sachant qu'elles proviennent de l'autre personne. Généralement c'est le·la médecin, mais aussi la manière dont il·elle est perçu·e par les patient·e·s (ses attributs, sa sensibilité, sa manière de communiquer, ...), et aussi l'institution qui ont un effet sur l'empathie. Or l'empathie, trop souvent considérée comme uniquement dépendante des soignant·e·s, dépend donc de nombreux facteurs. C'est pour ces raisons que l'empathie est par nature « multidimensional, interpersonal, and modulated by context » (Decety, 2020), c'est-à-dire très flexible.

Concrètement, il semble logique que si les patient·e·s arrivent à percevoir l'empathie que le·la médecin communique, alors l'empathie deviendrait efficace sur le plan clinique, car ce sont ces

dernier·ère·s qui sont les principaux bénéficiaires d'une attitude empathique. Aussi, cette empathie perçue aurait des répercussions importantes dans le monde médical. Nous pouvons nous inspirer du travail de Decety, professeur et chercheur américain, qui présente l'empathie sous une forme d' « architecture fonctionnelle [...] qui comprend des composantes affectives, cognitives, motivationnelles et de régulation » [traduction libre] (2020, p. 562). Pour que les médecins soit perçu·e·s comme empathiques par le·la patient·e, ce chercheur recommande aux médecins d'adopter une « "humanistic" attitude [...] which is characterized by attention, caring, expression of concern for patient well-being, and an ability to listen attentively and respond warmly. » (Decety, 2020, p. 562). Cette posture a de nombreuses conséquences positives dans le monde médical, notamment en oncologie comme nous le verrons plus tard.

2. Point de vue des patient·e·s

En 2021 Pre. Hall, chercheuse américaine, relève que la diversité des définitions concernant l'empathie est largement répandue dans la recherche. Cependant, nous ne savons pas, ou peu, ce qu'est l'empathie du point de vue des principaux bénéficiaires, à savoir les patient·e·s, « stakeholders have not been asked directly and compared in a systematic way » (Hall et al., 2021, p. 1237). Il est donc pertinent de savoir comment les patient·e·s définissent l'empathie, car cela permet de mieux comprendre les attentes de chaque partie prenante et cela a une incidence sur l'expérience lors des interactions entre patient·e·s et médecins (Hall et al., 2021). Cette chercheuse relève que l'empathie n'est pas définie de la même manière par les patient·e·s et les médecins. Une différence majeure se situe au niveau de l'expression des émotions. Les patient·e·s incluent moins « l'émotivité des médecins et les actions liées aux émotions dans leur définition de l'empathie » [traduction libre] (Hall et al., 2021, p. 1241). De cette même étude il ressort que le fait d'écouter, de comprendre les sentiments et les perspectives d'une personne, de montrer de l'intérêt et de la préoccupation pour la personne dans son ensemble peut améliorer la perception de l'empathie clinique par les patient·e·s (Hall et al., 2021). De plus, le fait que le·la médecin soit orienté·e sur la relation, à savoir qu'il·elle fasse preuve d'attention et de compassion, qu'il·elle écoute attentivement, qu'il·elle comprenne que le diagnostic soit difficile, qu'il·elle agisse avec sincérité, qu'il·elle se préoccupe du bien-être du patient, qu'il·elle s'intéresse au patient en tant que personne à part entière est ce qui est statistiquement le plus significatif ($p < 0.001$) pour que l'empathie des médecins soit perçue par les patient·e·s (Hall et al., 2021). En effet, les patient·e·s attribuent un plus haut score empathique aux médecins si ces dernier·ère·s se montrent orienté·e·s sur la relation, alors qu'un·une médecin

s'attribue un plus haut score empathique, s'il·elle se montre impliqué·e émotionnellement. Être impliqué·e émotionnellement signifie que le·la médecin est triste quand le·la patient·e est triste, qu'il·elle se laisse toucher par la relation émotionnelle entre le·la patient·e et sa famille, qu'il·elle est perturbé·e par les malheurs du·de la patient·e, qu'il·elle observe attentivement les signaux non verbaux du·de la patient·e, qu'il·elle pose des questions sur le reste de la vie du·de la patient·e, qu'il·elle soulage les inquiétudes du·de la patient·e (Hall et al., 2021). Donc le fait d'être impliqué·e émotionnellement « revealed a striking difference in perspective between the patients and the physicians·, with patients much less likely to define physician empathy in these terms » (Hall et al., 2021, p. 1243).

Cependant, cette auteure relève que le contenu des questionnaires évaluant l'empathie diverge entre les soignant·e·s (médecins) et les soigné·e·s (patient·e·s). En ce sens, sûrement que la différence entre les items au sein des questionnaires peut orienter les réponses du sujet à cause d'un contenu différent. Cela peut donc montrer des corrélations mitigées dans les mesures de l'empathie entre ces deux populations. Nous allons donc voir comment l'empathie est évaluée en pratique auprès des patient·e·s, des soignant·e·s et par les chercheur·euse·s.

2. L'évaluation en pratique

1. Par les patient·e·s

Une échelle très répandue permettant d'évaluer le niveau d'empathie du·de la médecin par le·la patient·e est la CARE (Consultation and Relation Empathy). Celle-ci évalue la perception du·de la patient·e de l'empathie perçue de leur médecin référent·e lors de la dernière consultation. L'évaluation se fait en 10 items, à l'aide d'une échelle de likert en 6 points (Mauvais, Moyen, Bon, Très bon, Excellent, et Ne s'applique pas) en réponse à la question *Comment était votre médecin à/pour ...* (Gehenne et al., 2020). Les items sont les suivants : *Vous mettre à l'aise, Vous laisser raconter votre histoire, Vraiment à l'écoute, S'intéresser à vous en tant que personne à part entière, Bien comprendre vos préoccupations, Faire preuve d'attention et de compassion, Être positif, Expliquer clairement les choses, Vous aider à prendre le contrôle, Faire un plan d'action avec vous* (Gehenne et al., 2020). Cet outil permet une évaluation globale de la perception de l'empathie par les patient·e·s. Et selon cette auteure et ses collègues, l'empathie des médecins « a un impact sur les résultats des patients via trois processus distincts : un « processus d'établissement de rapport » [préoccupation empathique] ; un « processus émotionnel » [compréhension et communication] et un « processus cognitif » [comportement d'aide] » [traduction libre] (Gehenne et al., 2020). Nous pouvons relever notamment que l'un

des trois processus à savoir « la dimension d'établissement de la relation » est le facteur significatif dans l'étude de Hall pour que l'empathie soit perçue par les patient·e·s (2021). De plus, il semble pertinent de relever que le mot *empathie* n'apparaît pas littéralement dans cette échelle : les patient·e·s comprennent vraiment qu'ils·elles sont interrogé·e·s sur l'empathie perçue de leurs médecins ? De plus, le mot *empathie* n'est pas un mot simple à saisir pour certain·e·s patient·e·s. Comme nous l'avons vu précédemment, ce concept est large, multidimensionnelle, et flexible (Decety, 2020).

Une autre échelle d'évaluation de l'empathie des prestataires de soins par les patient·e·s, est l'échelle de Jefferson sur la perception des patient·e·s de l'empathie de leur médecin (JSPPPE). Cette échelle ne nous concerne pas pour ce travail, car nous n'allons pas l'employer. Dans cette échelle aussi il est ressorti qu'elle ne fait pas non plus apparaître littéralement le mot *empathie* (Hall et al., 2021).

Cette absence du mot *empathie* peut être due au fait que l'on suppose les patient·e·s conscient·e·s que les médecins ne sont pas des psychologues et donc que, généralement, les patient·e·s sont satisfait·e·s de la prise en charge quand les soignant·e·s détectent leurs émotions, même s'il·elle·s se trompent sur la nature de l'émotion détectée (Blanch-Hartigan, 2013 cité par (Lelorain & Fontesse, 2021). Cela témoigne donc d'une certaine indulgence des patient·e·s quant aux attentes empathiques de leurs médecins, attentes qui ne sont prioritairement pas émotionnelles, contrairement à ce qu'imaginent les médecins (Hall et al., 2021). Ainsi, considérer les attentes empathiques des patient·e·s est important, car c'est justement le·la patient·e qui attend de son médecin une attitude empathique adéquate pour ainsi le·la percevoir comme empathique. Ce qu'il faut retenir est que si le·la patient·e émet une demande et que le·la soignant·e l'accueille avec une écoute empathique large, que celle-ci soit émotionnelle, cognitive, ou autre cela montre que la demande est considérée et qu'une relation s'établit. Cette dimension relationnelle comme évoquée précédemment est essentielle à ce que l'empathie des médecins soit perçue par les patient·e·s.

2. Par les médecins eux·elles·mêmes

L'auto-évaluation est rarement la meilleure des évaluations, en effet il est difficile d'être objectif par rapport à soi-même. Une analyse réalisée en Suisse en 2022 précise ainsi que « les différences entre les sexes ont été observées plus souvent dans les mesures d'empathie auto-rapportées par rapport aux mesures externes, ce qui indique probablement un biais de désirabilité sociale » [traduction libre] (Surchat et al., 2022, p. 99). Il en ressort aussi qu'en

fonction du secteur médical, comme nous le verrons plus tard, ou de l'intervention, l'empathie exprimée et la manière d'y répondre peut être différente. Dans le contexte de l'oncologie, nous pouvons donc imaginer que la pose d'un cathéter contrairement à l'annonce d'une mauvaise nouvelle est moins propice et moins attendue à se développer dans un contexte empathique. L'échelle d'empathie de Jefferson (JSPE, également appelée JSE) est de loin la mesure d'auto-évaluation de l'empathie la plus couramment utilisée dans le domaine des soins dans le champ de la santé (Hall et al., 2021). La JSE est un instrument composé de 20 items permettant de mesurer l'empathie dans le contexte de la santé et des soins auprès de patient·e·s. On peut l'administrer aux étudiant·e·s et aux praticien·ne·s des professions de la santé (Hojat et al., 2018). L'objectif de cet outil est d'évaluer sa propre précision empathique qui est le fait de « cerner avec exactitude les émotions, les préoccupations et les perspectives des patients » (Lelorain & Fontesse, 2021, p. 9). Bien que cette tâche soit difficile, elle reste une composante importante pour autoévaluer son empathie. Hojat précise que des associations significatives existe entre un score élevé au JSE des médecins et un taux inférieur d'hospitalisation des patients atteints d'une maladie chronique (diabète sucré) (Del Canale et al. 2012, cité par Hojat et al., 2018). Cet argument soutient a minima que les médecins peuvent identifier si leurs propres comportements sont empathiques ou non permettant, dans l'exemple précédent, une réduction du taux d'hospitalisation de leurs patient·e·s.

3. Par les chercheur·euses

L'évaluation des réponses empathiques par les chercheur·euse·s sont faites principalement avec deux grilles de codages qui sont des méthodes de codage du dialogue médical, dans la relation médecin-patient·e. La NURSE est un protocole permettant d'évaluer les expressions verbales empathiques. Elle se code sur le fait de nommer une émotion (Naming) ; d'exprimer sa compréhension des sentiments ou de la situation d'un patient (Understanding) ; de montrer du respect ou faire l'éloge du patient (Respect) ; d'exprimer son soutien au patient (Support), et d'explorer l'état émotionnel du patient (Explore) (Bas-Sarmiento et al., 2020). Chaque comportement est codé comme décrit ci-dessus et permet ainsi de voir si l'expression empathique est présente une ou plusieurs fois, ou alors absente dans la relation.

La seconde grille de codage est le RIAS (système d'analyse d'interaction Roter). C'est l'outil d'analyse le plus largement utilisé, notamment en oncologie (Roter & Larson, 2002). Roter D. a catégorisé la communication comme un concept reflétant les éléments socio-émotionnels (établissement du rapport social et émotionnel, comme par exemple l'empathie) et les éléments

axés sur les tâches des échanges médicaux (compétences techniques, exécutions des fonctions médicales, comme par exemple l'éducation et les conseils médicaux aux patient·e·s). Bien que les éléments socio-émotionnels ne soient pas en 2002 considérés « as behaviors that have been acquired in medical school » (Roter & Larson, 2002, p. 244), dans le RIAS l'empathie a déjà été opérationnalisée « as statements that paraphrase, interpret, recognize or name the other's emotional state » (Roter & Larson, 2002, p. 249). Bien que datant de vingt ans, cette notion à l'opérationnaliser est tout à fait pertinente, car l'empathie se réalise nécessairement dans la relation avec l'autre. C'est justement dans cette relation interindividuelle que le·la patient·e, en libérant une émotion, une détresse, une phrase ou même un expression, permet de créer l'opportunité pour le·la médecin d'adopter un comportement empathique ou non avec le·la patient·e. Cette opportunité comme nous allons le voir, est opérationnalisée et comptabilisée par les chercheur·euse·s lors d'interactions entre les soignant·e·s et les soigné·e·s.

4. Le concept d'opportunité empathique (OE)

Le monde médical est sujet à de fortes émotions et réactions où « les opportunités pour les soignants de se montrer empathiques sont nombreuses [...] mais leur empathie est particulièrement attendue en réponse à ce que l'on nomme justement une « opportunité empathique » » (Lelorain & Fontesse, 2021, p. 11). Cette opportunité empathique (OE) « est un indice verbal et/ou non verbal d'une émotion vécue par un patient et s'intitule ainsi puisque ces émotions offrent l'opportunité aux soignants de se montrer empathiques ou non au moment où l'émotion émerge chez le patient » (Lelorain & Fontesse, 2021, p. 11). Parmi ces OE, certaines paroles explicites d'inquiétude, de joie, de déception, de tristesse ou encore de colère sont justement explicites donc plus faciles à cerner pour les soignant·e·s. D'autres OE, qui ne sont pas nécessairement des indices verbaux, peuvent laisser penser que le·la patient·e est en train de ressentir une émotion. Elles peuvent parfois se trouver dissimulées dans des questions qui apparaissent comme médicales mais qui finalement traduisent la surprise, la colère, la lassitude, la tristesse, la peur et plus généralement des inquiétudes psychologiques (Lelorain & Fontesse, 2021). Cependant elles ne sont pas explicites et ne donnent donc pas la certitude d'une OE mais peuvent laisser penser que le·la patient·e est en train de ressentir une émotion (Lelorain & Fontesse, 2021).

3. Empathie et opportunités empathiques en contexte

Le but étant de viser le bien-être des patient·e·s, il est donc primordial de savoir comment l'empathie est perçue en contexte par les patient·e·s, principaux bénéficiaires de l'empathie. En effet, c'est l'empathie perçue par le·la patient·e qui est pertinente pour obtenir des bienfaits positifs (Lelorain et al., 2012).

Cependant, des processus distincts ainsi que différentes situations cliniques influencent la perception de l'empathie des patient·e·s (Gehenne et al., 2020). Des caractéristiques différentes concernant leurs médecins sont attendues par les patient·e·s pour évaluer le niveau d'empathie de leur·e·s soignant·e·s lors de différentes situations telles qu'à la première rencontre, les rencontres plus compliquées sur le plan émotionnel, ou encore les rencontres durant lesquelles les décisions médicales sont prises (Gehenne et al., 2020). Ainsi « les patients eux-mêmes n'apprécient pas l'empathie des médecins au moment précis de l'examen clinique (Eide, 2003) [alors qu'] à d'autres moments de la consultation ou durant des phases difficiles ou délicates liées à la maladie, la préoccupation et l'intérêt pour les patients sont fortement attendus » (Lelorain & Fontesse, 2021, p. 9). Lors de situations plus difficiles et délicates une empathie plus émotionnelle est attendue de la part des médecins, tandis que dans d'autres situations, l'empathie émotionnelle peut s'avérer contre-productive. Citons ici « une étude sur l'arrêt du tabac au moyen d'un suivi psychologique, les psychologues qui se montraient les plus compréhensifs envers leurs patients étaient hélas ceux dont les patients arrêtaient le moins de fumer » (Klemperer et al., 2017; cité par Lelorain & Fontesse, 2021, p. 10). Dans cette situation il aurait été préférable et probablement plus efficace de fournir une empathie plus cognitive afin de « fournir des informations, redonner du contrôle, [et] entreprendre un plan d'action » (Lelorain & Fontesse, 2021, p. 10). Il est alors probable que selon le contexte, les attentes empathiques soient différentes. Nous pouvons donc penser qu'adopter une attitude empathique appropriée au contexte peut s'avérer parfois complexe.

