

Empathie a minima en consultation oncologique

Mémoire de Master en Psychologie de la Santé

SESSION D'ÉTÉ 2024

Présenté par Jean Gillioz

Directrice : Mme la Professeure Sophie Lelorain, Institut de
Psychologie

Experte : Mme Julia Kolly, Institut de Psychologie

Année universitaire 2023-2024

Remerciements

Je tiens à remercier sincèrement Mme Sophie Lelorain pour le suivi de qualité qui m'a été fourni, pour son investissement, ses commentaires ainsi que pour sa réactivité.

Je remercie également Mme Julia Kolly, experte de ce travail de mémoire.

Je remercie également Emily Mayer, Nathalie Cornu, Veronica Spieler ainsi que toutes les personnes ayant participé à cette recherche, pour leur temps, leur implication et leurs précieuses réponses.

Enfin, merci à mes proches pour leur confiance, leur soutien et leur présence tout au long de ce cursus universitaire.

Résumé

Objectif : L'empathie et ses implications en oncologie sont documentées tant du côté des patient.e.s que des professionnel.le.s. Cependant, peu d'études abordent l'empathie a minima, une empathie peu coûteuse et rapide, dans le cadre de consultations limitées dans le temps. Cette étude vise à savoir comment la population générale évalue l'empathie a minima en contexte oncologique.

Méthode : 53 participant.e.s ont complété le questionnaire CARE suite à la lecture d'une situation fictive entre une oncologue et sa patiente. Le soutien social perçu par les participant.e.s (SSQ4) a été analysé. Des comparaisons de moyennes (t-test) ainsi que des corrélations ont été effectuées.

Résultats : l'empathie a minima semble insatisfaisante ($M = 31.6$). Cependant, nos résultats suggèrent une corrélation entre le soutien social perçu et le taux d'empathie perçu ($r = 0.29$, $p = 0.03$). Pour les individus ayant eu une expérience préalable avec le milieu médical, une corrélation entre l'empathie perçue et la satisfaction face au soutien de la part des soignant.e.s perçu ($r = 0.41$, $p = 0.01$) est rapportée.

Conclusion : L'empathie a minima ne semble pas satisfaire les attentes des individus dans une consultation de courte durée. Les personnes malades arrivent en consultation avec un bagage médical à considérer pour tendre vers une pratique clinique optimale, centrée sur le.la patient.e.

Abstract

Objective: Empathy and its implications in oncology are well-documented from both the patients' and professionals' perspectives. However, few studies address minimal empathy, a low-cost and quick form of empathy, in the context of time-limited consultations. This study aims to understand how the general population evaluates minimal empathy in an oncological context.

Method: 53 participants completed the CARE questionnaire after reading a fictional scenario between an oncologist and her patient. The perceived social support of the participants (SSQ4) was analyzed. Mean comparisons (t-test) and correlations were conducted.

Results: Minimal empathy appears to be unsatisfactory ($M = 31.6$). However, our results suggest a correlation between perceived social support and perceived empathy ($r = 0.29, p = 0.03$). For individuals with prior experience in the medical field, a correlation between perceived empathy and satisfaction with perceived support from caregivers ($r = 0.41, p = 0.01$) is reported.

Conclusion: Minimal empathy does not seem to meet individuals' expectations in short-duration consultations. Patients come to consultations with a medical history that must be considered to achieve optimal patient-centered clinical practice.

Table des matières

1.	Introduction.....	7
1.1	Le personnel hospitalier, contraintes	8
1.2	Empathie.....	9
1.2.1	Empathie, coûts et bénéfiques	11
1.2.2	Empathie selon les patients	11
1.2.3	Empathie selon les médecins	13
1.3	Empathie et genre	15
1.4	Empathie et statut socio-économique	18
1.5	Soutien social.....	19
1.6	Hypothèses.....	21
2.	Méthodologie	22
2.1	Participant.e.s.....	22
2.2	Procédure expérimentale	22
2.3	Récolte des données.....	23
2.4	Analyse des données.....	26
3.	Résultats.....	26
3.1	Statistiques descriptives.....	26
3.2	Test de nos hypothèses	28
3.3	Commentaires libres	31
3.4	Le script : évaluation générale.....	31
4.	Discussion	32
4.1	Implications cliniques.....	37
4.2	Limites	38
5.	Conclusion	39
6.	Bibliographie.....	41
7.	Annexes.....	49
7.1	Annexe 1 : Note d'information.....	49
7.2	Annexe 2 : Formulaire de consentement éclairé	52
7.3	Annexe 3 : Script	53
7.4	Annexe 4 : Récits libres.....	55
7.5	Annexe 5 : Questionnaire	58

1. Introduction

Avec plus de 40'000 nouveaux cas par année en Suisse, le cancer représente la deuxième cause de mortalité la plus répandue dans le pays. Ce terme, regroupant un nombre important de maladies diffuses dans tout l'organisme, peut être vulgarisé en une croissance anormale des cellules ainsi que leur prolifération dans des tissus et organes, avoisinants ou éloignés (Office fédéral de la statistique [OFS], 2021). Dans l'imaginaire collectif occidental, cette maladie se prête particulièrement à la métaphore du désordre, de l'anarchie, soit un conflit régnant entre les forces de l'ordre et les forces du désordre (Sarradon-Eck, 2004). Elle est essentiellement associée à l'incurabilité et la fatalité, au point qu'une guérison pourrait faire douter de son existence. Elle est de même synonyme de « *mauvaise mort* », une mort inscrite dans la longévité, impliquant une souffrance majeure où le mal dévore le corps de l'intérieur petit à petit en l'envahissant (*Ibid*, 2004). Au-delà du stigma considérable gravitant autour du cancer, le discours public tend fréquemment à mettre sur le devant de la scène les personnes survivantes, celles qui ont gagné, à l'inverse des individus ayant un cancer métastatique (Kleban, 2014) qui eux, à l'inverse, seraient les perdants.

Ce lexique, hautement ancré dans une terminologie anxiogène, va également être reporté par 66 patient.e.s et 26 médecins oncologues lorsqu'ils sont sollicités sur l'expression de leur représentation du mot « cancer » (Marie et al., 2010) : maladie, mort, chimiothérapie et souffrance sont les termes relevés dans un premier temps. Cependant, les stéréotypes liés non pas au cancer, la maladie en tant que telle, mais ceux liés aux personnes atteintes de cancer sont plus ambivalents. Autant les professionnel.le.s de santé que les personnes issues de la population générale dépeignent une dimension négative dans le contenu des stéréotypes relatifs aux personnes malades. En effet, des aspects relatifs aux changements d'humeur, à l'émotivité, à la crainte s'y retrouvent. Cependant, une dimension positive est aussi présente dans le discours, mettant en avant la force ou le courage. Les personnes malades sont valorisées bien qu'elles soient parallèlement considérées comme des personnes fragiles (Taillandier-Schmitt & Michinov, 2015). Il est vrai que le cancer reconfigure drastiquement le vécu de la personne malade, sa santé mentale ainsi que sa qualité de vie étant fréquemment péjorées du fait de nombreux bouleversements. Lors de la prise en

charge, l'attention principale portée par les professionnel.le.s de santé repose majoritairement sur les symptômes physiques relatifs à la maladie. Cependant, bien que moins considérées, les retombées sur le bien-être et la santé mentale sont fréquentes chez les individus concernés : le diagnostic, parallèlement au traitement, peut être accompagné par un bouleversement émotionnel, social voire financier (Naughton & Weaver, 2014).

1.1 Le personnel hospitalier, contraintes

Alors que l'espérance de vie et que le taux d'individus atteints de maladies chroniques diverses croissent, le quota de personnel hospitalier, lui, ne fluctue guère. Les répercussions sur la dégradation des conditions de travail, due à ce manque de professionnel.le.s, sont sans appel : les postes de travail en milieu hospitalier perdent leur attractivité ; pour preuve la tendance des soignant.e.s à délaisser leur emploi et la moyenne faible d'occupation des postes par les infirmier.ère.s (entre 5 et 7 ans). Cette indéniable pénurie découle majoritairement d'une politique restrictive du personnel hospitalier. En France, les budgets accordés au domaine de la santé par le Gouvernement ont été, depuis de nombreuses années, considérés comme trop importants. La masse salariale accordée aux employés, soit 2/3 du budget hospitalier total, a été la première victime de cette politique d'économie. Dorénavant, le ratio de patient.e.s par soignant.e.s est de 14, les temps de transmission entre services sont restreints et les membres du corps médical se retrouvent attribués à plusieurs services simultanément (Gervais, 2022). Alors comment le personnel hospitalier peut-il convenablement accorder du « *temps humain* » à ses patient.e.s dans cette « chasse aux temps morts » qui occupe une place majeure dans le système de santé, si nous considérons l'empathie comme une composante centrale dans le domaine de la santé ?

L'un des enjeux propres au milieu hospitalier concerne la temporalité que l'on y trouve. La notion de temps disponible de manière générale semble particulièrement contrainte dans le domaine de la santé. Ici, le contexte est teinté d'actions productives, dans lequel la cadence imposée prend le dessus sur le sujet. Cette notion de « *temps économique* » se caractérise par un temps ordonnant le rythme de travail, régulé et rentable (Maeker & Maeker-Poquet,

2022). Parfois, la régulation de ce rythme s'estompe et impacte par la suite le corps médical. C'est ce qui est notamment rapporté par plusieurs membres de diverses professions présentes en milieu hospitalier : durée de travail hebdomadaire plus importante, réponses rapides exigées imposant des délais courts ou encore situations de travail où les procédures de qualité et les délais imposés sont faiblement compatibles (Cordier, 2009).

L'augmentation de la charge de travail, des exigences mises en place ainsi que des ratios de plus en plus faibles représente une composante centrale dans la difficulté à se montrer empathique avec les patient.e.s. Lorsque l'on interroge des infirmier.ère.s œuvrant dans le domaine du cancer sur leurs conditions de travail, la surcharge de tâches exigées à effectuer durant son service est rapidement évoquée comme l'obstacle majeur lorsque l'on parle d'empathie et d'échange empathique (Taleghani et al., 2018). Par suite de conditions où le personnel est en sous-effectif, il n'est pas rare que les soignant.e.s fassent deux shifts consécutifs, ce qui les met inévitablement dans une fatigue physique et mentale délétère. L'une des principales critiques adressées par les infirmier.ère.s au système de soins repose sur le cahier des charges. Ce qui pose problème est que les soins ne sont pas centrés sur le.la patient.e mais sur la tâche : monitorer le.la patient.e, lui administrer les soins et s'occuper des aspects physiques réduit considérablement le temps à disposition, laissant de côté une partie de la consultation adressée aux aspects psychiques des personnes soignées. Les participant.e.s suggèrent que cela soit aussi en lien avec le fait que les superviseur.euse.s soient des médecins et donc que la priorité soit donnée aux soins physiques (Taleghani et al., 2018).

1.2 Empathie

Résumer l'empathie en une définition unique relève de l'impossible tant celle-ci est conceptualisée de manière divergente dans la littérature scientifique. Alors que certain.e.s la considèrent comme ayant une unique composante, d'autres estiment qu'elle peut être appréhendée par deux composantes, voire plus. Certain.e.s même ne proposent pas de définition préalable et l'utilisent selon leur propre description (Hall & Schwartz, 2022). Bien qu'une définition homogène et consensuelle peine à prendre forme, dans le cadre médical et psychologique

clinique, l'empathie se rapporte à l'ensemble des compétences verbales et non verbales prenant part entre deux sujets. En d'autres termes, c'est la capacité qu'a un individu de percevoir des indices, verbaux et non-verbaux, chez l'individu avec lequel il dialogue afin de comprendre ce dernier et d'expérimenter provisoirement son état émotionnel (Decety, 2020b).