Cependant, il est essentiel qu'une OE soit exprimée par les patient·e·s pour permettre aux médecins d'adopter un comportement empathique permettant aux patient·e·s de recevoir une réponse empathique. Bien qu'elles soit exprimées, l'oncologie semble avoir un rapport particulier à l'empathie, les OE sont manquées par les oncologues dans 70% à 90% du temps (Hsu et al., 2012; cité par Johnson Shen et al., 2019), ce taux est d'autant plus élevé dans le contexte du cancer du poumon où une étude relève que « 90% of empathic opportunities were missed during clinical encounters » (Morse et al., 2008; cité par Johnson Shen et al., 2019). Je

vais utiliser cette étude récente afin de présenter les types d'OE et les types de réponses aux OE à travers le codage de ces chercheur·euse·s.

1. Types d'OE

Dans ce contexte du cancer du poumon, l'étude de Johnson Shen relève que les énoncés d'émotion (44,7 %), les énoncés de défi (29,9 %) et les énoncés de progrès (25,4 %) sont les OE les plus couramment codées (Johnson Shen et al., 2019). Les OE d'émotions sont des déclarations incluant une émotion exprimée et explicite telles que la joie ou la colère. Les OE de défi sont des déclarations explicites concernant l'effet négatif d'un problème physique, psychosocial ou concernant une question sur la qualité de vie. Les OE de progrès sont des choses spécifiques que le·la patient·e fait pour améliorer sa santé (Johnson Shen et al., 2019).

2. Types de réponses aux OE

Dans ce même contexte, les soignant·e·s ont employé quatre types de réponses empathiques. Les réponses de type **reconnaissance implicite** sont surtout axées sur le contenu ou sur la question biomédicale sans traiter directement de l'émotion. Elle ne reconnaît pas explicitement la question centrale de l'OE (Johnson Shen et al., 2019). Les réponses de type reconnaissance **explicite** permettent de montrer que le·la soignant·e a entendu ce que le·la patient·e a dit, mais ne présentera pas une réponse empathique plus poussée (Johnson Shen et al., 2019). Les réponses empathiques plus poussées sont celles de **poursuite** ou de **validation/normalisation**. Les réponses de type poursuite permettent de continuer une discussion avec le·la patient·e en posant une question, en lui demandant de clarifier un élément, en développant le sujet, ou encore en le·la réconfortant (Johnson Shen et al., 2019). Les réponses de type validation/normalisation permettent d'indiquer aux patient·e·s que son émotion, son défi, son progrès ou son expérience sont valables, à travers par exemple ce type de phrase « Je sais que c'est difficile » (Johnson Shen et al., 2019).

Ces quatre types de réponses, sont classés par niveau empathique. Au sens de Johnson Shen et ses collègues, le niveau le moins poussé de réponse empathique est la reconnaissance implicite (niveau 1) suivi de la reconnaissance explicite (niveau 2). Les réponses plus poussées sont la poursuite (3) puis la validation (4) (Johnson Shen et al., 2019). Cette classification datant de 2019 nous indique que les réponses fermées de type reconnaissance (implicite ou explicite), ou appelées réponses « conclusions » au sens de Polak rassurent prématurément un·e patient·e qui, par exemple, se sentirait contrarié·e par son évolution (Pollak et al., 2007). Ensuite, les réponses

avec « poursuite » permettent d'aborder directement les émotions et valider leurs sentiments mais invitent les patient·e·s à s'exprimer d'avantage (Pollak et al., 2007) ce qui peut être difficile à mettre en place lors de contraintes temporelles par exemple. Pour finir, les réponses de type validation/normalisation, à travers une courte phrase qui est la suivante « je sais que c'est difficile » permettent de valider l'émotion, le défi, le progrès ou encore l'expérience du·de la patient·e (Johnson Shen et al., 2019) et s'inscrivent dans une réponse empathique plus poussée.

3. Réponses aux OE en rencontre clinique

Dans ce même contexte, face aux OE d'émotions, les réponses des médecins sont principalement la reconnaissance implicite (29%), suivie de la reconnaissance explicite (22,6%) et de la validation/normalisation (22,6%) (Johnson Shen et al., 2019). Face aux OE de défi, les réponses des médecins sont principalement la reconnaissance implicite (55%) suivi de la validation/normalisation (30%) (Johnson Shen et al., 2019). Cependant, les réponses de type poursuite qui s'adressent directement aux émotions des patient·e·s et qui permettent de les reconforter sont totalement absentes du codage (0%) bien que les OE d'émotions représentent presque la moitié des OE exprimées (Johnson Shen et al., 2019). Certes, elles permettent de valider le ressenti concernant l'expérience vécue, mais elles invitent les patient·e·s à donner des informations supplémentaires (Pollak, 2007). Finalement ce sont les OE de progrès qui sont les plus susceptibles d'obtenir une réponse empathique plus poussée plutôt que les OE de défi ou d'émotion (Johnson Shen et al., 2019).

Dans une étude récente réalisée en soins palliatifs, il est ressorti que sur 71 rencontres cliniques il y avait en moyenne de 9 OE par entretien (Mroz et al., 2022). Dans cette étude, les OE de défi sont les plus fréquentes (50%), elles peuvent être énoncées comme tel «The real bummer for me in this last six months is I haven't been able to do any [cleaning]... and that kills me cause typically a mess like this drives me crazy », suivi des OE d'émotions (33%) « I'm not ready to go into hospice (crying). I just... It's like the last like... (crying) before you're dead. I'm not ready for that yet... I'm not ready to give up. (sadness) », puis de de progrès (17%) « I've really been focusing on getting over myself and breaking some of these decades-old habits of mine » (Mroz et al., 2022, p. 3). Dans ce contexte de soins palliatifs, les émotions négatives sont les plus courantes, en effet « l'émotion la plus fréquente est la peur (38%), suivie

de la tristesse (37%), de la colère (16%), et des émotions mixtes c'est-à-dire des émotions complexes (9%) » [traduction libre] (Mroz et al., 2022, p. 3).

Toutefois dans ce contexte où les OE sont très présentes, les médecins répondent principalement par la validation des OE (44%), réponse donc très empathique. Nous pouvons relever qu'il n'y a seulement 9% de réponses sous la forme de reconnaissance avec poursuite et deux fois plus sans poursuite (17%) (Mroz et al., 2022). Bien qu'il y ait de multiples manières de répondre aux OE, les réponses empathiques plus poussées sont réparties de manière inégale entre les types d'OE. Et de nouveau, ce sont les OE de progrès qui ont reçu le plus souvent des réponses très empathiques (Mroz et al., 2022). Il est vrai que les médecins ont alors tendance à communiquer de manière plus empathique face à aux OE de progrès qui sont très souvent des énoncés positifs. Face à ce type d'énoncés positifs, répondre de manière empathique est peu susceptible de perturber l'objectif de la rencontre, contrairement aux OE de défis qui risquent de dévier de l'objectif de la rencontre (Mroz et al., 2022).

Cela montre donc qu'en fonction du type d'OE exprimées, les médecins n'adoptent pas forcément la même réponse empathique ni une attitude empathique très élevée. En effet, « current findings indicate physicians missed or responded with low empathic responses approximately half the time (46.7%) » (Johnson Shen et al., 2019) indiquant donc qu'une OE sur deux est manquée ou sujette à une faible réponse empathique.

4. Conséquences de l'empathie en oncologie

L'empathie est une qualité élémentaire dans toutes relations thérapeutiques (Cunico et al., 2012 ; Ozcan et al., 2011 ; Sheehan et al., 2013 ; cité par Bas-Sarmiento et al., 2020). Comme nous pouvons le relever dans la revue de littérature scientifique de Bas-Sarmiento, l'empathie apporte de nombreux bénéfices aux patient·e·s tels que la satisfaction, un meilleur état de santé, ou encore une meilleure adhésion thérapeutique (Bas-Sarmiento et al., 2020). Pour les médecins, ces auteur·e·s relèvent aussi que l'empathie stimule une augmentation du bien-être dans leurs relations avec les patient·e·s et leurs collègues, car elle est liée à une réduction des conflits au travail et de la probabilité d'apparition du burnout (Bas-Sarmiento et al., 2020). Cette augmentation du bien-être est aussi due au fait que les médecins « qui font preuve d'empathie [...] retirent plus de satisfaction de leur travail (e.g. Lamiani et al., 2020) et éprouvent un sentiment d'accomplissement personnel plus fort » (Lelorain & Fontesse, 2021, p. 8). Elle est également associée à la diminution du coût des soins de santé, car elle est accompagnée d'une

baisse des taux de poursuite pour faute professionnelle et génère une réduction de l'utilisation des ressources (Bas-Sarmiento et al., 2020). Généralement, l'empathie a donc des effets positifs pour les soigné·e·s et les soignant·e·s, mais aussi pour l'institution.

De manière plus précise, en oncologie l'empathie des soignant·e·s amène de nombreux résultats positifs pour les patient·e·s (Lelorain et al., 2012) telles qu'une augmentation du bien-être et de la satisfaction du·de la patient·e à l'égard des soins ou à diminution de la détresse du·de la patient·e (Lelorain et al., 2012). Elle permet aussi une meilleure communication entre les patient·e·s et les médecins, car elle « amène les patients à révéler plus d'informations sur leurs symptômes, leurs inquiétudes et leurs préférences » (Lelorain & Fontesse, 2021, p. 8) ce qui est essentiel lors d'une maladie chronique. En effet, ces informations lors d'un cancer permettent « une meilleure compréhension globale de la situation et [donc] une prise en charge plus adaptée » (Lelorain & Fontesse, 2021, p. 8). Comme vu précédemment, le fait de considérer les attentes empathiques des patient·e·s par leurs médecins est ce qui améliore la perception de l'empathie des médecins par leurs patient·e·s (Hall et al., 2021). C'est donc la perception de l'empathie qui apporte des conséquences positives en situation clinique. Ainsi, Gehenne démontre dans sa thèse que « les patients ayant jugé leur chirurgien·ne empathique ont développé moins de complications post-chirurgicales que les patients les ayant jugés moins empathiques » (Gehenne, 2020 cité par Lelorain & Fontesse, 2022, p. 8).

5. Facteurs influençant l'empathie

La revue systématique de Pavlova datant de 2022 présente de nombreux facteurs qui semblent prédire la compassion des soignant·e·s. La compassion est définie comme une capacité à être empathique « a form of cognitive and emotional perspective taking — but involves the additional step of wanting to alleviate suffering » (Fernando et al., 2016, p. 340). Pour conceptualiser la compassion, cette revue compte plus de 80% d'études concernant l'empathie des médecins (auto- et hétéro-évaluée) (Pavlova et al., 2022). Les prédicteurs sont liés au médecin (son sexe, son épuisement professionnel, ...), à l'environnement (la structure organisationnelle, les ressources, ...), ou encore aux patient·e·s (sa facilité à communiquer, sa motivation, ...). Cependant, cette revue systématique n'est pas une méta-analyse. Les données étant non empilées, chaque prédicteur est soutenu parfois par un taux faible d'étude. Pour les études touchant les prédicteurs liés aux patient·e·s seules 37 études sur les 152 les concernent, avec au total seulement un quart des centaines d'études qui prend en compte le point de vue des patient·e·s (24%) (Pavlova et al., 2022).

1. Chez les patient·e·s

Les patient·e·s coopérant·e·s ou reconnaissant·e·s sont les plus sujets à recevoir des soins empathiques, alors que celles et ceux qui présentent des difficultés à communiquer ou à comprendre les informations sont moins susceptibles d'en recevoir (Pavlova et al., 2022). Leurs niveaux de détresse ou tristesse ne semblent pas avoir une influence sur l'empathie exprimée par les médecins. C'est la perception des médecins concernant leurs patient·e·s qui semble influencer l'empathie exprimée des médecins auprès de leurs patient·e·s. Ainsi, si le·la patient·e est en recherche d'intention, ou est manipulateur·rice, alors l'empathie du·de la médecin sera diminuée (Pavlova et al., 2022).

Au niveau démographique, les patient·e·s ayant un meilleur revenu, un niveau d'éducation élevé, les enfants et les personnes âgées sont plus susceptibles de recevoir des soins empathiques (Pavlova et al., 2022). En revanche les populations minoritaires (immigrant·e·s, patient·e·s ne maîtrisant pas la langue du pays où ont lieu les soins) sont moins sujettes à obtenir des soins empathiques. Les familles de patient·e·s satisfaites des soins reçus sur leur proche malade faciliteraient également l'obtention de soins empathiques sur ce dernier, ce qui n'est pas le cas pour les familles remettant en question la qualité des soins sur leurs proches (Pavlova et al., 2022).

2. Chez les médecins

Avoir une plus grande expérience et être de sexe féminin sont les meilleurs prédicteurs pour que le·la médecin soit empathique. Cependant, il nous semble important de rappeler que l'analyse de genre réalisée par Surchat et ses collègues présente la désirabilité sociale comme un facteur biaisant les mesures d'empathie auto-rapportées des médecins (Surchat et al., 2022). Cette désirabilité sociale signifie qu'on attend plus d'empathie d'une femme. En effet, une différence significative pour les femmes est présente lorsque la mesure est auto-rapportée car les femmes se perçoivent comme plus empathique, mais si cette mesure n'est pas auto-rapportée alors il n'y plus de différence significative entre les différences de sexe. Dans cette étude de genre, il est même ressorti que la satisfaction des patient·e·s serait plus basse si le médecin est une femme (Surchat et al., 2022) puisqu'on attend d'elle plus d'empathie. De plus, le sexe biologique des médecins semble influencer les OE exprimées par les patient·e·s. Le sexe de l'oncologue est la seule variable significative lors « de visites contenant au moins une opportunité empathique [...], 52 % sont celles où les patientes voyaient des oncologues femmes ; 44 % sont celles où les patientes voyaient des oncologues hommes, et 28 % des visites

des patients hommes avec l'un ou l'autre sexe de l'oncologue » [traduction libre] (Pollak et al., 2007, p. 5751). Cette étude réalisée auprès de 51 oncologues, suivant leurs patient·e·s, la plupart sous chimiothérapie, depuis plus de 6 mois, indiquerait que lorsqu'un patient est en entretien avec un·une médecin, alors il évoque presque deux fois moins d'OE que les patientes.

D'autres prédicteurs sont décrits dans cette étude, le fait de vivre soi-même ou à travers l'un·une des membres de sa famille une maladie influencerait positivement l'empathie dans sa relation avec le·la patient·e. Les valeurs internes du médecin (comme se sentir humaniste ou altruiste, avoir la capacité à reconnaître les émotions et les gérer) prédisent également une meilleure empathie. Les traits de personnalité comme le fait de ne pas juger ou juger positivement sont aussi des prédicteurs d'une meilleure empathie tandis que les préjugés et le jugement négatif prédisent une empathie plus faible (Pavlova et al., 2022). De cette revue, il est aussi ressorti que la gestion des questions émotionnelles qui prend du temps pendant un diagnostic (Pavlova et al., 2022) a un effet négatif sur une communication empathique.