Plus spécifiquement, Hall et al. (2021) relèvent 3 composantes centrales relatives à l'empathie clinique d'un.e professionnel.le, basées sur des données récoltées auprès de professionnel.le.s et de patient.e.s en oncologie mais aussi auprès d'étudiant.e.s et de personnes issues de la population générale. La première composante - être « consciencieux et rassurant » - regroupe les actes permettant au.à la patient.e de se sentir en de bonnes mains : avoir l'air bien préparé, à l'heure, répondre à l'ensemble des questions du.de la patient.e mais aussi reconnaître les limites de ses propres connaissances. La seconde composante - être « orienté sur la relation » - regroupe les actes permettant de réduire l'asymétrie de statuts expert.e – patient.e, pour se connecter de personne à personne : écouter attentivement, comprendre que le diagnostic est une étape possiblement éprouvante, voir la situation du point de vue de la personne malade. Enfin, la composante « investi émotionnellement » fait écho aux comportements sensibles aux émotions du.de la patient.e ainsi qu'à la capacité d'y répondre entièrement : être triste avec le.la patient.e, être troublé par la situation du.de la patient.e, avoir la ferme volonté d'aider le sujet avec ses émotions représentent cette dimension, tout comme parler de son propre passé et de ses expériences reflète cette composante.

Un second article de Decety, (2020a) aborde la notion d'empathie clinique, composante clé de la qualité des soins médicaux. L'auteur souligne lui aussi le flou gravitant autour de cette notion. Dans le langage courant, l'empathie regroupe divers phénomènes psychologiques : se sentir concerné par les autres, ressentir des émotions similaires à ce que la personne en face de nous ressent. C'est en quelque sorte une volonté de rompre les barrières dressées entre notre subjectivité et celle d'autrui. En médecine, le sens commun d'empathie est dilué dans la notion d'« humain », soit le fait d'écouter, de prendre soin et de répondre de manière chaleureuse.

Nous distinguons, dans le concept d'empathie, une notion plus fine : l'opportunité empathique. Cette opportunité prend forme lorsque le.la patient.e va fournir des informations sur son vécu interne et ce qu'il.elle souhaite transmettre. Ces opportunités vont permettre à la personne répondante d'entrer dans un modèle de relation empathique. Ces opportunités peuvent être exprimées sous diverses formes. Par exemple, elles peuvent autant être verbales et explicites que non verbales. Une opposition aux soins, qu'elle soit élaborée ou émotionnelle, peut être le reflet d'une opportunité empathique non verbale. Cela permet à la personne soignante de repérer et d'entendre des inquiétudes, par exemple, et d'y répondre, le cas échéant, de la manière la plus proche du vécu de la personne soignée (Maeker & Maeker-Poquet, 2022).

1.2.1 Empathie, coûts et bénéfices

L'empathie dénombre de multiples bienfaits. Une méta-analyse récente démontre des effets de l'empathie sur le sujet : une meilleure qualité de vie liée à la santé, une plus grande confiance et satisfaction avec leur oncologue répondant, moins de détresse psychologique ou encore plus d'espoir durant l'épisode de cancer sont observés lorsque le sujet reçoit un comportement empathique (Lelorain et al., 2023). L'empathie du médecin est parallèlement corrélée négativement aux regrets qu'a le.la patient.e concernant le choix de son traitement (Nicolai et al., 2016). Cependant l'empathie médicale peut s'avérer néfaste pour les soignant.e.s lorsqu'elle est fréquemment sollicitée. En effet, elle a un coût émotionnel important, pouvant conduire à une forte détresse émotionnelle, un détachement ainsi qu'un faible sentiment d'accomplissement personnel chez le.la professionnel.le de santé vulnérable (Gleichgerrcht & Decety, 2013). Afin d'appréhender de manière optimale ce concept multidimensionnel, un aperçu des définitions proposées à la fois par les patient.e.s mais aussi par les médecins pourra, par la suite, nous aiguiller vers une compréhension plus fine de cette dernière dans le cadre de l'oncologie.

1.2.2 Empathie selon les patients

Lors de la toute première consultation médicale traitant de leur cancer, les préférences entre sujets divergent. Le contenu de l'entretien est hautement estimé par les personnes malades. Une forte importance est accordée aux

connaissances du.de la professionnel.le, à son honnêteté dans l'échange ainsi qu'à sa capacité à fournir des informations diverses et détaillées sur les possibilités de traitement, par exemple. L'expert.e doit pouvoir faciliter la position du.de la malade en adressant de l'intérêt à ses préoccupations et en mettant la personne dans un rôle actif, en l'impliquant dans les prises de décisions. Bien que les sujets valorisent un discours empathique où l'écoute active et la prise en compte des émotions demeurent, la dimension de support est jugée comme moins importante lors d'une première consultation. Les personnes pourraient probablement valoriser le fait d'accueillir et comprendre les informations transmises dans un premier temps (Vicente et al., 2023). Ces dimensions et leurs valences peuvent fluctuer au cours de la prise en charge et du suivi de la maladie.

Si nous nous penchons sur cette dimension de support, une revue systématique de Collet et al. (2022) au sujet des interactions entre professionnel.le.s de santé et patient.e.s atteint.e.s de cancer lors d'entretiens permet d'esquisser une réponse à ce qui peut être qualifié d'empathique selon le point de vue de ces dernier.ère.s. Les données récoltées auprès de 1245 patient.e.s mettent en avant dans un premier temps la notion de support, d'un environnement chaleureux et respectueux. Qu'il se traduise par un soin personnalisé dans la mesure du possible, par un support social ou spirituel, un.e professionnel.le de santé hautement investi dans la situation du.de la patient.e, même sa situation plus large que les problématiques de santé actuelles, était fortement estimé. Naturellement, cette sensation est fortement accentuée lorsque le.la professionnel.le fait preuve de compréhension à l'égard de la situation du.de la patient.e ainsi que de ses émotions. Le statut du.de la professionnel.le va lui aussi influencer la qualité de la relation : la confiance lui étant accordée se voit accentuée lorsque le.la professionnel.le est perçu comme maître de la situation, honnête et intègre, tout en reconnaissant ses limites en sollicitant d'autres collègues ou en se référant à la littérature scientifique actuelle.

Concernant l'agentivité, la possibilité de pouvoir s'exprimer sur son traitement médical est à double tranchant. D'une part, certain.e.s patient.e.s apprécient que la décision soit partagée et non unilatérale, ce qui leur donne la sensation de

garder une forme de contrôle sur l'évolution de leur maladie. D'autre part, de nombreux.se patient.e.s perçoivent cette possibilité comme une charge, une prise de décision n'étant pas de leur ressort mais de celui de l'expert.e de la santé. En effet, pour ces personnes il est préférable que le corps médical prenne les décisions en fonction de ce qui lui semble approprié à la situation. Cependant, des informations claires et détaillées doivent être transmises lors du questionnement du.de la patient.e, que ce soit par oral ou appuyées d'un graphique. Bien qu'une dose trop importante de renseignements puisse être inadéquate et non-désirée, la quantité d'informations ainsi que le moment où elles seront divulguées doivent être adaptés selon le stade de la maladie dans lequel le.la patient.e se trouve.

Ces dimensions sont également présentes dans les propos rapportés par les patient.e.s sur ce qui est considéré comme empathique dans les comportements des clinicien.ne.s en oncologie. L'écoute active des professionnel.le.s à l'égard du vécu, notamment celui de la maladie, et l'expression d'un intérêt marqué est fréquemment relevé comme une composante centrale d'un comportement empathique. Cela comprend la notion de respect, un respect du temps du.de la patient.e, de lui laisser la possibilité de s'exprimer et de pouvoir répondre aux questions adressées. La communication demeure centrale : une discussion bidirectionnelle, qui ne laisse pas la personne dans l'incompréhension de ce qui est discuté, où le vocabulaire est simplifié, est estimé comme empathique. Les composantes non-verbales, telles que des sourires, se pencher ou encore un contact direct et soutenu du regard, sont tout autant jugées empathiques (Sanders et al., 2021).

1.2.3 Empathie selon les médecins

Le setting clinique médical en oncologie implique des échanges à thématiques sensibles entre les professionnel.le.s de santé et les patient.e.s. Des aspects éthiques régissent cet échange : le.la patient.e pris.e en charge doit avoir reçu des informations intelligibles quant aux risques et bénéfices d'un traitement, ainsi que sur les enjeux de l'intervention qui lui sera administrée. Cela implique donc nécessairement d'avoir des échanges difficiles où des informations lourdes sont transmises afin que la personne malade puisse comprendre sa situation. Souvent,

dans le cas du cancer, l'opération se dresse comme l'opportunité centrale dans la possibilité de se soigner.

Les émotions liées à ces interventions et les systèmes de valeurs présents sont donc souvent prononcés et variés. Pour les oncologues, les annonces de mauvaises nouvelles sont quotidiennes. Cependant, une communication centrée sur le.la patient.e peut accentuer son autonomie, son implication dans les décisions et permettre d'adresser correctement les besoins émotionnels propres à la situation. Cela sera aussi bénéfique pour les étapes du traitement à venir (Johnston & Beckman, 2019).

Si nous nous penchons sur ce que les médecins considèrent concrètement comme un comportement empathique dans leur pratique quotidienne, trois dimensions ont été relevées par ces dernier.ère.s lorsque nous les questionnons sur ce qui leur apparait central dans la prise en soin de patient.e.s (Schwartz et al., 2021) : le premier thème identifié concerne le professionnalisme et la performance clinique. Le fait de rendre un résultat adapté à la personne, en restituant des détails ainsi qu'en restant disponible, même hors des heures de travail, contribue à une empathie accentuée selon les médecins. La notion de temps est centrale dans ce premier thème : prévoir une plage horaire où plus de liberté est possible, l'explicitement formellement ou non-verbale est d'importance majeure.

Le second thème identifié est celui de la communication interpersonnelle. Le partage d'informations doit être clair, compréhensible par le patient afin d'entrer dans un échange bidirectionnel et symétrique. L'expression verbale a donc une place clé dans la conversation, le.la patient.e désire se sentir compris et épaulé par le professionnel de santé. Il est tout autant important d'inclure le.la patient.e et de lui accorder une part importante quant aux décisions médicales le concernant. Fait rarement souligné, les médecins estiment que partager des expériences personnelles ou familiales lors de l'échange est un comportement empathique. Le troisième thème concerne l'orientation clinique : être courtois, adopter une posture tolérante ou encore prendre au sérieux ce que le.la patient.e transmet sont des attitudes empathiques.

Au-delà d'obtenir un aperçu d'ensemble de la notion d'empathie selon les professionnel.le.s de santé, il paraît important de s'intéresser aux divers effets qu'attribuent les médecins à l'empathie, aux représentations qu'ils en ont. Une étude portant sur 25 médecins, dont la majorité côtoie des personnes atteintes du cancer, a permis d'établir une description des effets de l'empathie, qui ont été classés en cinq clusters principaux (Robieux et al., 2018) : il y a premièrement, pour les professionnel.le.s, un aspect de satisfaction et de gratification qu'amènent les comportements empathiques émis envers le.la patient.e. Le second aspect est celui de l'aide, soit la possibilité de comprendre et d'identifier les besoins des patient.e.s. Le troisième cluster fait écho à un impact négatif de l'empathie, celui de mettre le.la professionnel.le dans une position de vulnérabilité. En effet, l'oncologie étant une pratique fortement chargée émotionnellement, il faut être suffisamment à l'écoute de la personne malade pour lui fournir des prestations adéquates mais suffisamment à distance pour rester objectif et conserver un confort émotionnel personnel. Le quatrième effet principal attribué à l'empathie est celui de permettre un ajustement, de donner un sens à la pratique. L'empathie offre la possibilité de dépasser l'aspect technique du soin fourni dans le cancer, elle permet de construire une relation avec l'autre. Finalement, le cinquième cluster met en avant l'aspect exténuant que peut avoir l'empathie lorsque celle-ci est rajoutée aux contraintes psychosociales et à celles imposées par l'institution, comme les tâches administratives. Parfois, elle peut être un fardeau dans la pratique clinique.

1.3 Empathie et genre

Si nous examinons les multiples composantes relatives à l'empathie, la dimension de genre apparaît comme centrale. En effet, selon l'appartenance au genre féminin ou masculin, des dynamiques divergentes opèrent. De manière générale, le genre féminin est davantage associé à ce que nous appelons le travail du « *care* », soit une « dimension présente dans toutes les activités de service, au sens où servir, c'est prêter attention à » (Molinier, 2010, p.162). Nous pouvons considérer le fait de « prêter attention à » comme l'une des composantes de l'empathie. Ces attentes de genre se répercutent directement sur les sujets. Les femmes auraient même une aptitude supérieure aux hommes à percevoir des signaux émotionnels, une meilleure compréhension et, de ce fait, une meilleure

capacité communicationnelle empathique alors que les hommes, eux, seraient dotés d'une capacité à pourvoir des solutions rationnelles (Zinn, 1993, cité dans Hojat et al., 2003). Une étude s'est penchée sur certains facteurs (genre, âge, ethnie, etc.) présents chez des étudiant.e.s en formation dans le domaine médical. La « *Jefferson Scale of Physician Empathy* », échelle auto-rapportée de mesure de l'empathie clinique dans le contexte de prise en soin de patient.e.s, a été administrée sur quatre échantillons d'étudiant.e.s représentant un total de 10'622 individus, dont 5'271 femmes. Les résultats obtenus suite à la passation de cette échelle révèlent que les étudiantes en médecine, conformément aux stéréotypes de genre, déclarent une attitude plus empathique que les étudiants en médecine, et ce de manière statistiquement significative (Hojat et al., 2020). Les scores d'évaluation concernant l'empathie des professionnel.le.s de santé seraient en revanche plus bas pour les femmes que pour les hommes (Kline et al., 2020). Ces scores peuvent également être modérés par les comportements non-verbaux du.de la professionnel.le de santé. Pour exemple, un professionnel de santé est jugé plus empathique lorsque son regard est soutenu alors qu'une professionnelle de santé est considérée légèrement plus empathique lorsque son regard est détourné. L'orientation du corps peut aussi avoir un impact sur le taux d'empathie perçue par les sujets (Brugel et al., 2015).

Une autre étude de Cousin et Mast (2010) présentant les résultats de la recherche actuelle, parue dans la Revue Médicale Suisse, aborde les principales caractéristiques de genre et leurs influences dans le contexte de la consultation médecins-patient.e.s. Alors que les professionnel.le.s de santé de genre masculin et féminin semblent transmettre un nombre égal d'informations médicales aux patient.e.s, des disparités importantes dans les modes de communication sont identifiées. En effet, les professionnels masculins abordent peu fréquemment les dimensions psychosociales et émotionnelles étroitement liées à la maladie et au vécu de leurs patient.e.s. Leur communication est plus généralement calme et perçue comme moins empathique. Inversement, les médecins femmes valorisent un échange participatif permettant aux patient.e.s de prendre part à la discussion et d'y trouver leur place. Plus de locutions telles que « n'est-ce pas ? » ou « qu'en pensez-vous ? » se retrouvent dans le dialogue. Elles encouragent, rassurent plus souvent et valident plus facilement les propos du.de la malade.

De manière générale, le corps médical, hommes et femmes compris.es, s'adresse généralement aux femmes avec une voix calme et moins dominante, en les questionnant plus fréquemment sur leur ressenti, en abordant plus fréquemment les notions de prévention et en pourvoyant de plus amples informations à leurs patientes quant au diagnostic. Cependant, les patientes se font plus souvent interrompre dans leur questionnement. Les diagnostics subissent pareillement l'effet néfaste de genre : à symptômes cardiovasculaires égaux, des causes psychologiques seront plus fortement attribuées aux femmes qu'aux hommes, impliquant des examens diagnostiques moins approfondis chez ces dernières.

Enfin, la communication du.de la patient.e envers le médecin est majoritairement influencée par le genre du médecin. Cette revue de Cousin et Mast (2010) relève également que plus d'informations psychosociales et médicales et de remarques positives sont transmises lorsque la consultation est menée par une femme. Une explication plausible peut aussi être la tendance à adresser parallèlement plus de questions. En revanche, les patient.e.s adoptent un comportement plus dominant lorsque le médecin est une femme, en les interrompant plus fréquemment, en adoptant un comportement non-verbal plus dominant et en se montrant plus assertif.ve.s. Nous pouvons donc imaginer les répercussions du genre dans la relation médecin-patient.e en termes de quantité et de qualité d'informations présentes dans une consultation sur un diagnostic, la prise en charge, un traitement ou encore des ajustements futurs lors du suivi d'une dite maladie.

Dans la volonté de vouloir créer une empathie « a minima », une empathie peu coûteuse fournie par le.la professionnel.le de santé, rapide et pouvant être perçue par le.la patient.e, nous avons décidé d'attribuer à l'oncologue le genre féminin dans le script. En effet, si le professionnel était un homme, nous supposons que son comportement serait perçu comme plus empathique par les participant.e.s que ce qu'il n'est réellement. Les stéréotypes de genre auront tendance à implicitement nous faire considérer un comportement empathique comme plus extraordinaire et plus fort chez un homme alors qu'il est globalement perçu comme étant dans la continuité du genre féminin.

1.4 Empathie et statut socio-économique

Le statut socio-économique est un concept recouvrant deux dimensions distinctes mais qui sont toutefois complémentaires : la dimension économique, définie par la richesse économique, et la dimension sociale définie par l'éducation, le prestige ou encore la place occupée au sein de la société (Ulijaszek, 2012). Ce statut impacte considérablement les parcours de vie des individus ainsi que leurs habitudes au quotidien qui, elles, jouent un rôle central lorsque l'on parle de santé. En effet, la nutrition, le taux d'activité physique (Kerr et al., 2017) ainsi que le tabagisme (Garrett et al., 2019) diffèrent selon le statut et auront un impact sur les probabilités d'incidence d'un cancer. Cependant, bien que le revenu ne soit pas prédictif d'un type de cancer en particulier, le plus haut niveau d'éducation atteint par les sujets a, lui, un impact sur le type de cancer (Sandström et al., 2023). Dans le domaine de l'oncologie, les malades ayant un niveau d'éducation égal ou inférieur à une maturité connaissent une charge de symptômes plus importante que les individus ayant une éducation supérieure. Leur qualité de vie est diminuée: troubles du sommeil accrus, fatigue, capacité physique diminuée et symptômes dépressifs (Matthys et al., 2021). De plus, le niveau d'éducation accentue la capacité des individus à se mettre à la place d'autrui et à se sentir préoccupé par la situation d'une tierce personne (Sommerlad et al., 2021).

Le revenu financier des personnes n'est pas sans importance dans la prise en charge de la maladie. Que ce soit dans le comportement de l'oncologue ou dans les perceptions du/de la malade, l'échange est grandement modifié selon les rentrées d'argent de l'individu. Lors d'une consultation, l'oncologue répond de manière empathique dans 46% des cas aux inquiétudes et émotions négatives du/de la patient.e lorsque ce.tte dernier.ère a une sécurité économique basse. En revanche, concernant les individus ayant une forte sécurité économique, seul 26% de leurs émotions négatives exprimées obtenaient une réponse empathique. Les personnes rencontrant des difficultés financières reçoivent donc plus de propos empathiques que les individus avec haute sécurité économique. Ces résultats sont expliqués par le fait que les patient.e.s de basse sécurité économique ont un discours comportant plus d'inquiétudes, offrant donc plus de possibilités au.à la professionnel.le de santé de répondre de manière empathique.

Si nous prenons le point de vue de la personne consultante, la confiance et l'empathie attribuées à l'oncologue sont relatives à son statut économique. En effet, les sujets en situation de manque de sécurité financière jugent leur répondant.e plus empathique. La durée du suivi impacte aussi l'évaluation, les scores de confiance attribués à son oncologue sont plus élevés lorsque la relation date d'un an minimum (Pollak et al., 2010). Le statut socio-économique exerce également une influence quant à la durée d'une consultation : alors que dans les endroits les plus favorisés les consultations cliniques durent en moyenne 8.6 minutes, elles sont de 8.2 minutes en moyenne dans les endroits les plus défavorisés. De plus, la satisfaction qu'ont les individus de ces milieux défavorisés quant aux durées de leur rendez-vous est la plus basse (Mercer & Watt, 2007).

Parmi les indicateurs du statut socio-économique, l'éducation et la sécurité économique sont des dimensions corrélées (Pollak et al., 2009, cité dans Pollak et al., 2010) et seraient, comme les ressources matérielles, des éléments permettant de rendre compte du construit latent qu'est le statut socio-économique (Gottfredson, 2004, cité dans Von Wagner et al., 2011). En effet, l'éducation serait corrélée au taux de support instrumental, l'aspect financier y étant intégré (Mwilambwe-Tshilobo et al., 2023). L'éducation étant une mesure importante du statut socio-économique dans les recherches inscrites dans le domaine de la santé (Oakes, 2003, dans Von Wagner et al, 2011), nous l'utiliserons ici comme marqueur principal.

1.5 Soutien social

Le soutien social a notamment été défini (Gotay and Wilson, 1998; Katapodi et al., 2002, cité dans Usta, 2012) au travers d'une liste de facteurs permettant d'en rendre compte : il consiste en une action ayant une issue positive et amenant une ressource à la personne. L'individu recevant cet acte obtient le sentiment que l'on s'occupe de lui, de son bien-être. Cependant, il est nécessaire qu'un lien soit préexistant entre la personne qui fournit et la personne qui reçoit. Le concept englobe quatre fonctions : la première est émotionnelle, fournie essentiellement par les membres de la famille au travers de la confiance et de l'écoute. La seconde est instrumentale : cela peut représenter un soutien financier, de travail

ou de temps. La troisième est celle de l'estime, fournie par le cercle proche de l'individu ayant comme fonction d'accentuer l'estime personnelle du sujet le recevant. Enfin, il y a le soutien informatif fourni par les professionnel.le.s de santé au travers de résolutions de problèmes, de directives ou encore d'informations.

D'une part, l'impact du soutien social se retrouve dans des dimensions purement organiques du sujet malade. Les personnes vivant seules rapportent un taux d'arthrite plus important et ont des tumeurs plus volumineuses, en termes de taille, que les personnes mariées (Jatoi et al., 2016). Une revue de littérature complète ce résultat en démontrant que pour la majorité des types de cancer existants, le mariage augmente les probabilités de se faire diagnostiquer dans les premiers stades de la maladie (Buja et al., 2018). Similairement, les femmes ne recevant que rarement, voire jamais, de support émotionnel ont 51.6% de moins d'adhérence aux recommandations concernant le dépistage du cancer du sein (Datta et al., 2024).

Une méta-analyse comprenant 87 études s'intéressant à la population gériatrique générale observe un risque de mortalité amoindri lorsque les sujets perçoivent un soutien social plus important, qu'ils ont un réseau social plus large ou qu'ils sont mariés (Pinquart et al., 2010, cité dans Kadambi et al., 2020). D'autre part, ce soutien marital aurait aussi comme effet de percevoir son oncologue de manière plus empathique que les personnes non mariées (Pollak et al., 2010). L'étude de Dura-Ferrandis et collègues en 2017 (Kadambi et al., 2020), portant sur un échantillon de 1280 adultes atteints de cancer du sein non-métastatique, révèle que le soutien social ralentit, entre autres, le déclin rapide de la qualité de vie liée à la santé dans le cas des femmes possédant un soutien social manifeste.

Les enjeux ne sont cependant pas identiques selon l'âge que nous avons lors de l'annonce du diagnostic. En effet, avec l'avancée dans l'âge, les adultes voient une augmentation de leurs besoins essentiellement liés à la nécessité d'une assistance au quotidien, alors que parallèlement leur réseau social s'amenuise. La probabilité que des lacunes dans les besoins relatifs au support social se créent est donc plus forte. La qualité de vie des individus ayant des besoins non satisfaits liés au soutien social diminue et peut notamment se teinter de

symptômes dépressifs. (Kadambi et al., 2020). Le support social prédit donc de manière significative le bien-être émotionnel de la personne atteinte d'un cancer. Les symptômes dépressifs, fréquents dans les cas de cancer, sont accentués lorsque le support social diminue. Le stress, lui, croît de manière significative lorsque la qualité et la quantité du support social s'amenuisent. Concernant les affects positifs et négatifs du soutien, seule la qualité, et non la quantité du support, prédisait de manière significative une répercussion : les affects négatifs sont accentués lorsque la qualité du soutien social décroît (Fong et al., 2017).