3. En fonction du domaine des soins

Bien que les « evidence regarding the importance of specialty was mixed and inconclusive » (Pavlova et al., 2022, p. 903), le domaine des soins peut aussi influencer le comportement empathique des médecins. Les secteurs plus techniques attendent moins de comportement empathique que les secteurs plus tournés vers l'humain (Chaitoff et al., 2017). En ce qui concerne les spécialités et les secteurs les plus empathiques, l'étude de Chaitoff réalisée sur deux années permet de donner une idée globale de cela. Cette étude regroupe une population de 900 médecins, tous·tes venant de la même clinique. Cet échantillon est le plus important de toutes les études publiées jusqu'en 2017. Cette population est majoritairement blanche (80,5%) et masculine (67,7%) (Chaitoff et al., 2017). De cette étude, il est ressorti que le sexe féminin ($P < 0,001$) et la spécialité ($P < 0,01$) sont associés à un haut score d'empathie évalué par l'échelle JSPE (Chaitoff et al., 2017). Les spécialités associées significativement à des scores d'empathie élevés sont le secteur psychiatrique, suivi du secteur pédiatrique puis, gynécologique, et pour finir le secteur de chirurgie thoracique. En revanche les secteurs les moins sujets à un haut score d'empathie sont la radiologie, l'urologie et le secteur ORL. En général les secteurs plus techniques sont moins enclins que les secteurs plus humains à adopter une posture empathique.

On voit ici encore se dessiner toute la particularité de l'empathie en oncologie. L'oncologie est une spécialité complexe, car elle doit nécessairement alterner, voir mélanger, une approche technique et une approche humaine dans les soins réalisés auprès de leurs patient·e·s.

4. Contraintes contextuelles et temporelles

Comme précédemment exposé, les réponses empathiques sont parfois peu adaptées, manquées voire absentes en réponse aux OE exprimées par les patient·e·s. Pour développer une compréhension plus globale du manque d'empathie parfois perçue par les patient·e·s, il est essentiel de considérer les contraintes contextuelles et temporelles. En effet, ce qui apparaît comme un défaut d'empathie peut s'expliquer par des facteurs liés au contexte plutôt qu'à une maladresse des médecins. L'hôpital est régi par des règles et des lois dictées par les assurances ou les institutions. Cela implique que les soignant·e·s ont de nombreuses obligations telles que des consultations à effectuer dans un temps imparti. En 2022, en France, une revue de littérature rapporte que « les établissements imposent des obligations horaires : toilettes le matin, prises de sang à 6 h, traitements à 7 h, repas à heures fixes, etc., ce qui s'oppose aux soins centrés sur la personne et à l'individualisation des plans d'accompagnement [...] Et qui, donc, régit [...] les habiletés de gestion temporelle et empathique dont les soignants peuvent faire preuve » (Maeker & Maeker-Poquet, 2022, p. 90). Dans ce même contexte, en gériatrie, les soignant·e·s doivent réaliser des soins, allant de la perfusion à la toilette dans un intervalle de temps limité (Maeker & Maeker-Poquet, 2022). Au CHUV (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois), l'Espace Patients&Proches décrit dans son rapport annuel une charge administrative plus importante, dont les médecins paraissent les premier·ère·s à souffrir. Un·une médecin a déclaré : « je vais vous dire la réalité de nos contraintes : actuellement, notre priorité est l'urgence vitale ; ensuite vient la masse administrative à gérer ; et s'il reste quelque chose, on va parler avec les patients » (Béatrice Schaad et al., 2017, p. 11). Dans ce même hôpital, une tâche administrative commune à tout·e·s les médecins est la rédaction de lettres de sortie dont l'envoi est régi par des contraintes temporelles. Bien qu'elles permettent une meilleure prise en charge et un meilleur suivi des patient·e·s, le CHUV impose un « délai idéal de transmission de la lettre de sortie à 8 jours au plus tard après que la personne a quitté l'hôpital » (CHUV & Pierre-Louis Chantre, 2021). Ce constat nous amène donc à nous questionner sur le temps dont disposent les soignant·e·s pour accorder une touche d'empathie aux soigné·e·s.

Pour les soigné·e·s, la possibilité d'exprimer une OE semble aussi être impactée par le temps. Dans l'étude de Polak, les rencontres avec les oncologues ont une durée de 18 minutes (2007).

Dans une autre étude, la durée de consultation est de 10 ± 6 minutes (Parrish et al., 2016). Or, d'après l'étude de Polak, les entretiens de moins de 10 minutes sont moins susceptibles de contenir une OE que les conversations de 10 minutes ou plus (2007). Ainsi, le facteur temps semble être une contrainte réelle. Howick et ses collègues ont compilé des données jusqu'en 2017 dans une méta-analyse permettant d'analyser si la variable temps est liée à l'intervention empathique. Deux études ont relevé l'importance de la variable temps lors d'une consultation pour pouvoir agir de manière empathique. Dans l'une des études, la consultation empathique implique un temps supplémentaire avec les patient·e·s par rapport au groupe contrôle (Howick et al., 2018, p. 242). Mais pour ces auteur·e·s, bien qu'une consultation soit empathique, elle améliore dans une faible mesure la satisfaction et la diminution de l'anxiété et de la douleur des patient·e·s (Howick et al., 2018).

Ce qui en découle est que le temps semble essentiel pour mettre en place une empathie thérapeutique. Parrish et ses collègues ont voulu déterminer si la perception du·de la patient·e du temps passé avec un chirurgien (de la main) est corrélée à la satisfaction du·de la patient·e (Parrish et al., 2016). Bien que les patient·e·s s'attendent en moyenne à des consultations de 29 ± 16 minutes, ces dernier·ère·s ont eu une durée réelle moyenne de consultation de 10 ± 6 minutes, donc nettement plus courte. Cependant, l'insatisfaction des patient·e·s est associée non pas au temps de consultation mais à des facteurs de dépression plus importants ($p < 0.001$) et une empathie perçue par le·la patient·e de son médecin plus faible ($p < 0.001$). Cette insatisfaction n'est pas associée au temps de consultation perçue par les patient·e·s ($p = 0.21$) ou au temps réel de consultation ($p = 0.92$) (Parrish et al., 2016). Nous pouvons donc en déduire que la satisfaction des patient·e·s est liée à l'empathie perçue du chirurgien, qui représente 34 % de la variation de la satisfaction ($P < 0,001$), plutôt qu'au temps passé avec le médecin. Ainsi, cela démontre l'« importance of effective interpersonal communication skills [...] and suggests that hand surgeons should focus on the quality rather than the quantity of time spent with patients » (Parrish et al., 2016). La question du temps et de l'empathie dans la relation s'avère d'une grande complexité.

Il est vrai que « la relation est la pierre angulaire du soin » (Curchod, 2011, p. 4), mais elle nécessite les conditions adéquates pour veiller à son bon développement. En effet, si « la communication et la relation sont de bonnes qualités [...] un dialogue s'instaure, il permet à chacun d'exprimer ses préoccupations, ses besoins, ses préférences, de préciser sa pensée, de réfléchir avec l'autre » (Curchod, 2011, p. 4). Une écoute mutuelle s'installe et permet de créer ce que C. Curchod appelle le cercle vertueux relationnel (2011). Ce cercle vertueux dans une relation médicale permet de développer un comportement de compassion. Débouchant sur des

pensées positives comme « ce soignant est compétent » qui elles-mêmes, dans un état de coopération et d'adaptation, alimentent les pensées de satisfaction et de valorisation du·de la soignant·e encouragent et favorisent cette écoute plus compassionnelle et donc empathique (Curchod, 2011).

3) Rationnel et objectif de l'étude

Nous avons vu que l'empathie est essentielle dans une relation de soin parce qu'elle apporte de nombreux effets positifs pour les soigné·e·s, les soignant·e·s et l'institution. Elle est actuellement enseignée dans le parcours de formation des médecins. Cependant l'empathie, telle qu'enseignée et définie est une empathie qui prend du temps à mettre en place (Maeker & Maeker-Poquet, 2022). La manière dont elle est définie par les médecins semble les impliquer émotionnellement. Elle apparaît donc comme complexe et contraignante sur l'aspect temporel et émotionnel. Cependant, cette empathie diffère de celle entendue par les patient·e·s. Ces dernier·ère·s n'attendent pas des médecins qu'ils·elles soient impliqué·e·s émotionnellement dans la rencontre clinique, ils·elles attendent principalement qu'il·elle soit orienté·e sur la relation. Trop souvent les opportunités empathiques des patient·e·s sont négligées, voire ignorées ou non perçues par les soignant·e·s. Cela n'est pas uniquement de la faute de ces protagonistes, il y a aussi des contraintes, de temps notamment, qui empêchent la relation à s'établir dans un cadre empathique.

Au vu du grand nombre d'opportunités manquées, il serait intéressant de répondre au minimum par un faible niveau d'empathie. Si ce type d'empathie, plus simple à mettre en place en contexte et qui répondrait a minima aux attentes des patient·e·s, pouvait être perçu dans la majorité des cas, cela déboucherait donc sur de nombreuses conséquences positives. Cette empathie doit évidemment respecter les attentes de ces dernier·ère·s et les contraintes auxquelles sont soumis les médecins, notamment celle du temps et de la priorité aux soins médicaux lors d'une consultation. En ce sens, il faut s'interroger sur la possibilité de mettre en place ce type d'empathie dans la relation de soin.

Cela est déjà soutenu dans la littérature par Mroz et ses collègues dans le contexte de soins palliatifs. Ces auteur·e·s soutiennent qu'une possibilité face à des patient·e·s présentant de nombreux OE de défi et qui auraient le plus besoins de soins, serait d'adopter des réponses à faible niveau d'empathie : cela maintiendrait la discussion axée sur les solutions qui peuvent s'offrir aux patient·e·s et aiderait les soignant·e·s à ne pas être pris·e·s dans un

« catastrophisme » improductif (Mroz et al., 2022). Le « catastrophisme » est la prévision mentale négative et irrationnelle d'événements futurs chez les patient·e·s atteint·e·s, dans cet article, de douleurs chroniques (Tapia, 2020).

Cette recherche m'a permis de réfléchir à la manière dont un·e médecin peut répondre concrètement aux attentes et besoins de ses patient·e·s en respectant la contrainte de temps comme évoquée précédemment. Dans ce mémoire, nous allons nous concentrer sur un contexte plus large, l'oncologie, et donc une patientèle qui ne se limite pas aux soins palliatifs. L'intention est d'évaluer si les réponses à faible niveau d'empathie ou « traitement a minima » sont perçues comme empathiques par les patient·e·s, et par conséquent pourraient être bénéfiques.

Ainsi l'hypothèse principale de ce mémoire est qu'une réponse empathique a minima est perçue comme suffisamment empathique par rapport à une absence de réponse empathique (H1).

En plus de cette hypothèse, nous en avons vérifié d'autres. Les participant·e·s « patient·e·s » auraient une perception plus empathique du médecin que celles et ceux « contrôles » (H2). Nous supposons que cette population « patient·e·s » a moins d'attentes concernant les comportements empathiques venant des médecins : ayant vécu la maladie au sein d'institutions hospitalières, elle aurait une meilleure conscience des contraintes de temps, apprécieraient d'avantage l'effort empathique, même minimal, fourni par le médecin car, elle aurait été plus fréquemment exposée à une absence de réponses empathiques.

Nous supposons aussi que le temps écoulé depuis l'annonce du diagnostic (tdd) « tdd > 10 ans » et « tdd < 10 ans » n'a pas d'effet sur l'évaluation empathique du médecin (H3). Nous soutenons cela par le fait que ces deux populations ayant vécu un cancer apprécieraient d'avantage l'effort empathique, même minimal, fourni par un·une médecin. Nous avons décidé de séparer le temps depuis l'annonce du diagnostic à 10 ans, car la courbe de distribution de la fréquence de la population ayant été atteinte d'un cancer présente une séparation statistique à 10 ans (cf. annexes).

Des analyses complémentaires aussi ont été menées afin d'étudier l'effet de la détresse psychologique et celle d'être en relation sur l'empathie perçue. Nous soutenons l'hypothèse que les personnes « en relation » (couple ou marié·e) perçoivent mieux l'empathie a minima (H4). Nous soutenons l'hypothèse que le fait d'être dans un état de « détresse » permet de mieux percevoir l'empathie a minima (H5).

4) Méthodologie

1. Participant·e·s

Dans un premier temps, les inclusions de cette recherche ont été menées de **décembre 2020 à mars 2021**, au sein du service d'oncologie ambulatoire de l'Hôpital Privé Le Bois de Lille (France). Les participant·e·s ont été sélectionné·e·s sur la base des critères d'inclusion suivants : ils·elles devaient être francophones, être atteint·e·s de cancer(s), et être engagé·e·s dans un protocole de traitement. Le dernier critère cité permet, entre autres, de s'assurer que les personnes interrogées ont bénéficié d'un délai (plus ou moins long) depuis l'annonce du diagnostic. Ne pas prendre en compte ce critère risquerait de confronter des personnes récemment diagnostiquées à notre protocole à un sentiment de détresse psychologique plus important.

Les participant·e·s présentant les critères d'exclusion suivants n'ont pas été admis : présence de pathologies psychiatriques non stabilisées, de troubles cognitifs avérés, de détresse psychologique élevée, et/ou de difficultés ou déficiences susceptibles d'altérer les capacités de raisonnement, de discernement ou de jugement pour comprendre les impératifs de la recherche et répondre aux questionnaires.

Les participant·e·s de ce recrutement sont seize patient·e·s (soit $n = 8$ par condition) atteint·e·s de cancers en cours de traitement(s) ambulatoire(s) à l'Hôpital Privé le Bois, ainsi que dix participant·e·s contrôles (soit $n = 5$ par condition), âgé·e·s de 47 ans à 76 ans ($M = 57.92$, $ET = 8.65$). Le nombre total de participant·e·s de cet recrutement est donc de vingt-six.

Dans un second temps, les inclusions de cette recherche ont été menées **septembre 2022 à novembre 2022**, auprès d'une population ayant été soignée dans divers hôpitaux français et suisses. Les participant·e·s ont été sélectionné·e·s sur les critères d'inclusions suivants : être francophones, avoir été atteint·e·s d'un(de) cancer(s) et être en rémission totale. Ce dernier critère permet de s'assurer que ces participant·e·s ont bénéficié d'un délai long depuis l'annonce du diagnostic ainsi que la mise en place d'un traitement et donc d'avoir été engagé·e·s dans un protocole de traitement dans le passé. Par conséquent une relation avec l'oncologue et le système de soin a pu se développer sur une assez longue période.

Les participant·e·s présentant les critères d'exclusion suivants n'ont pas été admis : présence de pathologies psychiatriques non stabilisées, de troubles cognitifs avérés, de difficultés ou déficiences susceptibles d'altérer les capacités de raisonnement, de discernement ou de

jugement pour comprendre les impératifs de la recherche et répondre aux questionnaires. Sur le plan éthique, les participant·e·s étant atteint·e·s actuellement d'un cancer ne peuvent être inclus dans cette recherche afin de respecter les critères de la commission d'éthique qui exige leur autorisation pour recruter ce type de population vulnérable. De plus, dans le cadre de ce mémoire, ne pas recruter une population sous traitement permet de ne pas risquer de confronter des personnes récemment diagnostiquées à notre protocole, pouvant engendrer un sentiment de détresse psychologique supplémentaire dans ce contexte. De cette manière, la participation volontaire des participant·e·s en rémission totale nous assure que cela n'engendre pas de souffrances supplémentaires.

Les participant·e·s de ce recrutement sont 12 patient·e·s (soit $n = 6$ par condition) ayant été atteint·e·s de cancers et ayant subi un ou des traitement(s), ainsi que 26 participant·e·s contrôles (soit $n = 16$ dans la condition « non traitement », et $n = 10$ dans la condition « traitement a minima »), âgés de 24 ans à 90 ans ($M = 39.57$, $ET = 17.21$). Le nombre total de participant·e·s de cet recrutement est ainsi de 38.

Au total, les participant·e·s de cette étude sont au nombre de 28 « patient·e·s » (soit $n = 14$ par condition) atteint·e·s ou ayant été atteint·e·s de cancers, ainsi que trente-six participant·e·s « contrôle » (soit $n = 22$ dans la condition « non traitement », et $n = 14$ dans la condition « traitement a minima »), âgés de 24 ans à 90 ans ($M = 47.03$, $ET = 16.91$). Le nombre total de participant·e·s de cette étude est donc de 64.