1.6 Hypothèses

De manière générale, nous nous attendons à ce que le discours de l'oncologue soit évalué comme empathique. Selon les résultats de recherches scientifiques antérieures, nous estimons que les participantes de genre féminin vont rapporter dans le discours de l'oncologue des taux d'empathie plus faible que les participants . Nous émettons également l'hypothèse que les personnes ayant un niveau de formation équivalent ou inférieur à une maturité relèvent des scores d'empathie plus hauts que les personnes ayant un niveau plus élevé qu'une maturité. Concernant la situation du ménage, nous supposons que les participant.e.s ne vivant pas seul.e.s rapportent des taux d'empathie plus importants que les personnes vivant seules.

Nous émettons également l'hypothèse que les individus déclarant être satisfaits du taux de soutien social reçu vont percevoir le discours de l'oncologue de manière plus empathique que les personnes déclarant un taux de satisfaction bas concernant leur soutien social. Nous supposons également un lien entre la satisfaction du soutien médical réellement reçu et relevé par les patient.e.s et la perception d'empathie dans le script

Nous supposons que les expériences antérieures avec le milieu médical vont avoir un impact sur la perception de l'empathie dans le discours de l'oncologue. Cependant, n'ayant pas de littérature probante abordant l'impact du parcours médical des individus sur leurs consultations ultérieures, cette hypothèse sera abordée de manière exploratoire. Les individus ayant eu une expérience antérieure positive avec le corps médical pourraient juger le discours de l'oncologue positif, ou alors c'est parce que les individus ont eu une expérience

antérieure positive avec le corps médical qu'ils pourraient juger l'oncologue comme faiblement empathique. À l'inverse, les personnes ayant une expérience antérieure négative avec le corps médical pourraient estimer le discours de l'oncologue empathique ou alors c'est parce que ces personnes ont connu une expérience antérieure négative qu'elles pourraient estimer les propos de l'oncologue négatifs.

Pour finir, nous supposons, pour les personnes ayant une expérience prolongée du corps médical, que le taux d'empathie attribué à l'oncologue sera en corrélation avec le score de satisfaction qu'elles rapportent en lien avec le soutien de leur soignant.e. À l'inverse, nous supposons qu'aucune corrélation ne sera rapportée entre la satisfaction relative aux soignant.e.s et le taux d'empathie perçu pour les personnes n'ayant pas eu une expérience prolongée avec le milieu médical à la suite d'une maladie ou d'un accident.

2. Méthodologie

2.1 Participant.e.s

Les critères d'inclusion pour les participant.e.s retenu.e.s sont d'être majeur.e.s et capables de discernement. Aucun autre critère d'exclusion n'a été établi pour la présente étude. Les participant.e.s ont été sélectionné.e.s selon un échantillonnage non probabiliste de convenance, au moyen du bouche à oreille. Seules les personnes intéressées ont répondu au dit questionnaire.

2.2 Procédure expérimentale

La recherche s'appuie sur un script initialement développé par Céline Schroeyers et Charlie Gantet. Ces ancien.ne.s mémorant.e.s de la Pre Lelorain ont élaboré le script dans lequel figure l'empathie a minima. Nous avons ensuite soumis le script à 8 oncologues, lequel.le.s ont donné leurs avis quant à l'échange entre l'oncologue et sa patiente, entre autre concernant la représentativité clinique de l'échange. L'étude s'est faite par questionnaire en ligne : les participant.e.s lisent dans un premier temps le script portant sur une consultation de suivi entre une patiente et son oncologue.

Cette recherche a été soumise à la commission d'éthique de l'Université de Lausanne (CER-UNIL).

2.3 Récolte des données

La présente étude est inscrite dans un paradigme quantitatif. C'est une recherche transversale en ligne, investiguée par questionnaire auto-administré. L'ensemble des participant.e.s ont été invité.e.s à lire un script.

Le script (*Annexe 3*) avait déjà été abordé dans des recherches antérieures et a été quelque peu modifié dans cette étude. Le contenu de ce script relate une consultation médicale dans laquelle la médecin oncologue fait preuve d'empathie à minima. La situation décrite dans le script est une consultation de suivi, abordant notamment certains traitements relatifs à la maladie, et non une annonce de mauvaise nouvelle. La professionnelle de santé émet quelques propos empathiques durant l'entrevue mais les impératifs cliniques restent malgré tout au premier plan et représentent le motif central de la consultation. Le ton général est que les inquiétudes de la patiente sont en arrière-plan et peuvent être traitées dans un second rendez-vous si cette dernière le souhaite.

Le flowchart de Mjaaland et collègues (2011), représentant les réponses explicites et implicites du/de la professionnel.le, permet une meilleure compréhension de cette empathie à minima. Dans le script de cette étude, l'oncologue débute la consultation en créant explicitement un espace pour la patiente et souhaite explorer l'évolution du vécu émotionnel de celle-ci, vécu qui initialement était difficile (« *vous me disiez la dernière fois que c'était difficile, et maintenant qu'est-ce qu'il en est ?* »). Nous avons donc l'ouverture initiale de la discussion. Bien que la patiente exprime que les difficultés soient toujours présentes au quotidien et que des inquiétudes persistent, l'oncologue ne réagit aucunement à ces inquiétudes, que ce soit de manière explicite ou implicite. La réponse se résume à fournir des informations et des conseils quant au traitement à suivre (« *On pourrait arrêter mais ça serait très dommage car ça aide à diminuer le risque de récurrence* »). Nous n'avons donc pas de comportement empathique ici.

La patiente émet ensuite des opportunités empathiques, à savoir de fortes inquiétudes quant à l'avenir, elle ne sait à quoi s'attendre. L'oncologue va répondre ici par plusieurs comportements empathiques en validant les inquiétudes de la patiente (« *j'entends bien votre inquiétude Madame* »), en assurant sa prise en charge (« *vous savez que vous pouvez compter sur nous* ») et créant de l'espace par le non-verbal (« *l'oncologue regarde la patiente avec attention et bienveillance* »). Mais lors de la conclusion de l'entrevue, l'oncologue recadre la séance et remet sur la table l'objectif premier, elle rappelle que l'ordre du jour concerne essentiellement les aspects médicaux liés au traitement. Elle émet un comportement empathique en validant les contenus (« *j'entends bien vos préoccupations quant à l'avenir, et je les comprends sincèrement* ») de la participante tout en réduisant l'espace empathique en « *switchant* » sur les informations médicales. Les inquiétudes de la patiente sont remises à plus tard, (« *fixer un autre rendez-vous pour en discuter* »), étant donné que l'hormonothérapie et l'examen médical doivent impérativement être abordés. Similairement, l'aspect médical est remis en priorité sur la prise en considération des affects de la patiente (« *vous me dites ce que vous en pensez juste après que je vous ai examinée* »).

Ici se joue l'empathie a minima : c'est l'ambivalence entre des comportements empathiques émis et des opportunités empathiques traitées avec des comportements non empathiques et des opportunités empathiques non traitées. Certaines réactions de la professionnelle sont empathiques, comme il a été vu précédemment, mais toutes les potentielles réponses et opportunités empathiques ne sont pas exploitées par la professionnelle qui doit parfois les ignorer, faute de temps. Notre critère de jugement est donc la perception de l'empathie chez le.la professionnel.le de santé.

L'échelle CARE, « *Consultation And Relational Empathy* », utilisée, validée en français (Gehenne et al., 2020), permet d'évaluer la perception des participant.e.s quant à leur impression de l'empathie émise par l'oncologue dans le script. L'alpha de Cronbach de cette échelle est $\alpha = 0.959$, indiquant une fidélité interne excellente. Durant la passation de cette échelle, les participant.e.s indiquent à quel point l'oncologue était capable de « *Faire se sentir à l'aise la*

patiente (être amicale et chaleureuse avec elle, la traiter avec respect, ne pas être froide ou brusque) », « vraiment l'écouter (être attentive à ce qu'elle dit, ne pas être distraite pendant qu'elle parle) » ou encore de « comprendre complètement ses préoccupations (communiquer ce qu'elle a compris de ses préoccupations, ne pas les mésestimer ou en diminuer l'importance) ». Sur un total de 10 items, leurs réponses sont recueillies au travers d'une échelle de Likert en cinq points, allant de « très mauvaise » à « très bonne ».

Nous avons utilisé une version courte, validée en français, du Questionnaire de Soutien Social (Bruchon-Schweitzer et al., 2003) dans le but d'obtenir un aperçu de leur soutien social. Il y a quatre questions qui correspondent chacune respectivement aux quatre types de soutien social : le soutien social émotionnel (« *êtes-vous satisfait.e du réconfort et de l'écoute que vous recevez* »), le soutien social matériel (« *globalement et par rapport à vos attentes, êtes-vous satisfait.e de l'aide concrète (on s'occupe de vous) et/ou matérielle que vous recevez* »), le soutien social informatif (« *êtes-vous satisfait.e des conseils, informations, suggestions que vous recevez* ») et finalement le soutien social d'estime (« *certaines personnes de votre entourage (famille, ami.e.s, collègues, soignant.e.s) ont peut-être tenté de vous redonner confiance en vous : globalement et par rapport à vos attentes, êtes-vous satisfait.e d'elles sur ce point-là* »). Une échelle de Likert en cinq points, allant de « très mauvaise » à « très bonne », permet de recueillir les réponses des sujets et de les analyser par la suite. Le questionnaire original permet d'obtenir deux scores : un score de satisfaction et un score de soutien social. Dans le cadre de cette étude, nous obtenons uniquement des scores de satisfaction. Les items relevant de la disponibilité du soutien, qui donnent des informations sur le nombre de personnes disponibles, ne sont pas présents dans notre étude. Nous utilisons donc uniquement le score de satisfaction dont le coefficient de consistance interne α est de 0.87.

Enfin, des questions de type socio-démographique ont été adressées afin de recueillir des informations concernant l'âge, le genre, la situation du ménage (si la personne vit seule ou non) ou encore professionnelle. Nous avons également interrogé l'expérience antérieure du corps médical au moyen de la

question « *Avez-vous déjà eu des problèmes de santé ou un accident qui vous a obligé ou vous oblige à voir régulièrement des professionnel.le.s de santé ?* », dans le but de tester notre hypothèse exploratoire. Les participant.e.s ont enfin eu la possibilité d'exprimer librement leurs opinions, impressions ou toute autre remarque concernant le script s'ils.elles le souhaitaient.

2.4 Analyse des données

Toutes les analyses, statistiques et descriptives, ont été effectuées avec le logiciel *JAMOVI*. Afin de tester nos hypothèses, nous effectuons dans un premier temps un test de Levene permettant de tester l'homogénéité des variances. Lorsque l'égalité des variances est respectée, nous procédons à un test de Student. Lorsque cette homogénéité est violée, nous procédons à un test de Welch. Cette procédure est utilisée pour explorer les liens entre : le genre du.de la participant.e et le taux d'empathie perçue dans le script, le plus haut taux de formation obtenu et le taux d'empathie perçue dans le script, la présence ou non d'antécédents médicaux et le taux d'empathie perçue dans le script, et finalement le fait de vivre seul.e ou non et le taux d'empathie perçue dans le script.

Dans un second temps, une matrice de corrélations est effectuée. Des corrélations de Pearson permettent de rendre compte des relations ainsi que de leurs valeurs entre les scores obtenus à la CARE, le score global de satisfaction obtenu au moyen du Questionnaire de Soutien Social (SSQ4) et de ses quatre sous-items, à savoir la satisfaction des participant.e.s concernant le soutien reçu par leur famille, leurs collègues de travail, leurs ami.e.s et leurs soignant.e.s.

3. Résultats

3.1 Statistiques descriptives

Les données ont été récoltées auprès de 53 participant.e.s recruté.e.s sur une période allant de décembre 2023 à janvier 2024. L'échantillon comprend 35 hommes (66%) et 37 (69.81%) personnes ayant un niveau de formation équivalent à un Bachelor ou à une formation supérieure. La plupart vivent en couple ou avec quelqu'un. La majorité des individus rapportent des antécédents médicaux (64.15)%. L'âge moyen est de 55 ans. La liste complète des résultats

descriptifs des variables présentes dans l'étude ainsi que les scores obtenus à la CARE et au SSQ4 se trouvent dans la Table 1.

Table 1
Caractéristiques de l'échantillon

	Nombre (%) ou moyenne ± Écart-type	Variable manquante
Patient.e.s (N = 53)		
Âge (années)	55.10 ± 13.64	1
Genre		0
Homme	35 (66.04%)	
Femme	18 (34.00%)	
Situation		0
Vit seul.e	12 (22.64%)	
Ne vit pas seul.e	41 (77.36%)	
Expérience avec le milieu médical		0
Expérience	34 (64.15%)	
Pas d'expérience	19 (35.85%)	
Plus haut niveau d'étude complété		0
Sans diplôme	1 (1.89%)	
Maturité ou certificat (ECCG, CFC)	15 (28.30%)	
Diplôme d'une haute école ou école supérieure	7 (13.21%)	
Diplôme universitaire de Bachelor	6 (11.32%)	
Diplôme universitaire de Master	21 (39.62%)	
Diplôme universitaire de Doctorat ou postgrade	3 (5.66%)	
Plus haut niveau d'étude complété codé		0
Certificat de maturité ou moins	16 (30.19%)	
Diplôme plus haut que maturité	37 (69.81%)	
Situation professionnelle		0
En activité (à temps plein ou partiel)	31 (58.49%)	
Au chômage	2 (3.77%)	
En invalidité	0	
Retraité	11 (20.76%)	
Étudiant.e	4 (7.55%)	
Autres	5 (9.43%)	
Situation professionnelle, autre		
À la retraite mais travaille encore un peu	1 (20%)	
Au foyer	2 (40%)	
Préretraite	1 (20%)	
À la recherche d'un emploi	1 (20%)	
CARE	31.60 ± 8.39	
SSQ4	65.59 ± 9.66	

CARE = Consultation and Relational Empathy scale

SSQ4 = Social Support Questionnaire (4 items)

3.2 Test de nos hypothèses

Perception de l'empathie et genre

L'hypothèse initiale selon laquelle les femmes rapporteraient des scores d'empathie plus faibles est réfutée. En effet le test de Student ($t(51) = 0.18, p = 0.57$), effectué suite au test de Levene ($F(1, 51) = 0.28, p = 0.60$), ne relève pas de différence entre les genres féminin et masculin. La moyenne des scores obtenus à l'échelle CARE par les personnes de genre masculin est de 31.9 (SD ± 8.5) alors que celle obtenue par les personnes de genre féminin est de 31.5 (SD ± 8.44).

Perception de l'empathie et niveau de formation

Contrairement à nos suppositions, les individus ayant un niveau de formation plus bas ne relèvent pas plus d'empathie chez l'oncologue que les sujets ayant une formation allant au-delà de la maturité. L'égalité des variances étant respectée ($F(1, 51) = 1.32, p = 0.26$), le test de Student effectué ($t(51) = -1.97, p = 0.97$) n'est pas significatif, infirmant donc notre hypothèse. La moyenne des scores obtenus à l'échelle CARE par les personnes ayant un niveau de formation équivalent à une maturité, ou inférieur, est de 28.3 (SD ± 7.3) alors que celle des personnes ayant une formation supérieure à une maturité est de 33.1 (SD ± 8.5).

Perception de l'empathie et vivre seul.e ou non

À l'inverse de ce que nous avons suggéré, les individus étant en relation ne perçoivent pas le discours de l'oncologue comme plus empathique que les individus sans conjoint.e. L'égalité des variances n'étant pas respectée ($F(1, 51) = 4.59, p = 0.04$), le test de Welch ne rapporte aucune différence entre les deux groupes ($t(28.051) = -1.30, p = 0.10$), infirmant notre hypothèse. La moyenne des scores obtenus par les personnes vivant en relation ou avec quelqu'un est de 32.2 (SD ± 9) alors que celle des personnes vivant seule est de 29.4 (SD ± 5.8).

Perception de l'empathie en fonction de l'expérience avec le corps médical

L'hypothèse exploratoire concernant le fait d'avoir eu précédemment des problèmes de santé ou un accident qui a obligé ou oblige à voir régulièrement des professionnel.le.s de santé n'a pas relevé de différences significatives.

L'égalité des variances étant respectée ($F(1, 51) = 0.83, p = 0.37$), les résultats du test de Student ($t(51) = -0.42, p = 0.67$) ne sont pas significatifs. La moyenne des scores obtenus à l'échelle CARE par les personnes ayant une expérience avec le corps médical préalable est de 31.2 (SD \pm 8.9) alors que celle des personnes n'ayant pas eu précédemment de problèmes de santé est de 32.3 (SD \pm 7.6).

Lien entre la satisfaction du soutien social reçu et la perception d'empathie dans le script

La matrice de corrélation (Table 2) effectuée démontre une corrélation positive entre la satisfaction du soutien social reçu et le score d'empathie attribué dans la CARE ($r = 0.29, p = 0.03$). De plus, nous observons une corrélation positive entre le score empathique que l'on attribue au discours de l'oncologue dans le script (CARE) et la satisfaction éprouvée du soutien amené par les professionnel.le.s de santé ($r = 0.34, p = 0.02$). Plus les personnes sont satisfaites du soutien reçu durant leur séjour à l'hôpital, plus elles évalueront les propos de l'oncologue comme empathiques.

Table 2
Matrice de corrélation

	CARE Score	Famille Score	Ami.e.s Score	Collègues Score	Soignant.e.s Score	SSQ4 Score
CARE Score	—					
Famille Score	0.18	—				
Ami.e.s Score	0.09	0.56**	—			
Collègues Score	0.3	0.45*	0.72**	—		
Soignant.e.s Score	0.34*	0.09	0.19	0.37	—	
SSQ4 Score	0.29*	0.72**	0.82**	0.85**	0.57**	—

* $p < .05$, ** $p < .01$

CARE = Consultation and Relational Empathy scale
SSQ4 = Social Support Questionnaire

Corrélation entre la perception d'empathie et la satisfaction avec le soutien social reçu par les soignant.e.s, selon l'expérience avec le corps médical

La matrice de corrélation (Table 3) démontre une corrélation positive entre le score total à l'échelle CARE et la satisfaction du soutien social reçu par les soignant.e.s, chez les personnes ayant une expérience préalable avec le corps médical ($r= 0.41$, $p = 0.02$).

Table 3

Matrice de corrélation

	Soignant.e.s Score	CARE Score
Soignant.e.s Score	—	
CARE Score	0.41*	—

* $p < .05$, ** $p < .01$

CARE = Consultation and Relational Empathy scale

En revanche, chez les personnes n'ayant pas d'expérience préalable du milieu médical, que ce soit par une maladie ou un accident les ayant obligées ou les obligeant à voir régulièrement des professionnel.le.s de santé, la corrélation entre le score total à l'échelle CARE et la satisfaction du soutien social reçu par les soignant.e.s n'est pas significative ($r = 0.25$, $p = 0.37$).

Table 4

Matrice de corrélation

	Soignant.e.s Score	CARE Score
Soignant.e.s Score	—	
CARE Score	0.249	—

* $p < .05$, ** $p < .01$

CARE = Consultation and Relational Empathy scale

3.3 Commentaires libres

Les commentaires libres ont permis de recueillir les opinions générales des participant.e.s sur le script (*Annexe 4*). Au total, 13 participant.e.s ont fourni un commentaire à la fin de la passation du questionnaire. De manière générale, les sujets ajoutent des commentaires sur le comportement de l'oncologue et soulignent des passages ou aspects à prendre en compte selon eux.elles dans la définition de l'empathie. Il a été relevé que le lieu où la consultation se passe change le contexte de la discussion et peut avoir un impact sur le.la patient.e. Cependant, bien que des lacunes dans le discours de l'oncologue soient relevées, comme l'absence d'une psycho-oncologue, des comportements et propos empathiques ont aussi été soulignés, comme le fait de proposer un second rendez-vous. Les thématiques rapportées dans les propos font souvent écho à l'expérience personnelle des répondant.e.s et au vécu positif ou non de la maladie. Les retours sont malgré tout polarisés, comme le démontre un commentaire qui décrit « *une attitude absolument parfaite de la part de l'oncologue* » alors que d'autres affirment que « *votre questionnaire met "en vrac" les soignants* » et que l'on peut décrire « *un fort sentiment que la médecin n'écoute pas sa patiente* ». L'un des commentaires fait directement écho à notre problématique. Il est mentionné, pour un.e. participant.e, que « [...] *la consultation d'annonce du diagnostic, [...] s'est très mal passé sur le plan de l'empathie (durée de 5 minutes, médecin pressé [...])* ». La personne mentionne l'insatisfaction liée à l'empathie de l'oncologue dans la consultation, en exprimant comme premier exemple une consultation ayant duré 5 minutes. De manière générale, les divergences dans les quelques récits récoltés démontrent les multiples lectures portées sur le script et la pluralité du parcours médical personnel lié à la maladie.

3.4 Le script : évaluation générale

Les scores obtenus à l'échelle CARE (Gehenne et al., 2020) ont une médiane de 30 sur un total de 50. En moyenne, un score de 31.6 est obtenu (SD ± 8.4) avec un score minimal de 19 et un score maximal de 50. Afin de pouvoir interpréter ce score d'empathie, nous allons le comparer avec les scores d'autres études ayant utilisé cette même échelle. Premièrement, l'étude de Lelorain et collègues

(2015) décrit un score plutôt élevé avec l'obtention d'une moyenne de 38.4 (SD \pm 8.9) lorsque les participant.e.s ont été interrogés sur leur perception de l'empathie du/de la professionnel.le de santé. Le test d'homogénéité des variances de Fisher montre que les variances sont homogènes entre les deux échantillons ($F = 1.1, p = 0.63$), et le t-test indique une différence significative ($t(252) = 5, p < .001$). Une seconde étude de Lelorain (2018) ayant relevé des données auprès de 296 participant.e.s obtient une moyenne de 42.8 (SD \pm 7.2) à la CARE. Le test d'homogénéité des variances de Fisher montre que les variances sont homogènes entre les deux échantillons ($F = 1.36, p = 0.13$) et le t-test indique une différence significative ($t(347) = 10.16, p < 0.001$).

Une troisième comparaison avec une étude comportant 235 participant.e.s (Johnson et al., 2013) ayant obtenu un score moyen à la CARE de 45.18 (SD \pm 5.73) confirme les précédents tests. Le test d'homogénéité des variances de Fisher montre que les variances ne sont pas homogènes entre les deux échantillons ($F = 2.14, p < 0.001$) ; on utilise donc le test de Welch qui indique une différence significative entre les deux échantillons ($t(63) = 11, p < 0.001$).

En se basant sur ces exemples issus de la littérature scientifique, nous pouvons affirmer que le score de 31.6 obtenu signifie que le script est globalement jugé par les participant.e.s comme comportant un taux faible d'empathie.