2. Mesures

Un questionnaire personnel de données sociodémographiques a été soumis à l'ensemble des participant·e·s, interrogeant leur âge, sexe, situation maritale, niveau d'études, et situation professionnelle actuelle. Pour le recrutement se déroulant en 2022, il a été demandé si le·la participant·e a été atteint·e d'autres maladies somatique et/ou psychologique au cours de sa vie. Il a été demandé si le·la participant·e a été atteint·e d'un cancer. Si la réponse est positive, alors des questions relatives au parcours de soins sont également posées aux participant·e·s « patient·e·s », à savoir le type de cancer, les traitements subis, l'âge du diagnostic, et la durée de leur traitement.

Le thermomètre de la détresse psychologique, ou Psychological Distress Scale (PDS), est une mesure adaptée en France par Dolbeaut et ses collègues en 2008. Cette échelle a

initialement été développée par Holland, puis par la National Comprehensive Cancer Network (respectivement 1997 et 2003, cités par Dolbeault et al., 2008). La faisabilité et l'efficacité de cet outil ont été testées pour le dépistage de la détresse psychologique dans le contexte de prise en charge ambulatoire des patient·e·s français·e. Le PDS est une échelle visuelle présentée sous la forme d'un thermomètre. Répondre à cette mesure est rapide car il permet en un seul item auto rapporté d'évaluer la détresse psychologique des patient·e·s atteint·e·s de cancer. Il se compose d'une échelle de Likert allant de 0 (aucune détresse) à 10 (détresse extrême). À noter qu'au-delà d'un score de quatre, une prise en charge de la détresse est indiquée. Cependant, dans cette traduction française, le cut-off est de trois et indique une détection de la détresse à un score plus faible que cette échelle validée dans des études non réalisées sur le sol français et de langue étrangère. Des facteurs linguistiques et culturels sont suggérés pour expliquer ces différences : la traduction française du mot « détresse » connote une souffrance psychologique plus intense qu'en anglais, ce qui peut également différer des autres langues associées à l'utilisation du thermomètre de détresse (Dolbeault et al., 2008). Cet outil dispose de bonnes qualités psychométriques (sensibilité de 76%, spécificité de 82%) (Dolbeault et al., 2008).

Les extraits de consultation se présentent sous la forme de script. Elles sont fictives car elles ont été élaborées selon deux conditions et sont semblables (même contexte, même situation clinique, même patiente atteinte du même cancer,...). La première condition, qui représente l'un des deux scripts, est le traitement à minima d'OE. La seconde condition, qui est donc le second script, est l'absence de traitement d'OE. La dernière prise de parole de l'oncologue dans le script permet de déterminer si le script est dans une condition d'empathie à minima ou non. Ces deux scripts sont disponibles en annexe. Dans ces extraits, la patiente est atteinte d'un cancer du sein et elle est en consultation avec son oncologue juste avant sa première séance de chimiothérapie. La patiente profite de cet entretien pour exposer ses craintes, ses doutes et ses questionnements à son oncologue.

Afin de pouvoir cumuler plus de données, nous avons repris le script et les données obtenues du mémoire réalisé en 2021 par madame C. Schroeyers traitant du même sujet de recherche et l'ayant réalisé sous la direction de la Pr Lelorain. Ce mémoire a utilisé une classification des réponses aux OE assez ancienne datant de 2005. Pour ce mémoire, j'emploie la classification de Johnson Shen et ses collègues qui date de 2019.

Si l'on se réfère à cette classification, les deux conditions se réfèrent aux niveaux 1 ou 2. Le niveau 1 est pour la condition non-traitement. Dans cette condition, le médecin reconnaît l'OE à travers « je comprends » mais l'ignore ensuite très rapidement en fermant la discussion. Ainsi,

ni l'émotion ni la question centrale de la patiente ne sont traitées. Finalement, cela marque une absence d'empathie. Pour la condition traitement a minima de l'OE, nous nous trouvons dans le niveau 2 de réponse à l'OE dans lequel il y a reconnaissance explicite de l'OE à travers la phrase « j'entends bien votre inquiétude » qui montre que l'OE de la patiente a été entendu, et que le médecin ne va pas traiter l'émotion maintenant : il aurait en ce sens un rôle de réassurance, en montrant que la patiente n'est pas seule mais qu'une équipe est présente autour d'elle. En effet, une réponse de type reconnaissance explicite n'ouvrant pas plus l'exploration de l'OE, comme le voudrait une réponse empathique plus poussée de type poursuite, permet d'accorder une place à l'empathie un court instant. En plus de cela, il est rajouté dans le script une phrase de type validation telle que « j'entends bien votre inquiétude ». Cette validation n'impacte que très peu le temps de consultation mais permet une réponse empathique plus poussée. Cela dégagerait donc un bénéfice pour les deux protagonistes de la relation. Pour le médecin le débordement émotionnel est peu risqué et pour la patiente l'établissement de la relation comme le fait d'être à l'écoute et préoccupé par la patiente (Hall et al., 2021) permet de répondre à ses attentes. Le simple fait d'être axé sur la relation, en rassurant et validant l'expérience propre de la patiente, pourrait déjà être perçu par les participant·e·s comme empathique.

La Consultation And Relational Empathy (CARE) a permis d'évaluer l'attitude empathique du médecin perçue par les participant·e·s de notre recherche. Gehenne propose que la « CARE scale is thus the gold standard for the assessment of patient perception of Physician Empathy » (Gehenne et al., 2020, p. 2). Cette échelle permettra de calculer la variable dépendante « empathie perçue » obtenue en faisant la somme du score de chaque item à l'échelle CARE.

Les commentaires libres sont recueillis en fin de passation en réaction à l'extrait de consultation afin de bénéficier d'un avis qualitatif de la part des participant·e·s. Cela pourra permettre de partager leurs histoires personnelles, leurs inquiétudes et autres questionnements ou remarques concernant notre recherche et le script. Ils seront inclus dans ce mémoire.

3. Procédure

Le recrutement de **décembre 2020 à mars 2021** s'est déroulé de cette manière :

Avant le recrutement de nos participant·e·s, un mail informant du contexte, des objectifs, des implications, des conditions et du déroulé de la recherche a été envoyé par l'investigateur principal de la recherche aux différents acteur·trices·s hiérarchiques du service d'oncologie (responsable de service, oncologues, cadres de santé).

Chaque participant·e « patient·e » a été recruté·e au cours de sa séance de traitement. L'investigateur de la recherche est venu à la rencontre de chaque participant·e potentiel·le et a présenté les différentes informations énoncées dans le mail décrit précédemment. Les participant·e·s ayant accepté de participer à l'étude dans l'instant t ont signé un consentement éclairé et ont été informé·e·s de leurs droits. Précisons que les participant·e·s ont été attribués à une condition de façon aléatoire. Le seul critère de répartition retenu était l'équilibrage femme-homme entre chaque condition.

Les passations ont été remplies en une fois par les participant·e·s, en s'assurant d'aucune intervention ou présence d'une tierce personne (les participant·e·s étaient installé·e·s en box individuel). Une fois le délai nécessaire au remplissage passé, l'investigateur de la recherche est venu récupérer en mains propres chaque document, afin de pouvoir échanger sur l'avis et l'état psychologique de chaque participant·e. Ces échanges concernaient majoritairement en une reprise de ce que les participant·e·s ont exprimé dans la partie « commentaires libres ». Ces précautions ont permis de s'assurer de la bonne compréhension des consignes et de la confidentialité du recueil de données. Le temps de passation était en moyenne de 30 minutes, délai variant selon les capacités et ressources des participant·e·s.

Le recrutement de **septembre 2022 à novembre 2022** s'est déroulé de cette manière :

Afin de favoriser la diffusion de ce questionnaire vers une population large (France et Suisse, toutes régions confondues) et n'étant plus hospitalisée, nous avons transformé le questionnaire précédemment évoqué afin qu'il soit réalisable en ligne. Nous avons utilisé le serveur *Lime Survey* à travers lequel les réponses sont enregistrées de manière anonyme.

Le recrutement s'est fait par réseau, puis un effet boule de neige s'est parfois réalisé grâce à des participant·e·s qui ont partagé le questionnaire auprès de proches ayant été atteint·e·s d'un cancer ou sur certains groupes d'ancien·ne·s patient·e·s à travers des réseaux sociaux tel que *What'sApp*.

Les participant·e·s ont été attribué·e·s à une condition de façon aléatoire. À chaque réponse positive au recrutement pour une personne donnée, l'un des deux questionnaires a été envoyé. Nous avons veillé à les envoyer de manière alternée, c'est-à-dire avec un script avec « traitement a minima » puis « non traitement », afin de respecter un équilibre de réponse entre les questionnaires au sein de chaque groupe : pour chaque réponse positive à la demande de participation, le questionnaire « traitement a minima » a été envoyé à un·e participant·e, puis l'autre questionnaire « non traitement » au·à la participant·e suivant au sein du même groupe, et ainsi de suite. Le temps de passation était en moyenne de 15 minutes, délai variant selon les capacités et ressources des participant·e·s.

4. Analyses statistiques

Dans le cadre de ce mémoire, les statistiques descriptives ont été réalisées à l'aide du logiciel « jamovi ». Les analyses statistiques ainsi que les graphiques ont été réalisés à l'aide du logiciel Statistical Package for the Social Sciences « SPSS ».

Suite à nos différentes hypothèses, nous avons réalisé des analyses de comparaison de moyenne (t-test) dans le but d'établir l'existence ou non des liens entre le type de traitement de l'OE (« non-traitement » ; « traitement a minima ») et « empathie perçue » (VD) (**H1**) ; entre le type de groupe (« patient·e·s » ; « contrôles ») et « empathie perçue » (VD) (**H2**) ; entre le temps depuis le diagnostic (tdd) (« tdd < 10 ans » et « tdd > 10ans ») et « empathie perçue » (VD) (**H3**).

Au vu du faible échantillon, nous avons réalisé des analyses graphiques sur l'allure de la distribution normale de nos échantillons dans le but de valider l'une des quatre conditions d'application de tests paramétriques.

Ensuite, nous avons réalisé une ANOVA afin de tester l'effet de la situation maritale, soit « en relation » c'est-à-dire être en couple ou marié·e et « non relation », en lien avec le traitement ou l'absence de traitement de l'OE (« non traitement » ; « traitement a minima ») sur l'« empathie perçue » (VD) par les participant·e·s (**H4**).

Nous avons également réalisé un graphique issue d'une ANOVA présentant la comparaison des moyennes de l'« empathie perçue » (VD) par les participant·e·s présentant une « détresse » (score > 4) ou « non détresse » en lien avec le traitement de l'OE (« non traitement » ; « traitement a minima »).

L'ensemble des analyses statistiques ont été traitées à l'aide de l'ouvrage « Statistiques sans maths pour psychologues » (Dancey & Reidy, 2016).

5) Résultats

1. Statistiques descriptives

Les caractéristiques sociodémographiques des participant·e·s ainsi que les caractéristiques médicales de la population « patient·e·s » sont restituées dans le tableau 1.

Tableau 1 : caractéristiques des participant·e·s (N= 64) :

Variables (modalité)	% (n) ou moy ± SD	Variables (modalité)	% (n) ou moy ± SD
Groupe			
Contrôle	56.3 % (36)	+5 ans > baccalauréat / master	43.8 % (28)
Patient·e	43.8 % (28)	Apprentissage	3.1 % (2)
Sexe		Formation professionnelle supérieure	9.4 % (6)
Masculin	39.1 % (25)	Type de cancer	
Féminin	60.9 % (39)	Ovaire	3.6 % (1)
Âge	47 (± 16.9)	Côlon	7.1 % (2)
Masculin	47 (± 19)	Sein	39.3 % (11)
Féminin	47.1 (± 15.1)	Poumon	10.7 % (3)
Situation maritale		Estomac	10.7 % (3)
Célibataire	25.0 % (16)	Vessie	3.6 % (1)
En couple	28.1 % (18)	Pancréas	3.6 % (1)
Marié·e	32.8 % (21)	Leucémie / Lymphome	7.1 % (2)
Divorcé·e	9.4 % (6)	Œsophage	10.7 % (3)
Veuf·ve	4.7 % (3)	Prostate	3.6 % (1)
Situation professionnelle		Temps depuis le diagnostic (en année)	5.5 (± 6.6)
En activité·e	53.1 % (34)	Âge du diagnostic (en année)	53.6(± 14.8)
Sans emploi	1.6 % (1)	Assigné·e à la condition « non traitement »	56.3 % (36)
Retraité·e	18.8 % (12)	Homme	25 % (16)
En formation	20.3 % (13)	Femme	31.3 % (20)
Arrêt maladie (invalidité)	4.7 % (3)	Assigné·e à la condition « traitement a minima »	43.8 % (28)
En recherche d'emploi	1.6 % (1)	Homme	14.1 % (9)
Niveau d'études		Femme	29.7 % (19)
Baccalauréat/ Ens. obligatoire	20.3 % (13)	Détresse : score au thermomètre de la détresse	2.1 (± 2.3)
Niveau baccalauréat / maturité	12.5 % (8)	Empathie perçue : score total à la CARE	21.8 (± 8.0)
2/3 ans > baccalauréat / bachelor	10.9 % (7)		

% = pourcentage ; (n) =effectif ; Moy = moyenne ; SD = écart-type ; Scores possibles au thermomètre de la détresse psychologique = 0-10, Scores totaux possibles de la CARE = 10- 50.

La population de cette recherche est composée d'une majorité de personnes de sexe féminin (60.9 %), en couple ou mariée (60.9%). L'étendue des âges varie entre 24 à 90 ans, soit une moyenne de 47.03 ans ($SD \pm 16.91$). Quarante-sept personnes sont en activité professionnelle ou en formation (73.4%) et la majorité des participant·e·s (43.8%) ont fait des études supérieures.

Parmi l'ensemble de la population totale, 28 personnes, les « patient·e·s », ont été atteintes d'un cancer (43.8%). Cet échantillon est composé de 16 femmes et 12 hommes. L'âge auquel le diagnostic a été annoncé varie entre 9 ans et 76 ans ($M = 53.6$ $SD \pm 14.8$). Environ un quart des « patient·e·s » sont diagnostiqué·e·s depuis plus de dix ans (21.4%). Parmi cet échantillon, le cancer du sein est le cancer le plus présent (39.3%). Quant au traitement, le plus employé face aux différents cancers est la chimiothérapie (85.2%). En moyenne dans cet échantillon, les patient·e·s évaluent leur détresse à 1.89 sur 10 ($SD \pm 2.13$) et la population contrôle à 2.22 sur 10 ($SD \pm 2.45$). En outre, 25% de la population totale présente une détresse cliniquement significative ($N=16$) dont six participant·e·s patient·e·s.

En moyenne, les participant·e·s ont perçu un niveau relativement faible d'empathie suite à la lecture des deux scripts mentionnés précédemment ($M = 21.8$, $SD \pm 8.0$).

2. Tests statistiques

Dans un premier temps, nous allons effectuer des tests statistiques sur deux groupes indépendants en fonction de nos trois premières hypothèses. Si l'hypothèse nulle est rejetée alors la différence entre les deux moyennes serait statistiquement significative.

Les quatre conditions d'application pour effectuer un test paramétrique de type t-test sont les suivantes. Les groupes doivent être indépendants (1). La variable dépendante, soit « empathie perçue », doit être une mesure continue (2). Les données doivent être normalement distribuées (3) étant précisé qu'avec un échantillon suffisamment grand ($N > 30$), la distribution d'échantillonnage se rapproche de la distribution de la loi normale. La dernière condition nécessite que les variances des groupes doivent être égales (4) étant précisé que si le test de Levene est statistiquement significatif, l'hypothèse d'homogénéité des variances doit être rejetée.