4. Discussion

D'après nos résultats, les propos de l'oncologue dans cette étude sont globalement évalués comme peu empathiques. La comparaison des scores obtenus à la CARE avec d'autres évaluations issues d'échantillons divers dans la littérature nous le confirme. L'empathie a minima que nous avons instaurée dans le script semble insuffisante dans un rendez-vous pour les participant.e.s. Aucune de nos variables présupposées n'a eu d'effet sur cette perception. Les caractéristiques des participant.e.s, telles que le genre, le niveau de formation, les expériences antérieures avec le corps médical ou encore le fait de vivre seul.e ou non, n'ont pas eu d'influence sur le taux d'empathie rapporté. Toutefois, une corrélation positive est observée entre la satisfaction générale du soutien social reçu et le score de la CARE. Pour les personnes ayant eu une expérience

médicale préalable, la satisfaction du soutien perçu de la part du personnel soignant corrèle avec le score total à la CARE.

Les divergences d'évaluation de l'oncologue portée sur un script identique démontrent bien que l'empathie, a minima ou non, ne peut être considérée comme une caractéristique universelle, que l'on peut retrouver précisément définie dans un manuel. Les commentaires libres, couplés à ces résultats, nous amènent à considérer que les expériences antérieures façonnent grandement la manière d'estimer les compétences et les capacités communicationnelles de la personne répondante. Les attentes reposant sur l'oncologue sont donc grandement dépendantes du contexte de la consultation et du besoin de la personne malade, du stade de sa maladie, de comment cette dernière se positionne vis-à-vis de celle-ci et des apports ou carences provenant de l'entourage du sujet. Pour exemple, avoir des antécédents relatifs au cancer du sein dans sa famille peut conduire certaines femmes à adopter des croyances et inquiétudes similaires à celles des membres ayant souffert de cette maladie. Parfois même, le fait que les professionnel.le.s annoncent de bons pronostics suite aux examens cliniques ne diminue pas les inquiétudes de ces femmes, préférant la méthode de traitement la plus invasive afin de réduire leurs angoisses (Fielden et al., 2017). Ce qui peut être considéré comme des issues positives et des comportements empathiques n'est pas reçu similairement par tous les sujets. Peu de comportements empathiques semblent faire l'unanimité chez les patient.e.s

Contrairement à ce que nous attendions, les résultats concernant l'effet de genre relèvent que les participantes n'attribuent pas des scores d'empathie plus faibles à l'oncologue que les participants. D'autres études sont arrivées à cette conclusion précédemment (Pollak et al., 2010). Il est toutefois important de prendre en considération l'outil utilisé permettant de notifier le score d'empathie car celui-ci peut nous amener à diverses conclusions. Les échelles utilisées dans l'étude de Kline et al. (2020) rapportant des différences de genre étaient la TIPS et la JSPPE, les différences les plus importantes entre les deux groupes étant dans l'échelle TIPS. En revanche, si nous prenons appui sur Bernardo et al. (2018) qui a mis en comparaison l'échelle JSPPE et l'échelle CARE, utilisée

dans cette étude, nous n'observons pas de résultats similaires. En effet, dans les deux échelles, la caractéristique de genre du/de la patient.e n'influe pas l'évaluation du/de la professionnel.le. En revanche, lorsque la professionnelle de santé est de genre féminin, les patient.e.s, indépendamment de leur genre, rapportent des scores d'empathie plus élevés dans l'échelle JSPPE alors que cette différence ne se retrouve pas dans l'échelle CARE. Cela peut donc nous aider à considérer le fait qu'aucune différence n'ait été relevée dans cette étude, d'autant plus en contrôlant le genre de l'oncologue.

De plus, la seconde étude sur laquelle s'était basée cette hypothèse utilisait la version courte de la « *Jefferson Scale of Empathy* » qui était un questionnaire auto-rapporté. Il est possible que les scores d'empathie que l'on s'attribue à titre individuel ne soit pas des scores reflétant la réalité. Les stéréotypes de genre peuvent avoir un impact important sur sa propre évaluation de l'empathie et sur la perception que l'on se porte. Il a été démontré, du point de vue des professionnel.le.s de santé, que les scores auto-évalués d'empathie sont plus faibles chez les hommes que chez leurs collègues féminines. En revanche, lorsqu'une analyse des comportements empathiques émis est effectuée, elle ne révèle pas de différences concrètes entre les deux genres (Surchat et al., 2022). Nous pouvons donc imputer que des divergences qui se retrouvent dans le genre lorsque l'empathie est auto-évaluée chez les patient.e.s ne se retrouvent pas nécessairement dans l'évaluation d'une situation externe appliquée.

Nos résultats ne suggèrent aucune différence entre les personnes ayant un niveau de maturité ou moins et les personnes ayant un niveau supérieur à la maturité. Les personnes ayant un niveau de formation inférieur ou égal à une maturité ne perçoivent pas un taux d'empathie plus important chez l'oncologue. Étudier le statut socio-économique peut prendre différentes tournures selon la variable que nous sélectionnons. Nos résultats tendent vers ce que Pollak et al. (2010) avaient trouvé précédemment : la sécurité financière a un impact sur l'empathie perçue alors que l'éducation n'a pas d'effet. Le construit que nous avons utilisé dans cette recherche, l'éducation, pour relever du statut socio-économique, a probablement influencé les résultats obtenus.

De plus, ce qui peut potentiellement expliquer ce résultat concerne le fait que nous nous sommes basés sur le postulat que les personnes ayant une sécurité économique faible obtiennent plus de réponses empathiques de leur professionnel.le de santé car leur discours contient plus d'inquiétudes et donc d'opportunités empathiques (Pollak et al., 2010). Cependant, dans notre étude, le taux d'opportunités empathiques émis ne varie pas d'un sujet à l'autre étant donné que le script est figé. La spécificité concernant la possibilité d'émettre plus d'opportunités empathiques et d'y recevoir une réponse s'annule. En effet, nous supposons que, de ce fait, cela infirme notre hypothèse initiale.

La mise en parallèle avec les résultats de Roberts et al. (2021) nous fait considérer l'importance de définir précisément une variable et de porter une attention fine à ce que le statut socio-économique englobe. En effet, leur revue systématique et méta-analyse relèvent que les scores à la CARE des individus de bas statut socio-économique sont inférieurs à ceux des personnes n'étant pas de statut socio-économique bas. Cependant, ce n'est pas le cas dans notre étude. Le statut est généralement mesuré, dans ces études, par le revenu et non par l'éducation.

À l'inverse de ce que nous avons suggéré, le fait de vivre seul.e, en colocation ou avec son.sa partenaire n'impacte guère la perception de l'empathie dans le discours de l'oncologue. Ces résultats sont à contre-courant des résultats majoritaires présents dans la littérature scientifique sur les effets du statut marital ou de la cohabitation (Buja et al., 2018; Jatoi et al., 2016; Kadambi et al., 2020), notamment sur la perception d'empathie (Pollak et al., 2010). Dans cette recherche la variable « je ne vis pas seul.e » comprenait le mariage, la cohabitation ou la colocation. Nous avons catégorisé ces variables dans le même cluster. En revanche, la qualité du lien peut grandement différer selon les individus : nous supposons qu'il est possible d'être en colocation avec plusieurs personnes mais de n'avoir que peu d'affinités, voire de contacts ou de liens avec ses colocataires. La situation se rapprochait alors de celle des personnes vivant seules. Il serait éventuellement possible que des personnes mariées ne vivent pas avec leur.s conjoint.e.s ou n'aient plus une relation où le soutien est de mise. Les personnes vivant seul.e.s pourraient de même avoir des conjoint.e.s ou des

ami.e.s qu'elles côtoient fréquemment, voire quotidiennement, sans pour autant vivre dans le même foyer. Ces aspects relationnels sont fortement inscrits dans les mouvances sociales, et dépendent de la culture dans laquelle l'étude prend part, de l'évolution de ses normes et de ses mœurs. Le statut du ménage n'informe en rien de la qualité du lien que les sujets entretiennent.

L'hypothèse exploratoire portant sur l'expérience avec le corps médical n'a pas relevé de résultats significatifs. Une expérience médicale antérieure n'impacte pas le taux d'empathie perçue, évalué au travers de la CARE, dans le discours de l'oncologue. Une piste d'interprétation viable concerne le fait que nous n'ayons pas interrogé les connotations liées à ces expériences, à savoir si celles-ci ont été positives ou négatives. Au sein du même groupe, des individus ayant eu une expérience positive ou négative étaient considérés comme similaires. Or, il aurait fallu interroger plus en détails leur expérience avec le corps médical et non seulement le fait d'en avoir eu une ou non. Nous aurions pu, de même, interroger les personnes n'ayant pas connu de problèmes de santé ou un accident conduisant à voir régulièrement des professionnel.le.s sur la connotation positive ou négative qu'ils attribuent aux professionnel.le.s de santé. Il est fort probable que leurs appréciations ne soient pas neutres.

La matrice de corrélation effectuée au préalable démontre une corrélation positive entre la satisfaction du soutien social reçu et le score obtenu dans la CARE. Ces résultats vont dans le sens de ceux obtenus par Beadle et al. (2012) : la solitude, soit l'absence de soutien social, est corrélée négativement à l'empathie. Le test utilisé dans l'étude de Beadle et al. (2012), l'« *Empathy Quotient* », permet de mesurer la manière que l'on a de reconnaître les émotions des autres et de leur répondre de manière appropriée (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004). Mwilambwe-Tshilobo et al. (2023) ont notamment obtenu des résultats allant dans le sens de ce que nous retrouvons dans notre étude. Ils ont notamment relevé que plus les sujets déclarent de support émotionnel, plus ils ont la capacité de se mettre à la place d'autrui.

Nous ne pouvons cependant pas interpréter nos résultats de manière viable sans qu'une considération interdépendante des facteurs cités ci-dessus soit de rigueur. Les facteurs socio-démographiques tels que le genre, l'éducation ou encore le

revenu sont imbriqués. Koh-Bell et al. (2021) ont mesuré les caractéristiques de l'isolement social ainsi que de ses impacts sur un échantillon de 3'360 femmes. Les femmes du groupe comprenant les personnes les plus isolées étaient plus propices à avoir un revenu faible ainsi que moins de douze ans d'éducation. De plus, elles étaient souvent en surpoids, moins actives physiquement et plus sujettes au tabagisme que les groupes de femmes non isolées socialement. Ces constatations les rendent par ailleurs plus vulnérables aux maladies cardiovasculaires et aux inflammations.

La matrice de corrélation démontre un lien existant entre la satisfaction avec les soignant.e.s des personnes ayant des expériences antérieures et les scores rapportés dans la CARE. Ces résultats nous laissent supposer que le script n'est pas abordé de manière neutre et que ce ne sont pas uniquement les propos de l'oncologue qui sont évalués mais bien ce que les sujets projettent leur expérience personnelle dans la situation. Dans notre étude, plus les gens sont satisfaits de leur expérience avec le corps médical, plus le score obtenu à la CARE est élevé, et inversement. Cela peut donc nous amener à penser que les gens n'évaluent pas réellement l'oncologue mais qu'ils projettent leurs expériences antérieures dans le script, ce qui a été parfois confirmé par les récits libres. Dans le cas de ces personnes, le fait de se rappeler d'un événement personnel, qui fait sens pour eux, va créer un certain nombre d'émotions. C'est notamment ce que Wade-Bohleber et al. (2019) ont mis en évidence dans leur recherche : se remémorer d'une expérience importante de notre parcours, de notre récit de vie, va nous stimuler et faire émerger, de manière générale, des émotions plutôt négatives en nous. Il est donc probable que les émotions engagées lors d'une consultation soient teintées d'expériences antérieures, pour autant que celles-ci fassent sens pour le.la participant.e.

4.1 Implications cliniques

Dans le cas où notre script aurait été perçu comme très empathique, il aurait été difficile d'estimer la part induite par l'oncologue et la part induite par les caractéristiques du.de la patient.e, par ses attentes, ses traits de personnalité et ses besoins. Lorsqu'une personne se présente en consultation, ses représentations et son vécu ne sont pas neutres. S'intéresser aux expériences

antérieures, positives et négatives, dont les difficultés rencontrées avec d'autres professionnel.le.s de santé, peut permettre un ajustement plus optimal.