1. Hypothèse 1

Les conditions 1, 2 et 4 ($F(1, 61) = 0.01, p = 0.98$) sont validées. Cependant, $N = 28$ pour la condition « traitement a minima ». Nous devons alors étudier l'allure du graphique afin d'observer une distribution normale ou non de la courbe. La distribution de la courbe suit la distribution normale attendue, à l'exception d'une variable extrême (cf. annexes). Nous pouvons employer un test paramétrique de type t-test.

Tableau 2. Données descriptives et effet des conditions « non traitement » et « traitement a minima » sur l'empathie perçue

	non traitement		traitement a minima		F	Diff. Moy.	ddl	p
	N = 35		N = 28					
Variable	M	SD	M	SD				
Empathie	21.18	7.96	22.64	8.08	0.001	-1.46	61	0.48

Modèle : $t(61) = -0.72, p = 0.48$

Empathie : score moyen d'empathie perçue à la CARE ; M = moyenne ; SD = écart type ; Diff. Moy. = moyenne entre groupes ; ddl = degrés de liberté ; p = significativité avec $*p < .05$.

La comparaison des deux groupes ne présente pas de différence significative, l'hypothèse alternative étant ainsi rejetée. La variable « traitement a minima » n'a donc pas d'effet significatif sur l'empathie perçue par les participant·e·s.

Étant donné la présence d'une valeur extrême dans les graphiques de la distribution normale, les résultats de la méthode non-paramétrique sont disponibles en annexe (cf. tab 2.a). La conclusion de ces deux tests est identique.

2. Hypothèse 2

Les conditions 1, 2 et 4 ($F(1, 61) = 0.05, p = 0.95$) sont validées. Cependant, $N = 27$ pour la condition « patient·e·s ». Nous devons alors étudier l'allure du graphique afin d'observer une distribution normale ou non de la courbe. La distribution de la courbe suit la distribution normale attendue, à l'exception d'une variable extrême (cf. annexes). Nous pouvons employer un test paramétrique de type t-test.

Tableau 3. Données descriptives et effet des conditions « patient·e·s » et « contrôles » sur l'empathie perçue

	patient·e·s		contrôles		F	Diff. Moy.	ddl	p
	N = 27		N = 36					
Variable	M	SD	M	SD				
Empathie	22.07	8.16	21.65	7.95	0.005	-0.43	61	0.84

Modèle : $t(61) = -0.21, p=0.84$

Empathie : score moyen d'empathie perçue à la CARE ; M = moyenne ; SD = écart type ; Diff. Moy. = moyenne entre groupes ; ddl = degrés de liberté ; p = significativité avec * $p<.05$.

La comparaison des deux groupes ne présente pas de différence significative, l'hypothèse alternative étant ainsi rejetée. Le fait d'avoir été atteint·e d'un cancer n'a donc pas d'effet significatif sur l'empathie perçue par les participant·e·s.

Étant donné la présence d'une valeur extrême dans les graphiques de la distribution normale, les résultats de la méthode non-paramétrique sont disponibles en annexe (tab 3.a). La conclusion de ces deux tests est identique.

3. Hypothèse 3

Les conditions 1, 2 et 4 ($F(1,25) = -1.12, p = 0.30$) sont validées. Cependant, N = 21 pour la condition « tdd < 10ans », et N = 6 pour la condition « tdd > 10ans ». Nous devons alors étudier l'allure du graphique afin d'observer une distribution normale ou non de ces courbes. La distribution de la courbe « tdd < 10 ans » suit la distribution normale attendue, à l'exception d'une variable extrême. Bien que la distribution de la courbe « tdd > 10 ans » suit environ la distribution normale attendue nous pouvons voir que de nombreuses valeurs s'écartent de la courbe normale attendu (cf. annexes). Nous allons tout de même employer un test paramétrique de type t-test et en annexe vous pourrez trouver les résultats du test non paramétrique.

Tableau 4. Données descriptives et effet des conditions « tdd > 10ans » et « tdd < 10ans » sur l'empathie perçue

	tdd < 10 ans		tdd > 10 ans		F	Diff. Moy.	ddl	p
	N = 21		N = 6					
Variable	M	SD	M	SD				
Empathie	21.05	6.81	25.67	11.88	-1.12	-4.62	25	0.23

Modèle : $t(25) = -1.24, p=0.23$.

Empathie : score moyen d'empathie perçue à la CARE ; M = moyenne ; SD = écart type ; Diff. Moy. = moyenne entre groupes ; ddl = degrés de liberté ; p = significativité avec $*p<.05$.

La comparaison des deux groupes ne présente pas de différence significative, l'hypothèse alternative étant ainsi rejetée. Le fait d'être récemment diagnostiqué d'un cancer n'a donc pas d'effet significatif sur l'empathie perçue par les participants.

Étant donné la présence d'une valeur extrême dans les graphiques de la distribution normale, et la faible population pour « tdd > 10ans », les résultats de la méthode non-paramétrique sont disponibles en annexe (tab 4.a). La conclusion de ces deux tests est identique.

4. Hypothèse 4 : effet de la relation sur l'empathie perçue

Pour ce test, nous employons la méthode ANOVA afin de prouver statistiquement la présence d'effets simples et d'effet d'interaction entre les variables indépendantes sur la variable dépendante « perception de l'empathie ».

*Tableau 5. Données descriptives de l'interaction traitement de l'OE * relation*

	traitement a minima *		non traitement *		traitement a minima *		non traitement *	
	en relation		en relation		non relation		non relation	
	N = 16		N = 23		N = 12		N = 12	
Variable	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Empathie	25.63	8.37	20.52	9.12	18.67	5.87	22.44	5.18

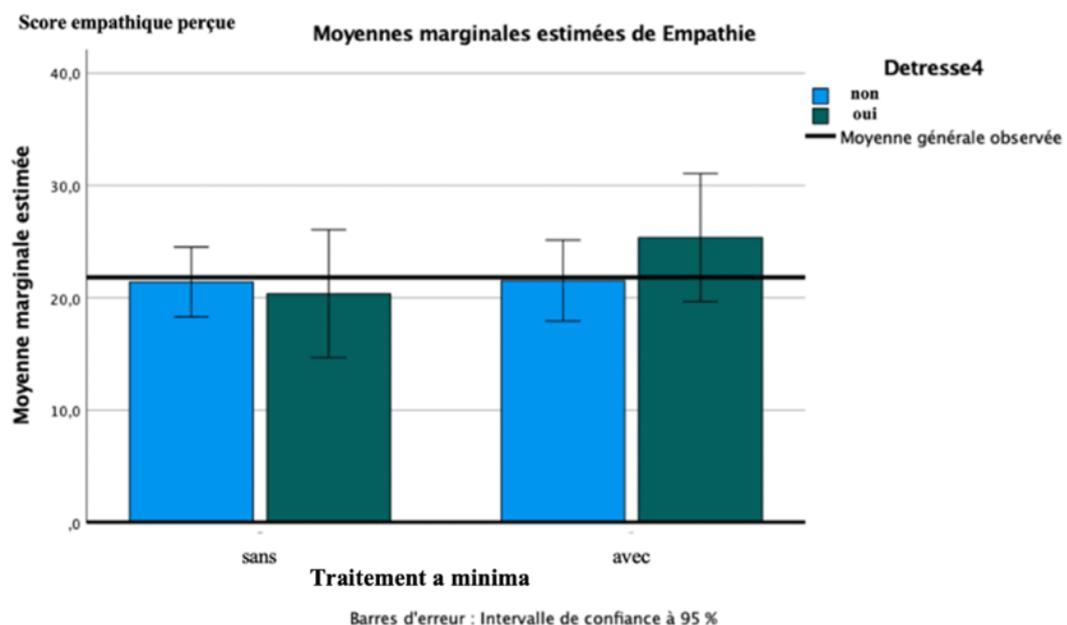
5. Hypothèse 5 : effet de la détresse sur l'empathie perçue

*Tableau 7. Données descriptives de l'interaction de « traitement a minima » * « détresse »*

Variable	traitement a minima *		non traitement *		traitement a minima *		non traitement *	
	détresse		détresse		non détresse		non détresse	
	N = 8		N = 8		N = 20		N = 27	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Empathie	25.37	5.85	20.38	5.39	21.55	8.71	21.42	8.65

L'analyse de variance à deux facteurs n'a présenté aucune différence significative entre les effets simples et l'effet d'interaction des groupes ($p > 0.5$) (cf. annexes). Cependant, nous pouvons relever dans le tableau 7 que la différence de moyenne en les deux groupes en détresse est de 5 points. Cette différence de moyenne est élevée en comparaison aux différences de moyennes des groupes précédemment analysés dans les trois premières hypothèses. Les personnes en détresse perçoivent leur médecin comme plus empathique si le médecin est empathique a minima. La représentation graphique est représentative de ce résultat.

Graphique 6. Représentation graphique des effets statistiques des interactions « détresse » et « traitement a minima »



6) Discussion

6.1 Synthèse des résultats

Concernant notre première hypothèse, les moyennes des deux groupes sont extrêmement proches et statistiquement non significatives ($p > 0.05$; moyenne = 21.18 (7.96), moyenne = 22.64 (8.08)) : le traitement a minima ne semble pas avoir d'effet sur notre population générale. Les moyennes des deux groupes dans la seconde hypothèse étant elles aussi extrêmement proches et statistiquement non significatives ($p > 0.05$; moyenne = 22.07 (8.16), moyenne = 21.65 (7.95)) : le fait d'avoir ou non un cancer ne semble ainsi pas avoir d'effet sur la perception de l'empathie au sein de notre population. Concernant la troisième hypothèse, les moyennes des deux groupes sont proches et les résultats sont statistiquement non significatifs ($p > 0.05$; moyenne = 21.05 (6.81), moyenne = 25.67 (11.88)) : le temps écoulé depuis l'annonce d'un cancer ne semble donc pas avoir d'effet sur la perception de l'empathie au sein de la population patiente. Nous verrons par la suite que les résultats de la deuxième et troisième hypothèse sont utiles pour les recherches futures. Concernant notre quatrième hypothèse, les personnes « en relation » perçoivent en moyenne une empathie significativement plus grande que les personnes qui sont en « non relation » dans la condition « traitement a minima » ($p < 0.5$). Nous remarquons 7 points d'écart concernant la différence de moyenne entre ces deux groupes sur les mesures de l'empathie perçue. Cette différence de moyenne est élevée car les différences de moyenne parmi les groupes précédemment analysés varient 0.43 à 4.62 points. Dans la continuité de ce résultat, le graphique ainsi que les écarts de moyenne des groupes « détresse » et « non détresse » nous indiquent que, dans la condition « traitement a minima », le médecin est perçu comme plus empathique par les personnes « en détresse ». Il semblerait donc que traiter a minima l'empathie ne soit pas perçu comme empathique par la population générale mais le fait d'être « en relation » ou « en détresse » cumulé au « traitement a minima » de l'OE permet que l'empathie a minima soit mieux perçue qu'une absence totale d'empathie.

6.2 Discussion des résultats

L'objectif de ce mémoire était de prouver que l'empathie a minima du de la médecin peut être perçue comme suffisamment empathique. Malheureusement, elle ne semble pas avoir d'effet significatif pour la majorité de la population. Être empathique a minima implique un comportement empathique qui se déroule sur une courte période. Si la durée est trop courte

pour adopter un comportement empathique alors la totalité du cycle empathique (Maeker & Maeker-Poquet, 2022) ne peut se réaliser. Ce cycle appartient à un modèle de relation empathique développé en 2022 qui se déroule en plusieurs étapes. Il débute lors de la rencontre entre soignant·e et soigné·e permettant l'énoncé d'une OE. Il se finit lorsque la vérification du·de la patient·e concernant le retour empathique du·de la soignant·e est en accord avec l'OE que le·la patient·e a énoncé·e. Cumuler la vision de ce modèle très récent (Maeker & Maeker-Poquet, 2022) à la définition de Mercer citée précédemment (2004) implique que la mise en place d'un comportement empathique semble long et cognitivement coûteux. Or, l'empathie a minima se réalisant sur une courte période, l'expression ainsi que la réception de l'OE (I) sont possibles, mais l'analyser, restituer un comportement empathique et voir s'il est exact (II), puis s'il est vérifié et validé par le·la patient·e afin que ce soit thérapeutique (III) prend nécessairement plus de temps. Aussi, s'assurer que la relation est perçue comme empathique peut demander une répétition du cycle de l'empathie, notamment à travers des corrections induites par les patient·e·s, pour en obtenir un effet thérapeutique (Maeker & Maeker-Poquet, 2022). Il est précisé que « selon l'objectif thérapeutique [donc du contexte de la relation patient·e – médecin ou l'intervention du·de la médecin], le nombre de cycles [...] donc la durée totale de la relation empathique seront plus ou moins importantes » (Maeker & Maeker-Poquet, 2022, p. 89). Le contexte de l'annonce d'une mauvaise nouvelle contrairement au contexte du retrait d'un cathéter est plus propice à la production d'OE, et induit sûrement un cycle plus long ou la répétition de cycles pour s'assurer que le comportement soit perçu comme empathique. C'est donc là une des limites de l'empathie a minima : il manque clairement deux parties majeures au cycle de l'empathie (II et III) pour que celle-ci puisse assurément être perçue comme empathique.

En revanche, comme évoqué précédemment, le traitement a minima auprès des personnes « en relation » a un effet significatif sur la perception de l'empathie. Au vu de ce résultat, nous allons tenter une piste d'explication. Les personnes qui se définissent en couple ou mariées, c'est-à-dire en relation, ont une plus grande empathie face au comportement empathique a minima dans une relation avec l'autre que celles qui ne sont pas en relation. En effet, une étude en imagerie cérébrale a montré que la relation que nous avons avec un·une partenaire influence l'étendue de notre empathie (Singer et al., 2006 ; cité par de Vignemont, 2008). Nous devons donc partir du postulat que nos participant·e·s en relation ne sont pas dans une relation violente ou d'abus et que leur relation laisse de l'espace à la mise en place de comportements empathiques. Cette empathie étendue, appelée empathie reconstructive, est un partage d'émotions qui permet d'utiliser ses propres ressources émotionnelles pour comprendre, grâce à la simulation de la

situation émotionnelle d'autrui, son·sa partenaire (de Vignemont, 2008). C'est une manière de comprendre l'autre en se basant sur les indices du contexte externe (ce que je sais de ce qui arrive à la l'autre) (de Vignemont, 2008) tels que « je sais que l'autre est très occupé·e en ce moment donc il·elle est moins disponible pour notre relation ». Ce type d'empathie peut être élaborée quotidiennement grâce à la relation du·de la patient·e permettant de développer ainsi une plus grande flexibilité concernant ses attentes du comportement empathique de l'autre. Donc le fait d'être en relation implique la compréhension que l'autre ne soit pas toujours disponible à cause de contraintes contextuelles par exemple. Ainsi, les personnes en relation ont une meilleure compétence à percevoir les émotions d'autrui grâce aux indices du contexte externe. En effet, ces personnes en relation cherchent « les informations qui dans le contexte permettent d'expliquer l'émotion [de l'autre] et de l'appréhender dans toutes ses dimensions » (de Vignemont, 2008). Ainsi, avoir un cancer implique d'être en relation avec un·une médecin et que celui·celle-ci peut être considéré·e comme une sorte de nouveau·elle partenaire. Les indices de contexte externe en oncologie peuvent être « je sais que le·la médecin n'a pas le temps », « je sais que le·la médecin a d'autres patient·e·s à voir » « je sais que le·la médecin ne peut pas rester trop longtemps à m'écouter », etc. De cette manière-là, les patient·e·s en relation ayant développé au sein de leur couple les compétences à percevoir de manière flexible l'empathie de leur·e partenaire grâce aux indices du contexte externe feront probablement la même chose à l'hôpital avec leur médecin ayant une attitude empathique a minima.