De manière plus spécifique, une pratique centrée sur le.la patient.e, permettant une adaptation du style de communication en fonction des préférences de la personne soignée semble préférable. En effet, il est démontré que les professionnel.le.s de santé peuvent, indépendamment de leur genre, se calquer sur les préférences, verbales et non verbales, de la personne présente en consultation (Carrard et al., 2018). Dans le but de tendre vers une pratique plus individualisée, les formations destinées aux futurs médecins peuvent donc intégrer une initiation aux différents styles communicationnels et non seulement aux comportements. Il reste cependant évident que le temps à disposition lors d'une consultation est un obstacle considérable, et l'investissement que cela demande aussi.

4.2 Limites

La première limite présente dans cette étude concerne la passation du script. Ce dernier étant long et comportant beaucoup d'informations peut de ce fait probablement ne pas rester en mémoire tout au long de la passation de la CARE. Cela aurait comme effet chez les participant.e.s de répondre aux questions selon ce qu'ils.elles se rappellent du script et non plus comme demandé en fonction du script. De plus, il n'était pas possible de revenir en arrière dans le questionnaire en cas d'oubli. Cela peut mettre à mal la validité de cette étude car ce n'est plus une évaluation fidèle du script. Cela a notamment été relevé dans la partie des récits libres « *Domage que l'on ne puisse pas revenir sur le récit du début pour remplir la question suivante* ».

Nous pouvons également interroger la modalité de passation du script. En effet, il est probable qu'une passation à distance puisse influencer le taux d'empathie perçue, notamment par l'absence des aspects verbaux et paraverbaux dans le discours. Une recherche s'est penchée, dans le cadre de soins primaires, sur la perception de l'empathie chez le.la professionnel.le de santé, en fonction de la modalité de la consultation, en utilisant également l'échelle CARE. Bien que moins d'empathie soit généralement perçue dans les consultations téléphoniques que dans les consultations en face-à-face, la différence entre ces deux modalités

n'est pas significative. De manière générale, les personnes interviewées se sont senties comprises et satisfaites des consultations téléphoniques. Il est intéressant de relever que certains récits récoltés dans cette étude rapportent que le manque d'indices visuels empathiques, comme les expressions du visage, les mouvements de tête et le contact visuel, empêchent certain.e.s participant.e.s de se sentir proches et connectés au.à la professionnel.le (Vennik et al., 2023). L'absence d'indices non-verbaux et paraverbaux induite par le script peut atténuer le taux d'empathie perçue dans les propos de l'oncologue.

Nous pouvons également nous interroger sur le niveau d'étude des personnes ayant pris part à notre questionnaire. En 2022, en Suisse, parmi les individus âgés de 45 ans à 54 ans, 26.7% possédaient un diplôme d'une Haute École et 15.7% avaient une formation professionnelle supérieure. Chez les 55-64 ans, 19.6% avaient effectué une formations dans une Haute École et 14.9% une formation professionnelle supérieure (OFS, 2023). En comparaison, notre échantillon comprenait 70% de personnes ayant une formation de degré tertiaire. Cela peut avoir comme effet de perpétuer le fait que les individus de bas statut socio-économique aient un taux de non-réponse aux études plus important que les personnes de haut statut socio-économique. L'évaluation des patient.e.s ainsi que de leur expériences du domaine de soins peut ainsi potentiellement ne pas être suffisamment précise (Roberts et al., 2020).

5. Conclusion

Cette étude met en évidence les diverses perceptions liées à l'empathie a minima bien que, globalement, cette dernière semble ne pas répondre aux attentes personnelles d'une population générale dans le cadre d'une consultation sous contraintes de temps. Aucune des diverses variables socio-démographiques semble avoir influencé le jugement porté sur l'oncologue, si ce n'est la satisfaction personnelle préalable relative au soutien social. La satisfaction que l'on perçoit chez les personnes soignantes va influencer ce jugement. Nos résultats nous amènent à considérer que le passé médical influe considérablement sur les prises en charge futures. Les caractéristiques externes des sujets semblent donc jouer un rôle important dans leur prise en charge ; or elles sont souvent peu adressées. Des programmes de formation centrée sur le.la

patient.e destinés aux personnels soignants peuvent améliorer cette prise en charge. Il est évident que des compétences de base sont nécessaires pour pouvoir se rapprocher le plus possible du vécu du.de la patient.e, cependant ce n'est pas parce que le.la professionnel.le applique ces outils, ces compétences, que le résultat sera satisfaisant. Il faudra faire preuve de créativité dans la communication (Salmon & Young, 2011). De futures études abordant plus spécifiquement l'empathie a minima sont nécessaires afin d'obtenir une comparaison viable des résultats présentés.

6. Bibliographie

- Bruchon-Schweitzer, M., Rascle, N., Cousson-Gélie, F., Bidan-Fortier, C., Sifakis, Y., & Constant, A. (2003). Le questionnaire de soutien social de Sarason (SSQ6). Une adaptation française. *Psychologie française*, *48*(3), 41-53.
- Cousin, G., & Mast, M. S. (2010). Les médecins hommes et femmes interagissent de manière différente avec leurs patients : pourquoi s'en préoccuper. *Rev Med Suisse*, *6*(257), 1444-7.
- Baron-Cohen, S., & Wheelwright, S. (2004). The Empathy Quotient: An Investigation of Adults with Asperger Syndrome or High Functioning Autism, and Normal Sex Differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *34*(2), 163-175. <https://doi.org/10.1023/B:JADD.0000022607.19833.00>
- Beadle, J. N., Keady, B., Brown, V., Tranel, D., & Paradiso, S. (2012). Trait Empathy as a Predictor of Individual Differences in Perceived Loneliness. *Psychological Reports*, *110*(1), 3-15. <https://doi.org/10.2466/07.09.20.PR0.110.1.3-15>
- Bernardo, M. O., Cecílio-Fernandes, D., Costa, P., Quince, T. A., Costa, M. J., & Carvalho-Filho, M. A. (2018). Physicians' self-assessed empathy levels do not correlate with patients' assessments. *PLoS ONE*, *13*(5), e0198488. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198488>
- Brugel, S., Postma-Nilsenová, M., & Tates, K. (2015). The link between perception of clinical empathy and nonverbal behavior : The effect of a doctor's gaze and body orientation. *Patient Education and Counseling*, *98*(10), 1260-1265. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.08.007>
- Buja, A., Lago, L., Lago, S., Vinelli, A., Zanardo, C., & Baldo, V. (2018). Marital status and stage of cancer at diagnosis : A systematic review. *European Journal of Cancer Care*, *27*(1), e12755. <https://doi.org/10.1111/ecc.12755>
- Carrard, V., Schmid Mast, M., Jaunin-Stalder, N., Junod Perron, N., & Sommer, J. (2018). Patient-Centeredness as Physician Behavioral Adaptability to Patient Preferences. *Health Communication*, *33*(5), 593-600. <https://doi.org/10.1080/10410236.2017.1286282>

- Datta, B. K., Gummadi, A., & Coughlin, S. S. (2024). Role of life satisfaction, emotional support, and feeling of social isolation on adherence to breast cancer screening recommendations among US women. *Journal of Cancer Policy*, 39, 100467. <https://doi.org/10.1016/j.jcpo.2024.100467>
- Decety, J. (2020a). 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>
- Decety, J. (2020b). L'empathie en médecine. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 178(2), 197-206. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2019.12.015>
- Fielden, H. G., Brown, S. L., Saini, P., Beesley, H., & Salmon, P. (2017). How do women at increased breast cancer risk perceive and decide between risks of cancer and risk-reducing treatments? A synthesis of qualitative research. *Psycho-Oncology*, 26(9), 1254-1262. <https://doi.org/10.1002/pon.4349>
- Fong, A. J., Scarapicchia, T. M. F., McDonough, M. H., Wrosch, C., & Sabiston, C. M. (2017). Changes in social support predict emotional well-being in breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 26(5), 664-671. <https://doi.org/10.1002/pon.4064>
- Garrett, B. E., Martell, B. N., Caraballo, R. S., & King, B. A. (2019). Socioeconomic Differences in Cigarette Smoking Among Sociodemographic Groups. *Preventing Chronic Disease*, 16, E74. <https://doi.org/10.5888/pcd16.180553>
- 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>
- Gervais, A. (2022). La crise de l'Hôpital Public : Diagnostic pronostic et traitement. *Raison présente*, 223-224(3-4), 161-170. <https://doi.org/10.3917/rpre.223.0161>

- Gleichgerricht, E., & Decety, J. (2013). Empathy in Clinical Practice : How Individual Dispositions, Gender, and Experience Moderate Empathic Concern, Burnout, and Emotional Distress in Physicians. *PLOS ONE*, 8(4), e61526. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0061526>
- Hall, J. A., & Schwartz, R. (2022). Empathy, an important but problematic concept. *The Journal of Social Psychology*, 162(1), 1-6. <https://doi.org/10.1080/00224545.2021.2004670>
- 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., Speicher, M. R., Bragan, L., & Calabrese, L. H. (2020). Empathy as related to gender, age, race and ethnicity, academic background and career interest : A nationwide study of osteopathic medical students in the United States. *Medical Education*, 54(6), 571-581. <https://doi.org/10.1111/medu.14138>
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Mangione, S., Nasca, T. J., & Magee, M. (2003). Physician empathy in medical education and practice : Experience with the Jefferson scale of physician empathy. *Seminars in Integrative Medicine*, 1(1), 25-41. [https://doi.org/10.1016/S1543-1150\(03\)00002-4](https://doi.org/10.1016/S1543-1150(03)00002-4)
- Jatoi, A., Muss, H., Allred, J. B., Cohen, H. J., Ballman, K., Hopkins, J. O., Gajra, A., Lafky, J., Wolff, A., Kottschade, L., Gralow, J., & Hurria, A. (2016). Social support and its implications in older, early-stage breast cancer patients in CALGB 49907 (Alliance A171301). *Psycho-Oncology*, 25(4), 441-446. <https://doi.org/10.1002/pon.3850>
- Johnson, L. A., Gorman, C., Morse, R., Firth, M., & Rushbrooke, S. (2013). Does communication skills training make a difference to patients' experiences of consultations in oncology and palliative care services? *European Journal of Cancer Care*, 22(2), 202-209. <https://doi.org/10.1111/ecc.12014>
- Johnston, F. M., & Beckman, M. (2019). Navigating difficult conversations. *Journal of Surgical Oncology*, 120(1), 23-29. <https://doi.org/10.1002/jso.25472>

- Kadambi, S., Soto-Perez-de-Celis, E., Garg, T., Loh, K. P., Krok-Schoen, J. L., Battisti, N. M. L., Moffat, G. T., Gil-Jr, L. A., Mohile, S., & Hsu, T. (2020). Social support for older adults with cancer : Young International Society of Geriatric Oncology review paper. *Journal of Geriatric Oncology*, *11*(2), 217-224. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2019.09.005>
- Kerr, J., Anderson, C., & Lippman, S. M. (2017). Physical activity, sedentary behaviour, diet, and cancer : An update and emerging new evidence. *The Lancet Oncology*, *18*(8), e457-e471. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(17\)30411-4](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(17)30411-4)
- Kleban, R. (2014). Metastasis, the New “C Word”. *Social Work in Health Care*, *53*(1), 5-10. <https://doi.org/10.1080/00981389.2013.820678>
- Kline, J. A., Lin, M. P., Hall, C. L., Puskarich, M. A., Dehon, E., Kuehl, D. R., Wang, R. C., Hess, E. P., Runyon, M. S., Wang, H., & Courtney, D. M. (2020). Perception of Physician Empathy Varies With Educational Level and Gender of Patients Undergoing Low-Yield Computerized Tomographic Imaging. *Journal of Patient Experience*, *7*(3), 386-394. <https://doi.org/10.1177/2374373519838529>
- Koh-Bell, A., Chan, J., Mann, A. K., & Kapp, D. S. (2021). Social isolation, inflammation, and cancer mortality from the National Health and Nutrition Examination Survey—A study of 3,360 women. *BMC Public Health*, *21*(1), 1289. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11352-0>
- Lelorain, S., Brédart, A., Dolbeault, S., Cano, A., Bonnaud-Antignac, A., Cousson-Gélie, F., & Sultan, S. (2015). How does a physician’s accurate understanding of a cancer patient’s unmet needs contribute to patient perception of physician empathy? *Patient Education and Counseling*, *98*(6), 734-741. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.03.002>
- Lelorain, S., Cattan, S., Lordick, F., Mehnert, A., Mariette, C., Christophe, V., & Cortot, A. (2018). In which context is physician empathy associated with cancer patient quality of life? *Patient Education and Counseling*, *101*(7), 1216-1222. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.01.023>
- Lelorain, S., Gehenne, L., Christophe, V., & Duprez, C. (2023). The association of physician empathy with cancer patient outcomes : A meta-analysis. *Psycho-Oncology*, *32*(4), 506-515. <https://doi.org/10.1002/pon.6108>