Une étude évaluant l'empathie perçue au sein du couple vivant une transition vers la parentalité irait dans ce sens et apporterait une piste de lecture complémentaire : lors d'une transition dans un couple, la perception empathique de son partenaire est liée au style d'attachement (Kazmierczak, 2015). Dans ce mémoire, la transition peut être apparentée à la rencontre précédant la première séance de chimiothérapie qui est un contexte propice aux OE et à la mise en place d'une empathie a minima. Le couple peut être apparenté à la relation médecin-patient·e, car ce type de relation s'étend sur une longue période. Ainsi, lors de transition, être une personne ayant un attachement sécurisé permet de percevoir son·sa partenaire [= un·une médecin] comme plus empathique (Kazmierczak, 2015). De plus, les partenaires n'ayant pas un attachement sécurisé se concentrent plus sur les expériences négatives après la transition en prêtant plus d'attention sur le manque d'empathie de leur partenaire (Kazmierczak, 2015). Les résultats de cette étude nous laissent penser que le style d'attachement des patient·e·s influence la perception de l'empathie dans la relation médecin-patient·e. Cela serait intéressant à étudier par la suite.

À l'inverse d'être en relation, le fait d'être seul·e, séparé·e, divorcé·e ou veuf·veuve est un facteur de risque de détresse (Howell, et al., 2015, p. 49). Dans notre étude, les patient·e·s évaluent en moyenne leur détresse à 1.89 sur 10 (SD ± 2.13) et la population contrôle à 2.22 sur 10 (SD ± 2.45). Dans ce mémoire, le fait d'avoir été atteint·e d'un cancer n'augmente pas en moyenne la détresse au-dessus du seuil clinique significatif par rapport à la population contrôle. Tout de même 25% de la population totale de notre étude exprime une détresse au-dessus du seuil clinique. De plus, l'association canadienne d'oncologie psychosociale rapporte que la détresse varie de 22 à 58 % dans les études qui ont utilisé le thermomètre de la détresse avec un score seuil de 4 ou 5 (Howell, et al., 2015). Étant donné que la détresse atteint un grand nombre de personnes ayant un cancer, il est important de relever que l'empathie a minima est mieux perçue chez ces personnes en détresse. Pour expliquer ce phénomène, les patient·e·s en détresse tout comme les patient·e·s ayant une faible sécurité économique exprime davantage d'émotions négatives (Howell, et al., 2015). Donc le nombre d'OE exprimées est plus élevé chez ces personnes, car elles émettent plus d'émotions négatives et de plaintes. Cette détresse indique que ces personnes ont des difficultés financières, professionnelles ou personnelles contrairement aux personnes déclarant être soutenu·e·s par leurs famille et amis qui ont donc des scores plus faibles de détresse (Dolbeault et al., 2008) car ce soutien est un facteur protecteur de détresse (Rivest, J. et al., 2017). Or les médecins répondent très rarement avec empathie lors d'expression d'émotions négatives (Johnson Shen et al., 2019). Il est pertinent d'employer un discours empathique a minima pour ces personnes en détresse, car « l'empathie peut être considérée comme une forme de soutien social, amenant confiance, sentiment de sécurité et de connexion à l'autre, autant d'éléments connus pour calmer le système sympathique et activer le parasympathique » (Lelorain & Fontesse, 2021, p. 8). Une solution pour répondre avec empathie aux émotions négatives exprimées et plus généralement auprès de personnes en détresse est de répondre avec une empathie a minima. Cela permet entre autre un soutien social a minima, facteur protecteur de détresse pour les patient·e·s, permettant ainsi aux médecins d'être perçu·e·s comme plus empathiques de la part des patient·e·s en détresse.

6.3 Limites de l'étude et recommandations futures

En ce qui concerne les analyses statistiques, nous avons considéré les **deux types d'erreurs statistiques**. Bien que l'erreur de première espèce (alpha) ne soit pas arrivée, il nous semble important de relever ce type d'erreur dans le cadre des recherches sur l'empathie a minima, car c'est un sujet encore trop peu étudié. Or « la réplication est la pierre angulaire de la démarche

scientifique » (Dancey & Reidy, 2016, p. 141) ce qui implique que si d'autres études sont faites sur l'empathie a minima, alors cette rigueur scientifique sera d'autant plus respectée. L'erreur de seconde espèce (bêta) signifie une insuffisance de la part des mesures, on ne peut exclure cette erreur, car elle appartient à l'une des limites du mémoire qui est due à une taille d'échantillon trop faible (Dancey & Reidy, 2016). En effet, au vu de notre faible échantillon, la certitude quant à la significativité statistique est complexe à obtenir notamment pour notre cinquième hypothèse (N=8). C'est pour cette raison que des analyses graphiques concernant certaines comparaisons de moyennes ont été menées. Ce type d'analyse est pertinent pour détecter de manière visuelle une possible interaction entre les variables étudiées dans ce mémoire.

Une autre limite de ce mémoire concerne la **qualité des scripts proposés** aux participant·e·s de cette étude. Le contexte et les informations sur l'équipe soignante sont peu expliqués en amont de la lecture du script. Le genre ainsi que la manière de répondre a minima sont aussi à développer.

Le genre du·de la médecin influence les attentes des patient·e·s concernant le comportement empathique du médecin ou de la médecin (Surchat et al., 2022). Il serait donc intéressant de mettre en place quatre scripts. Deux scripts étant un médecin homme non empathique et empathique a minima puis deux scripts avec une médecin femme non empathique et empathique a minima afin d'évaluer si l'empathie a minima aurait plus d'effet avec l'un des deux genres du·de la médecin.

Aussi, **le contexte dans lequel** se déroule l'entretien est important pour définir les attentes des patient·e·s mais aussi pour la mise en place de comportements plus ou moins empathiques des médecins. Des participant·e·s de l'étude ayant eux-mêmes eu un cancer relèvent qu'il leur est « difficile d'évaluer clairement l'attitude du médecin envers la patiente. Il [lui] manque le premier rendez-vous entre l'oncologue et la patiente ! Comment s'est-il passé, de quelle façon a-t-on présenté le traitement global (chirurgie, radiothérapie, etc.) » ou encore qu'il « manque peut-être le contenu du premier entretien pour valider le contenu de l'entretien actuel ». Suite à ces retours, nous recommandons de développer le cadre dans lequel se déroule l'entretien du script. Par exemple, si le cadre de l'entretien est l'annonce d'une mauvaise nouvelle, cela a un effet négatif sur le bien-être des patient·e·s, modifiant les perspectives d'avenir et activant des émotions fortes telles que de l'anxiété (Sep et al., 2014). Dans ce cas-là demander d'évaluer l'empathie a minima sans préciser le contexte, la relation, l'état de la patiente, s'il y a eu de

nombreuses OE ignorées, ou encore certains antécédents, la réponse empathique a minima risquerait d'être perçue comme non empathique.

Les informations sur l'équipe soignante sont trop peu expliquées. Une patiente relève suite à la lecture du script que « Sentir le soutien de toute une équipe, aide à supporter tous les moments difficiles de la thérapie et la chirurgie », une autre partage que « [s]on expérience depuis l'annonce du diagnostic et la relation avec l'oncologue, le chirurgien et tout le personnel soignant a été excellente. Ce qui aide grandement à passer les difficiles étapes du traitement ». Comme vu précédemment, le soutien social même a minima de la part de l'équipe soignante permet par exemple d'aider les personnes en détresse « à passer les difficiles étapes du traitement » et donc de percevoir son·sa médecin comme plus empathique.

Répondre de manière empathique a minima au compte-gouttes grâce à quelques courts segments empathiques. Cette manière de communiquer permet d'affecter l'activité physiologique du système nerveux central (SNC) et donc le bien-être des patient·e·s (Sep et al., 2014). Comme évoqué précédemment, l'empathie active le système parasympathique (Lelorain & Fontesse, 2021), et ce système dépend du SNC. Nous pourrions donc imaginer un lien entre cette communication au compte-gouttes et l'activation de ce système parasympathique tout comme le ferait une communication empathique. Un second intérêt à communiquer l'empathie a minima au compte-gouttes est qu'elle améliore le rappel d'information entendu au cours d'entretien entre un·une médecin et son·sa patient·e (Sep et al., 2014). Comme le dit une participante et patiente « pendant les soins et le combat, on n'accepte que ce que l'on veut entendre, c'est pour cela qu'il faut être accompagnée au rdv ». Malheureusement certaines personnes ne peuvent-être accompagnées en rendez-vous. Cette étude suggère donc que les cliniciens doivent gérer les émotions des patient·e·s avant de leur fournir des informations médicales supplémentaires (Sep et al., 2014). Cette manière de communiquer permet de réguler l'émotion et permet une meilleure mémorisation des informations pour les patient·e·s durant l'entretien.

6.4 Implication pratique

Pour la recherche : l'hypothèse concernant la différence d'empathie perçue du groupe « contrôle » et « patient·e·s » (H2) étant réfutée implique que la population « contrôle », donc toute venante, peut réaliser au même titre que les « patient·e·s » l'évaluation de l'empathie perçue à travers l'échelle CARE. De plus, une personne ayant été diagnostiquée d'un cancer depuis moins de 10 ans « tdd < 10ans », ou depuis plus de dix ans « tdd > 10ans » (H3)

n'influence pas significativement l'empathie perçue des médecins. Ce résultat permet aussi une plus grande inclusion des patient·e·s dans la recherche concernant la perception de l'empathie à travers l'échelle CARE. Ces deux résultats indiquent la possibilité d'une plus grande inclusion de participant·e·s qui pourrait donc combler l'erreur de seconde espèce (bêta) car une population toute venante est plus simple à recruter.

Pour l'enseignement en médecine : récemment, il a été relevé dans la littérature que les étudiant·e·s en médecine ne savent pas définir l'empathie (Costa-Drolon et al., 2021; cité par Lelorain & Fontesse, 2021), et cela témoigne d'un manque de formation sur ce sujet dans le cursus d'enseignement de la médecine (Lelorain & Fontesse, 2021). Aussi, un écart « entre l'empathie d'un soignant telle que ressentie par un patient et l'évaluation objective que peut en faire les chercheurs [...] montre à quel point, l'empathie ne peut être apprise de façon standardisée » (Lelorain & Fontesse, 2021, p. 7). Un ancien patient et étudiant de médecine nous partage suite à sa participation au questionnaire qu'« il faut remettre en contexte, souvent les médecins chefs actuels ont terminé leurs études il y a une quinzaine d'années. Ils n'ont donc certainement eu aucun cours de communication, [...], en tout cas à Genève, on a beaucoup de cours nous expliquant comment parler aux patients, comment communiquer et nous donner les outils pour mener au mieux une consultation même difficile ». Cela témoigne donc d'une évolution autour de la communication dans le cursus médical. Cette même personne semble motivée à mettre en pratique une communication empathique « le thème de la communication avec le patient est importante [...] Il faudra simplement attendre que la nouvelle génération de médecins acquière l'expérience nécessaire pour devenir responsable ». Bien que Hall évoque que la formation en communication qui met l'accent sur les comportements associés à l'empathie peut améliorer la perception des patient·e·s de l'empathie clinique (Hall et al., 2021), il est intéressant de voir comment cette communication empathique est enseignée. Généralement, une seule manière de communiquer est enseignée : celle de partage des émotions (Decety, 2020). Ce qui devrait être cultivé dans la formation médicale est un enseignement pluriel et humain de l'empathie tel qu'être attentif, chaleureux, et attentionné (Decety, 2020). Face à la multi-dimensionnalité que présentent les définitions de l'empathie, il est pertinent de l'enseigner de manière plurielle à savoir que certaines formes d'empathies ont un effet pour certain·e·s patient·e·s et dans un certain contexte ou à certains moments de la prise en charge du cancer.

Pour la clinique : bien que le centre interdisciplinaire d'oncologie du CHUV offre aux patient·e·s une prise en charge interdisciplinaire complète et adaptée à chaque type de cancer (CHUV & Pierre-Louis Chantre, 2021), la présence des psychologues ne semble pas être automatique dans les équipes de soins. Il faut en effet demander de l'aide ou faire appel à un spécialiste, en s'adressant à son·sa médecin ou son·sa référant·e infirmier·ère (CHUV & Pierre-Louis Chantre, 2021) pour obtenir une consultation avec un·e psychologue. Cette séparation avec l'équipe de soins est problématique lorsqu'on voit, par exemple, que les hommes n'émettent que très peu d'OE (Pollak et al., 2007) et sont donc moins enclins à demander de l'aide à l'équipe de soins. Dans un programme du CHUV datant de 2013 et mis à jour à l'interne en 2021, il semblerait aussi que l'équipe de consultation du Centre Coordonné d'Oncologie soit constituée d'un psychologue. Réinvestir les psychologues dans les hôpitaux, notamment en oncologie semble évident au vu des contraintes temporelles et contextuelles et aussi de la complexité à mettre en place un comportement empathique adapté dont l'empathie a minima est l'exemple ici. Une ancienne patiente et actuellement chirurgienne réparatrice mammaire pour les personnes ayant eu un cancer du sein explique suite à sa participation au questionnaire qu'il y a des infirmier·ère·s référent·e·s pour les femmes ayant un cancer du sein. Ces dernier·ères recueillent diverses informations non médicales pour ainsi orienter les patient·e·s vers une psychothérapie ou une aide sociale. Cependant, ces « breast nurses [...] ne peuvent jamais s'arrêter et parler d'un sujet qui préoccupe la patiente sinon [l'institution a une] perte d'accréditation ». Elle rapporte que « Les médecins qui ne suivent pas et font des consultations trop longues etc. sont dénoncés par les assurances et swissmedic [, et] parfois amenés à rembourser des sommes astronomiques ». La place de la parole semble donc faible dans les services d'oncologie pour les patient·e·s et les médecins. Pour elle « un psy devrait être présent, ce n'est jamais le cas ». Suite à ce rapide aperçu de l'état actuel du système de soin de la région où est rédigé ce mémoire, il est pertinent de continuer cette réflexion en conclusion, car elle amène à réfléchir sur la place des psychologues en milieu hospitalier.

6.5 Conclusion

Il est important de se rappeler que ce n'est pas simplement le fait de traiter a minima l'OE auprès des patient·e·s qui a un effet. Le traitement empathique a minima a un effet s'il est cumulé à une autre variable telle qu'être en relation ou en détresse. Bien que les explications soient différentes, être en couple ou être en détresse est un prédicteur de la perception de l'empathie a minima des médecins. Cependant n'oublions pas que chaque patient·e est avant

tout un être humain avec sa singularité. En ce sens, nous ne pouvons les réduire à être « en relation » ou « en détresse » pour appliquer systématiquement une empathie a minima. Chaque relation entre un·une patient·e et son·sa médecin est unique. Pour les médecins s'assurer que les trois étapes soient réalisées (Mercer et al., 2004) pour ainsi s'assurer que l'empathie soit perçue, et donc thérapeutique, peut prendre du temps et nécessite parfois de répéter ce comportement (Maeker & Maeker-Poquet, 2022). La présence de psychologues pourrait permettre aux médecins d'être empathiques a minima, puis si nécessaire, les psychologues pourraient s'assurer que le comportement empathique du·de la médecin répondent aux attentes du·de la patient·e. En fonction de cela, les psychologues peuvent alors s'occuper des deux dernières étapes qui permettent l'ajustement de l'empathie a minima en fonction des attentes et besoins pour qu'une empathie soit perçue et se réalise. L'objectif étant de s'assurer que leur·s patient·e·s puissent se sentir entendu·e·s, compris·e·s, et soutenu·e·s.

Permettre aux médecins de développer des capacités de flexibilité quant à leurs réponses empathiques a minima est également bénéfique. L'objectif n'étant pas de transformer un médecin en psychologue, mais Elliott recommande que les psychologues peuvent contribuer à cela en identifiant les situations dans lesquelles l'empathie peut être particulièrement utile ou au contraire contre-indiquée (Elliott et al., 2018). Ce raisonnement est évidemment applicable pour l'empathie a minima qui, en effet, semble être indiquée pour certaines populations et sans effets pour d'autres populations. En oncologie, les psychologues pourraient alors travailler conjointement avec les médecins lors de consultations pour ajuster l'empathie de ces dernier·ère·s. Les psychologues par leurs interventions permettent de rappeler qu'il faut une clinique de la singularité et d'avoir une prudence à avoir dans la façon dont on s'adresse aux patient·e·s (Doucet, C., 2011). Par ces interventions, les psychologues peuvent amener les médecins du côté du sur-mesure dans leurs relations avec les patient·e·s. Cela est tout à fait pertinent, car l'empathie a minima est perçue si on l'emploie à bon escient pour le·la bon·ne patient·e. Mais l'empathie vaut l'investissement en temps et en efforts pour la mettre en place et de manière cohérente (Elliott et al., 2018). C'est en ce sens que les psychologues peuvent par exemple apporter énormément à être au sein des hôpitaux, tout comme le sont les médecins, infirmier·ère·s, et aide-soignant·e·s. En tant que psychologues nous pouvons investir du temps et de l'effort pour prendre soin de l'individualité de chaque patient·e. Face à une médecine de plus en plus scientifique, l'individualité de chaque patient·e et la dimension relationnelle restent essentielles (Doucet, C., 2011).

7) Bibliographie

- Bas-Sarmiento, P., Fernández-Gutiérrez, M., Baena-Baños, M., Corroero-Bermejo, A., Soler-Martins, P. S., & de la Torre-Moyano, S. (2020). Empathy training in health sciences : A systematic review. *Nurse Education in Practice*, 44, 102739. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102739>
- Béatrice Schaad, Fabienne Borel, Floriane Bornet, & Thierry Currat. (2017). *EPP RAPPORT Annuel 2016*. https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/chuv/EPP_Rapport_Annuel_2016.pdf
- Chaitoff, A., Sun, B., Windover, A., Bokar, D., Featherall, J., Rothberg, M. B., & Misra-Hebert, A. D. (2017). Associations Between Physician Empathy, Physician Characteristics, and Standardized Measures of Patient Experience. *Academic Medicine*, 92(10), 1464-1471. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001671>
- CHUV & Pierre-Louis Chantre. (2021a). *1.5 Les centres interdisciplinaires d'oncologie : Rapport activité 2021*. CHUV - Rapports annuels. <https://rapportsannuels.chuv.ch/qualite/2021/1-5-les-centres-interdisciplinaires-doncologie>
- CHUV & Pierre-Louis Chantre. (2021b). *3.2 Le délai d'envoi des lettres de sortie : Rapport activité 2021*. CHUV - Rapports annuels. <https://rapportsannuels.chuv.ch/qualite/2021/3-2-le-delai-denvoi-des-lettres-de-sortie>
- Curchod, C. (2011). *Relations soignants-soignés : Prévenir et dépasser les conflits*. Elsevier Masson.
- Dancey, C., & Reidy, J. (2016). *Statistiques sans maths pour psychologues : SPSS pour Windows - QCM et exercices corrigés*. De Boeck Supérieur.
- Decety, J. (2020). Empathy in Medicine : What It Is, and How Much We Really Need It. *The American Journal of Medicine*, 133(5), 561-566. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2019.12.012>
- de Vignemont, F. (2008). Empathie miroir et empathie reconstructive. *Revue philosophique de la France et de l'étranger*, 133(3), 337-345. <https://doi.org/10.3917/rphi.083.0337>
- Dolbeault, S., Bredart, A., Mignot, V., Hardy, P., Gauvain-Piquard, A., Mandereau, L., Asselain, B., & Medioni, J. (2008). Screening for psychological distress in two French cancer centers : Feasibility and performance of the adapted distress thermometer. *Palliative & Supportive Care*, 6(2), 107-117. <https://doi.org/10.1017/S1478951508000187>
- Doucet, C. (2011). *Le psychologue en service de médecine. Les mots du corps* (. (p. 166). Masson.
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Murphy, D. (2018). Therapist empathy and client outcome : An updated meta-analysis. *Psychotherapy*, 55, 399-410. <https://doi.org/10.1037/pst0000175>

Fernando, A. T., Arroll, B., & Consedine, N. S. (2016). Enhancing compassion in general practice : It's not all about the doctor. *British Journal of General Practice*, 66(648), 340-341. <https://doi.org/10.3399/bjgp16X685741>

Gehenne, L., Lelorain, S., Anota, A., Brédart, A., Dolbeault, S., Sultan, S., Piessen, G., Grynberg, D., Baudry, A.-S., Christophe, V., & Group, F. W. (2020). Testing two competitive models of empathic communication in cancer care encounters : A factorial analysis of the CARE measure. *European Journal of Cancer Care*, 29(6), e13306. <https://doi.org/10.1111/ecc.13306>

Hall, J. A., Schwartz, R., Duong, F., Niu, Y., Dubey, M., DeSteno, D., & Sanders, J. J. (2021). What is clinical empathy? Perspectives of community members, university students, cancer patients, and physicians. *Patient Education and Counseling*, 104(5), 1237-1245. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.11.001>

Hojat, M., DeSantis, J., Shannon, S. C., Mortensen, L. H., Speicher, M. R., Bragan, L., LaNoüe, M., & Calabrese, L. H. (2018). The Jefferson Scale of Empathy : A nationwide study of measurement properties, underlying components, latent variable structure, and national norms in medical students. *Advances in Health Sciences Education*, 23(5), 899-920. <https://doi.org/10.1007/s10459-018-9839-9>

Howell D & Keshavarz H., Esplen M.J., Hack T., Hamel M., Howes J., Jones J., Li M., Manii D., McLeod D., Mayer C., Sellick S., Riahi-zadeh S., Noroozi H., & Ali M. (2015). *Pan-Canadian Practice Guideline : Screening, Assessment and Management of Psychosocial Distress, Depression and Anxiety in Adults with Cancer*.

Howick, J., Moscrop, A., Mebius, A., Fanshawe, T. R., Lewith, G., Bishop, F. L., Mistiaen, P., Roberts, N. W., Dieninytė, E., Hu, X.-Y., Aveyard, P., & Onakpoya, I. J. (2018). Effects of empathic and positive communication in healthcare consultations : A systematic review and meta-analysis. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 111(7), 240-252. <https://doi.org/10.1177/0141076818769477>

Jeffrey, D. (2016). Clarifying empathy : The first step to more humane clinical care. *British Journal of General Practice*, 66(643), e143-e145. <https://doi.org/10.3399/bjgp16X683761>

Johnson Shen, M., Ostroff, J. S., Hamann, H. A., Haque, N., Banerjee, S. C., McFarland, D. C., Molena, D., & Bylund, C. L. (2019). Structured Analysis of Empathic Opportunities and Physician Responses during Lung Cancer Patient-Physician Consultations. *Journal of Health Communication*, 24(9), 711-718. <https://doi.org/10.1080/10810730.2019.1665757>

Kazmierczak, M. (2015). Couple empathy – the mediator of attachment styles for partners adjusting to parenthood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 33(1), 15-27. <https://doi.org/10.1080/02646838.2014.974148>

Lelorain, S., Brédart, A., Dolbeault, S., & Sultan, S. (2012). A systematic review of the associations between empathy measures and patient outcomes in cancer care. *Psycho-Oncology*, 21(12), 1255-1264. <https://doi.org/10.1002/pon.2115>

Lelorain, S., & Fontesse. (2021). Empathie et déshumanisation en milieu médical. *De Boeck Supérieur*. <https://www.deboecksuperieur.com/ouvrage/9782807315655-psychologie-des-emotions>

Maeker, É., & Maeker-Poquet, B. (2022). Le temps est-il un obstacle à l'empathie clinique ? Une approche procédurale et systémique de l'empathie en gériatrie et en psychogériatrie. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2022.02.001>

Mercer, S. W., Maxwell, M., Heaney, D., & Watt, G. C. (2004). The consultation and relational empathy (CARE) measure : Development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Family Practice*, 21(6), 699-705. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmh621>

Mroz, E. L., McDarby, M., Arnold, R. M., Bylund, C. L., Kutner, J. S., & Pollak, K. I. (2022). Empathic Communication in Specialty Palliative Care Encounters : An Analysis of Opportunities and Responses. *Journal of Palliative Medicine*. <https://doi.org/10.1089/jpm.2021.0664>

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2022). *Constitution*. WHO. <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>

Parrish, R. C., Menendez, M. E., Mudgal, C. S., Jupiter, J. B., Chen, N. C., & Ring, D. (2016). Patient Satisfaction and its Relation to Perceived Visit Duration With a Hand Surgeon. *The Journal of Hand Surgery*, 41(2), 257-262.e4. <https://doi.org/10.1016/j.jhssa.2015.11.015>

Pavlova, A., Wang, C. X. Y., Boggiss, A. L., O'Callaghan, A., & Consedine, N. S. (2022). Predictors of Physician Compassion, Empathy, and Related Constructs : A Systematic Review. *Journal of General Internal Medicine*, 37(4), 900-911. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-07055-2>

Pollak, K. I., Arnold, R. M., Jeffreys, A. S., Alexander, S. C., Olsen, M. K., Abernethy, A. P., Sugg Skinner, C., Rodriguez, K. L., & Tulskey, J. A. (2007). Oncologist Communication About Emotion During Visits With Patients With Advanced Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 25(36), 5748-5752. <https://doi.org/10.1200/JCO.2007.12.4180>

Rivest, J., Robitaille, M. A., & Joannette, S. (2017). *La détresse des personnes atteintes de cancer : Un incontournable dans les soins*.

Roter, D., & Larson, S. (2002). The Roter interaction analysis system (RIAS) : Utility and flexibility for analysis of medical interactions. *Patient Education and Counseling*, 46(4), 243-251. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00012-5](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00012-5)

Sanders, J. J., Dubey, M., Hall, J. A., Catzen, H. Z., Blanch-Hartigan, D., & Schwartz, R. (2021). What is empathy? Oncology patient perspectives on empathic clinician behaviors. *Cancer*, 127(22), 4258-4265. <https://doi.org/10.1002/cncr.33834>

Sep, M. S. C., van Osch, M., van Vliet, L. M., Smets, E. M. A., & Bensing, J. M. (2014). The power of clinicians' affective communication : How reassurance about non-abandonment can reduce patients' physiological arousal and increase information recall in bad news consultations. An experimental study using analogue patients. *Patient Education and*

Counseling, 95(1), 45-52. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.12.022>

Surchat, C., Carrard, V., Gaume, J., Berney, A., & Clair, C. (2022). Impact of physician empathy on patient outcomes : A gender analysis. *British Journal of General Practice*, 72(715), e99-e107. <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0193>

Tapia, M. A. S., P., E. E. O. (2020). Catastrophizing-quality of life and pain. *Int J Recent Adv Multidiscip Res*, 7, 5687-5689. *The Clinical Journal of Pain*, 31(4), 5687-5689. <https://doi.org/10.1097/AJP.000000000000117>

ANNEXES

Script – Condition « non traitement »

Extrait de consultation

Mme X., âgée de 52 ans, est atteinte d'un cancer du sein diagnostiqué il y a un mois. Elle a subi une ablation partielle du sein droit (tumorectomie) il y a 3 semaines. Mme X. entre aujourd'hui en radiothérapie, traitement complémentaire à l'ablation partielle. Juste avant sa première séance de rayons, elle s'entretient avec son oncologue. Mme X. espère être rassurée par son médecin et obtenir des réponses à ses questions.

Voici une courte séquence de dialogue entre Mme X. et son oncologue au cours de cet entretien :

Oncologue : Bonjour Mme X., alors comme je vous avais évoqué lors de notre dernier rendez-vous, on se revoit aujourd'hui juste avant votre 1^{ère} séance de radiothérapie pour faire un petit point ensemble. Comment vous sentez-vous ?

Mme X. : (inspiration) Disons que ça va... (souplesse)

Oncologue : Ca va ? Vous vous sentez d'attaque pour cette première journée ?

Mme X. : Bah il faut bien ... Mais je me pose beaucoup de questions quand même.

Oncologue : Alors justement, notre rdv d'aujourd'hui a pour but de reprendre le protocole de traitement avec vous, pour savoir si vous avez bien compris comment tout ça allait se passer, et répondre à vos questions éventuelles.

Mme X. : Concernant le protocole ça va, honnêtement la dernière fois que l'on s'est vu vous m'avez vraiment bien expliqué. Par contre je m'inquiète quand même de la suite... Je ne sais pas vraiment ce qu'il m'attend... Est-ce que le traitement va fonctionner ? Est-ce que je vais ressentir beaucoup d'effets secondaires ? Puis si le traitement ne fonctionne pas, est-ce que je vais devoir être réopérée ? Ce sont beaucoup de questions que je me pose et je suis quand même dans l'incertitude face à tout ça... Tout ça m'inquiète beaucoup...

Oncologue : Hum hum... je comprends. Bon là comme ça de toute façon ce sont des questions auxquelles je ne pourrai pas répondre. Ce sont des choses que l'on verra en fonction de votre réaction à la radiothérapie. Concernant le protocole de traitement, je vais vous réexpliquer rapidement, vu que vous m'avez dit avoir déjà bien compris au cours de notre précédent rendez-vous.

S'il-vous-plaît, évaluez les phrases suivantes à la lumière des échanges observés entre Mme X. et son oncologue

Script – Condition « traitement a minima »

Extrait de consultation

Mme X., âgée de 52 ans, est atteinte d'un cancer du sein diagnostiqué il y a un mois. Elle a subi une ablation partielle du sein droit (tumorectomie) il y a 3 semaines. Mme X. entre aujourd'hui en radiothérapie, traitement complémentaire à l'ablation partielle. Juste avant sa première séance de rayons, elle s'entretient avec son oncologue. Mme X. espère être rassurée par son médecin et obtenir des réponses à ses questions.

Voici une courte séquence de dialogue entre Mme X. et son oncologue au cours de cet entretien :

Oncologue : Bonjour Mme X., alors comme je vous avais évoqué lors de notre dernier rendez-vous, on se revoit aujourd'hui juste avant votre 1^{ère} séance de radiothérapie pour faire un petit point ensemble. Comment vous sentez-vous ?

Mme X. : (inspiration) Disons que ça va... (souple)

Oncologue : Ca va ? Vous vous sentez d'attaque pour cette première journée ?

Mme X. : Bah il faut bien ... Mais je me pose beaucoup de questions quand même.

Oncologue : Alors justement, notre rdv d'aujourd'hui a pour but de reprendre le protocole de traitement avec vous, pour savoir si vous avez bien compris comment tout ça allait se passer, et répondre à vos questions éventuelles.

Mme X. : Concernant le protocole ça va, honnêtement la dernière fois que l'on s'est vu vous m'avez vraiment bien expliqué. Par contre je m'inquiète quand même de la suite... Je ne sais pas vraiment ce qu'il m'attend... Est-ce que le traitement va fonctionner ? Est-ce que je vais ressentir beaucoup d'effets secondaires ? Puis si le traitement ne fonctionne pas, est-ce que je vais devoir être réopérée ? Ce sont beaucoup de questions que je me pose et je suis quand même dans l'incertitude face à tout ça... Tout ça m'inquiète beaucoup...

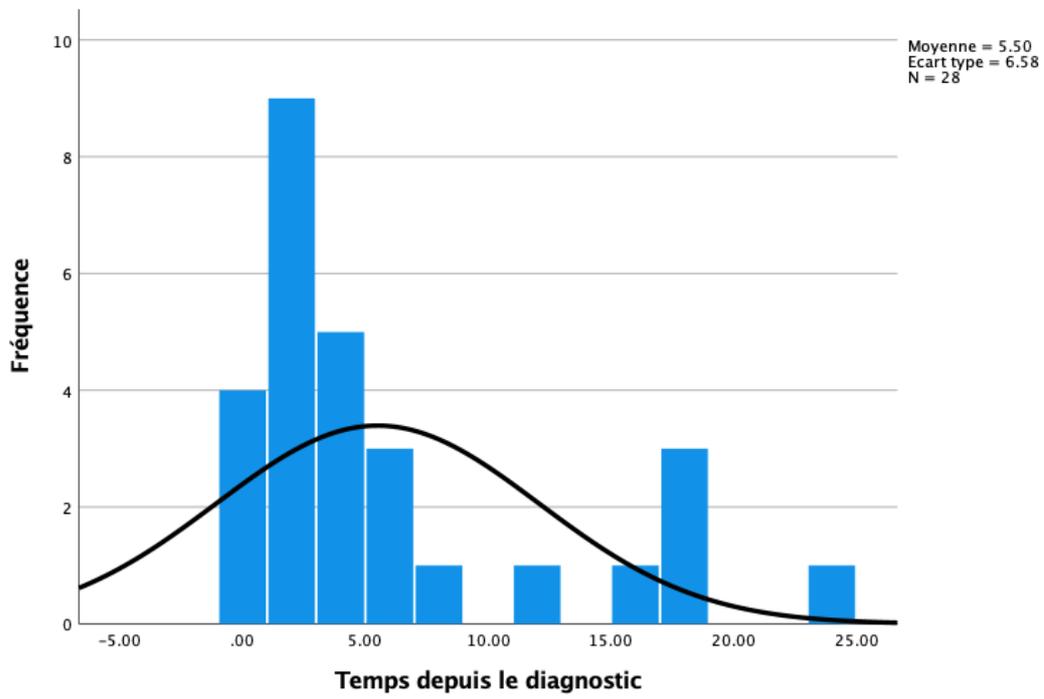
Oncologue : J'entends bien votre inquiétude Mme X., en tout cas sachez que l'on va faire tout ce que l'on peut pour que le traitement réussisse. Toute l'équipe, y compris moi-même, sera là pour vous à toutes les étapes de la radiothérapie.

Mme X. : Merci docteur.

Oncologue : En revanche, là tout de suite, je vais devoir revenir au protocole de radiothérapie. Non pas que je n'entende pas votre inquiétude, je l'entends bien, et vos questions sont tout à fait légitimes, mais j'ai encore pas mal d'informations importantes à vous dire. Bien sûr, si vous avez des inquiétudes persistantes, on avisera. Mais là je reviens au protocole

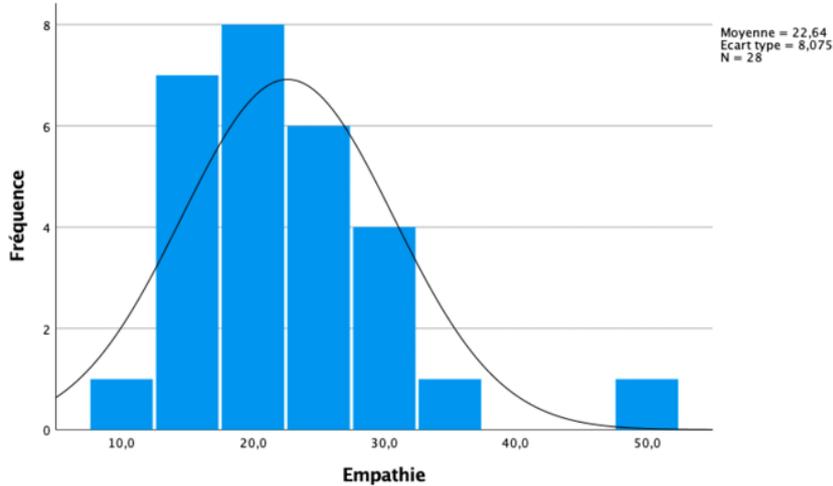
S'il-vous-plaît, évaluez les phrases suivantes à la lumière des échanges observés entre Mme X. et son oncologue

Répartition de la fréquence de la population « cancer » en fonction du temps écoulé depuis l'annonce du diagnostic



1. Conditions d'application des données normalement distribuées pour effectuer un test paramétrique pour l'hypothèse 1 (« traitement a minima » N = 28)

Graphique H1. Distribution de la fréquence du groupe « traitement a minima »



Graphique H1a. Diagrammes QQ normaux du groupe « traitement a minima »

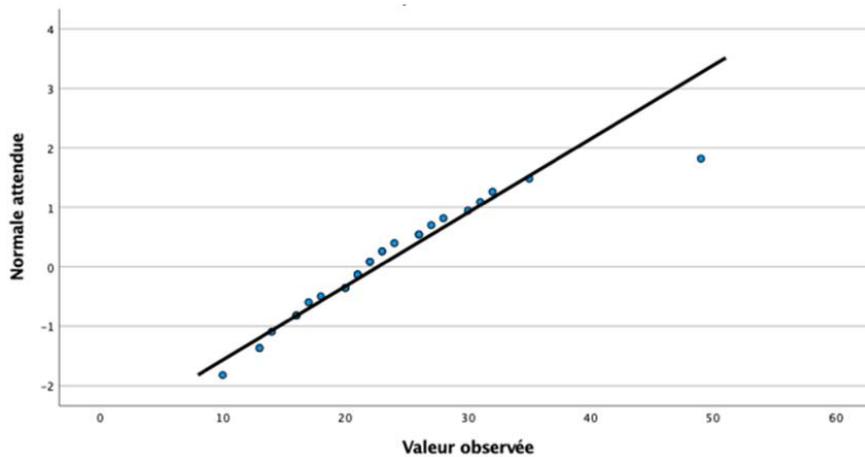


Tableau 2a (test non paramétrique de Mann-Withney). Données descriptives et effet des conditions « non traitement » et « traitement a minima » sur l'empathie perçue

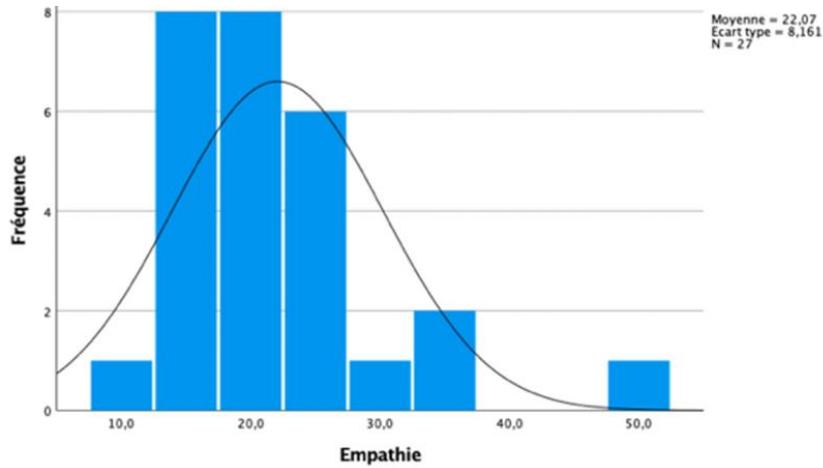
	sans traitement		traitement a minima		U	Z	p
	N = 35		N = 28				
Variable	M	SD	M	SD			
Empathie	21.18	7.96	22.64	8.08	433.50	-0.78	0.43

Modèle : $U = 433.50$, $p = 0.43$

Empathie : score moyen d'empathie perçue à la CARE ; M = moyenne ; SD = écart type ; U = score U ; Z = score Z ; p : significativité avec $*p < .05$.

2. Conditions d'application des données normalement distribuées pour effectuer un test paramétrique pour l'hypothèse 2 (« patient·e·s » N = 27)

Graphique H2. Distribution normale du groupe « patient·e·s »



Graphique H2a. Diagrammes QQ normaux du groupe « patient·e·s »

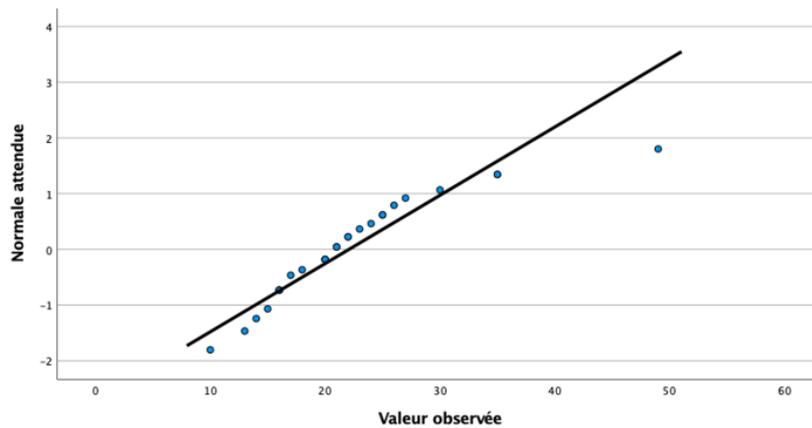


Tableau 3a (Test non paramétrique de Mann-Withney). Données descriptives et effet des conditions « cancer » et « sans cancer » sur l'empathie perçue

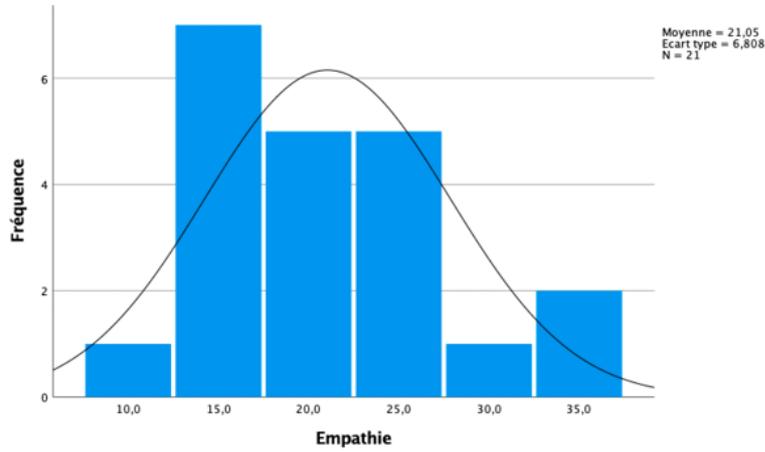
	contrôle		patient·e·s		U	Z	p
	N = 36		N = 27				
Variable	M	SD	M	SD			
Empathie	21.65	7.95	22.07	8.16	483	-0.042	0.97

Modèle : U = 483 , p = 0.97

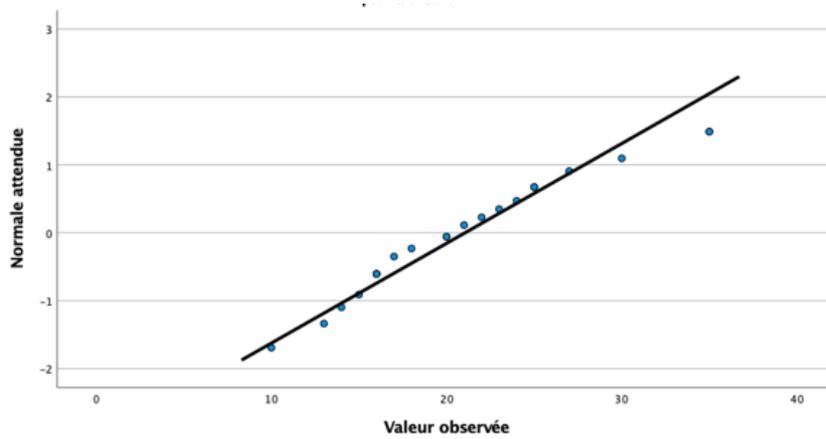
Empathie : score moyen d'empathie perçue à la CARE ; M = moyenne ; SD = écart type ; U = score U ; Z = score Z ; p : significativité avec *p<.05.

3. Conditions d'application des données normalement distribuées pour effectuer un test paramétrique pour l'hypothèse 3 (« tdd < 10 ans » N = 21 ; « tdd > 10 ans » N = 6).

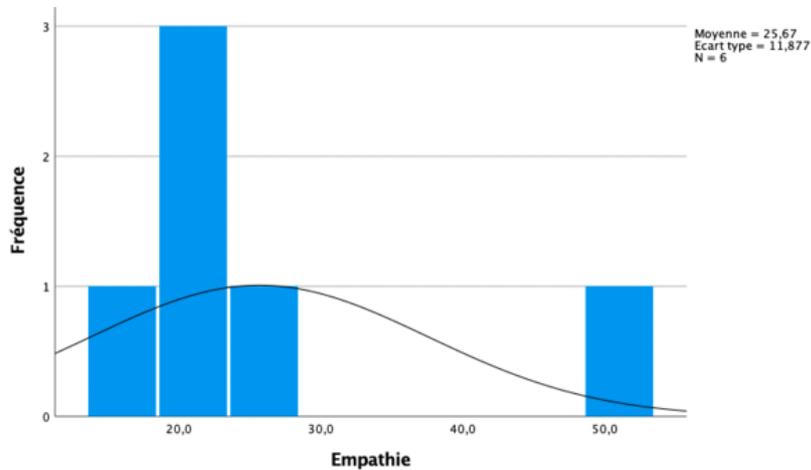
Graphique H3. Distribution normale du groupe « tdd < 10 ans »



Graphique H3a. Diagrammes QQ normaux du groupe « tdd < 10 ans »



Graphique H4. Distribution normale du groupe « tdd > 10 ans »



Graphique H4a. Diagrammes QQ normaux du groupe «tdd > 10 ans »

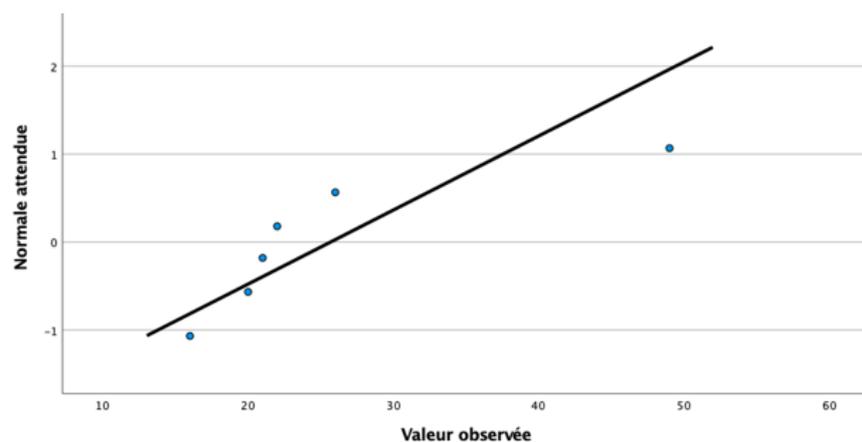


Tableau 4a. (Test non paramétrique de Mann-Withney). Données descriptives et effet des conditions « tdd < 10 ans » et « tdd > 10 ans sur l'empathie perçue

	tdd < 10 ans		tdd > 10 ans		U	Z	p
	N = 21		N = 6				
Variable	M	SD	M	SD			
Empathie	21.05	6.81	25.67	11.88	48.5	-0.85	0.40

Modèle : U = 48.5 , p = 0.40

Empathie : score moyen d'empathie perçue à la CARE ; M = moyenne ; SD = écart type ; U = score U ; Z = score Z ; p : significativité avec *p<.05.

Tableau 8. Effets simples et effets d'interaction entre les variables « traitement a minima » et « détresse » sur la perception de l'empathie

Tests des effets inter-sujets

VD : Empathie perçue					
Source	SC	ddl	CM	F	p
détresse	22.93	1	22.93	0.354	0.55
traitement a minima	78.10	1	78.10	1.21	0.28
détresse * traitement a minima	70.36	1	70.36	1.09	0.30
Erreur	3824.39	59	64.82		
Total	33972.44	63			

SC : somme des carrés ; ddl : degrés de liberté ; CM : carré moyen ; p : significativité avec *p<.05.

F(1; 59) = 1.09 , p > 0.05