- 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*, 22(128), 82-95. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2022.02.001>
- Marie, D., Dany, L., Cannone, P., Dudoit, E., & Duffaud, F. (2010). Représentations sociales du cancer et de la chimiothérapie : Enjeux pour la définition de la situation thérapeutique. *Bulletin du Cancer*, 97(5), 577-587. <https://doi.org/10.1684/bdc.2010.1036>
- Matthys, M. B., Dempsey, A. M., Melisko, M. E., Dreher, N., Che, M. L., Van't Veer, L. J., Esserman, L. J., & Basu, A. (2021). Incorporation of Patient-Reported Outcomes Measurement Information System to assess quality of life among patients with breast cancer initiating care at an academic center. *Cancer*, 127(13), 2342-2349. <https://doi.org/10.1002/cncr.33496>
- Mercer, S. W., & Watt, G. C. M. (2007). The inverse care law : Clinical primary care encounters in deprived and affluent areas of Scotland. *Annals of Family Medicine*, 5(6), 503-510. <https://doi.org/10.1370/afm.778>
- Molinier, P. (2010). Au-delà de la féminité et du maternel, le travail du care. *Champ psy*, 58(2), 161-174. <https://doi.org/10.3917/cpsy.058.0161>
- Mwilambwe-Tshilobo, L., Setton, R., Bzdok, D., Turner, G. R., & Spreng, R. N. (2023). Age differences in functional brain networks associated with loneliness and empathy. *Network Neuroscience (Cambridge, Mass.)*, 7(2), 496-521. https://doi.org/10.1162/netn_a_00293
- Nicolai, J., Buchholz, A., Seefried, N., Reuter, K., Härter, M., Eich, W., & Bieber, C. (2016). When do cancer patients regret their treatment decision? A path analysis of the influence of clinicians' communication styles and the match of decision-making styles on decision regret. *Patient Education and Counseling*, 99(5), 739-746. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.11.019>
- Office fédéral de la statistique. (2021, octobre 14). *Le cancer en Suisse, rapport 2021, Etat des lieux et évolutions*. Office fédéral de la statistique. <https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/19305697>

- Office fédéral de la statistique. (2023, avril 4). *Niveau de formation de la population – Données de l'indicateur*. Office fédéral de la statistique. <https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/24485173>
- Pollak, K. I., Arnold, R., Alexander, S. C., Jeffreys, A. S., Olsen, M. K., Abernethy, A. P., Rodriguez, K. L., & Tulskey, J. A. (2010). Do patient attributes predict oncologist empathic responses and patient perceptions of empathy? *Supportive Care in Cancer*, *18*(11), 1405-1411. <https://doi.org/10.1007/s00520-009-0762-8>
- Roberts, B. W., Puri, N. K., Trzeciak, C. J., Mazzairelli, A. J., & Trzeciak, S. (2021). Socioeconomic, racial and ethnic differences in patient experience of clinician empathy: Results of a systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, *16*(3), e0247259. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247259>
- Roberts, B. W., Yao, J., Trzeciak, C. J., Bezich, L. S., Mazzairelli, A., & Trzeciak, S. (2020). Income Disparities and Nonresponse Bias in Surveys of Patient Experience. *Journal of General Internal Medicine*, *35*(7), 2217-2218. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05677-6>
- Robieux, L., Karsenti, L., Pocard, M., & Flahault, C. (2018). Let's talk about empathy! *Patient Education and Counseling*, *101*(1), 59-66. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.06.024>
- Salmon, P., & Young, B. (2011). Creativity in clinical communication: From communication skills to skilled communication. *Medical Education*, *45*(3), 217-226. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2010.03801.x>
- 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>
- Sandström, N., Johansson, M., Jekunen, A., & Andersén, H. (2023). Socioeconomic status and lifestyle patterns in the most common cancer types-community-based research. *BMC Public Health*, *23*(1), 1722. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16677-6>

- Sarradon-Eck, A. (2004). Pour une anthropologie clinique : Saisir le sens de l'expérience du cancer. In *Le cancer : Approche psychodynamique chez l'adulte* (p. 31-45). Érès.
<https://doi.org/10.3917/eres.benso.2004.01.0031>
- Schwartz, R., Dubey, M., Blanch-Hartigan, D., Sanders, J. J., & Hall, J. A. (2021). Physician empathy according to physicians : A multi-specialty qualitative analysis. *Patient Education and Counseling*, *104*(10), 2425-2431. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.07.024>
- Sommerlad, A., Huntley, J., Livingston, G., Rankin, K. P., & Fancourt, D. (2021). Empathy and its associations with age and sociodemographic characteristics in a large UK population sample. *PloS One*, *16*(9), e0257557. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0257557>
- Surchat, C., Carrard, V., Gaume, J., Berney, A., & Clair, C. (2022). Impact of physician empathy on patient outcomes : A gender analysis. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, *72*(715), e99-e107.
<https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0193>
- Taillandier-Schmitt, A., & Michinov, E. (2015). Stéréotypes et préjugés à l'égard de personnes atteintes de cancer : Étude auprès d'une population générale et de professionnels de santé. *Pratiques Psychologiques*, *21*(2), 179-197. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2015.02.003>
- Taleghani, F., Ashouri, E., Memarzadeh, M., & Saburi, M. (2018). Barriers to empathy-based care : Oncology nurses' perceptions. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, *31*(3), 249-259.
<https://doi.org/10.1108/IJHCQA-12-2016-0185>
- Ulijaszek, S. J. (2012). Socio-economic Status, Forms of Capital and Obesity. *Journal of Gastrointestinal Cancer*, *43*(1), 3-7.
<https://doi.org/10.1007/s12029-012-9366-5>
- Usta, Y. Y. (2012). Importance of Social Support in Cancer Patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, *13*(8), 3569-3572.
<https://doi.org/10.7314/APJCP.2012.13.8.3569>

- Vennik, J., Hughes, S., Lyness, E., McDermott, C., Smith, K. A., Steele, M., Bostock, J., Howick, J., Little, P., Leydon, G., Mallen, C., Morrison, L., Stuart, B., Everitt, H., & Bishop, F. L. (2023). Patient perceptions of empathy in primary care telephone consultations : A mixed methods study. *Patient Education and Counseling*, *113*, 107748. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.107748>
- Vicente, R. S., Freitas, A. R., Ferreira, R. M. A., Prada, S. P., Martins, T. S., Martins, T. C., Duarte Mendes, A., Vitorino, M. M., Chaves, A. F., Santos, C. C., Alpuim Costa, D., Custódio, M. P., & Barbosa, M. (2023). Communication preferences and perceptions of cancer patient during their first medical oncology appointment. *Psycho-Oncology*, *32*(11), 1702-1709. <https://doi.org/10.1002/pon.6220>
- Wade-Bohleber, L. M., Boeker, H., Ernst, J., Grimm, S., Brügger, N., Berwian, I. M., Vetter, J., Preller, K. H., Himmighoffen, H., Kleim, B., Seifritz, E., & Richter, A. (2019). Thinking about the past to shape the present : Neural activation during the recall of relationship episodes. *Behavioural Brain Research*, *359*, 783-791. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2018.08.001>

7. Annexes

7.1 Annexe 1 : Note d'information

Nom de la recherche : L'empathie sous contrainte de temps en oncologie

Nom des responsables de la recherche :

Lelorain, Sophie (PhD, Professeure associée)
Institut de psychologie, Université de Lausanne,
bâtiment Géopolis, UNIL-MOULINE, 1015
Lausanne

Kolly, Julia (assistance diplômée, doctorante)
Institut de psychologie, Université de Lausanne,
bâtiment Géopolis, UNIL-MOULINE, 1015
Lausanne

Organisme responsable de la recherche :

Université de Lausanne Laboratoire PHASE CH-
1015 Lausanne Suisse

Noms des investigateur.trices principales :

Jean Gillioz (jean.gillioz@unil.ch)

Emily Mayer (emily.mayer@unil.ch)

Nathalie Cornu (nathalie.cornu@unil.ch)

Véronica Spieler (veronica.spieler@unil.ch)

Après les informations concernant l'étude ci-dessous, un consentement vous sera demandé, merci de cocher la case « Oui », si vous êtes d'accord de participer à cette recherche.

Madame, Monsieur,

Dans le cadre d'une recherche menée par des mémorant.e.s de l'Université de Lausanne (UNIL), vous êtes invité.e à prendre part à une étude sur l'empathie dans le cadre de consultation en oncologie. Avant de choisir de participer ou non à cette étude, il est important que vous preniez connaissance de son but et de ce qu'elle implique. N'hésitez pas à nous poser toutes vos questions et à nous solliciter si vous souhaitez plus d'informations.

- **A propos de l'étude :**

De nombreuses recherches ont démontré les bienfaits de l'empathie des médecins en milieu médical que ce soit pour les médecins eux-mêmes ou pour les patient.e.s. Dans les milieux médicaux, dont celui de l'oncologie, le temps manque parfois en consultation du fait du nombre important de patient.e.s et du manque de médecins. La présente recherche a pour but d'explorer votre perception de la communication entre l'oncologue et sa patiente dans une consultation fictive où le médecin manquerait de temps pour vraiment répondre aux inquiétudes de la patiente.

- **Qu'est-ce que cette étude implique ?**

Cette étude implique la lecture d'un court script qui présente une situation de consultation entre une oncologue et sa patiente. Puis il vous sera demandé de remplir un questionnaire qui explore, entre autres, votre perception du discours et de la communication dans le script, des questions concernant votre soutien social ainsi que quelques questions sur votre situation actuelle.

- **Combien de temps cela va-t-il me prendre ?**

La passation du questionnaire est estimée à X minutes environ. Vous n'aurez à remplir ce questionnaire qu'une seule fois.

- **Quand et comment dois-je remplir le questionnaire ?**

Il est important que vous répondiez seul-e au questionnaire.

- **Dois-je prendre part à cette étude ?**

Vous êtes totalement libre de refuser de participer à cette étude, ou si vous acceptez, d'interrompre votre participation à n'importe quel moment. Si vous

accepter de participer à cette étude, il vous suffit de remplir le formulaire ci-joint (formulaire de consentement) et le questionnaire.

- **Quels sont les bénéfices de ma participation à cette étude ?**

Votre participation à cette étude n'implique pas de bénéfices pour vous. En revanche, en participant, vous faites avancer l'étude, et les résultats nous permettront de comprendre si les médecins peuvent être perçus comme empathiques quand le temps leur manque en consultation, et si oui, quelles sont les conditions pour qu'ils/elles soient perçus.e.s comme empathiques malgré le manque de temps. Au final, les résultats permettraient de faire des recommandations pratiques aux médecins en termes de communication avec les patient.e.s.

- **Quels sont les risques potentiels de ma participation à cette étude ?**

Vous n'encourez aucun risque à participer à cette étude qui implique uniquement de répondre au questionnaire décrit ci-dessus. Toutefois, si certaines questions suscitaient en vous des questionnements ou si vous rencontriez la moindre difficulté à répondre à ces questions, vous pourrez contacter l'une des deux responsables de l'étude soit la Pr Sophie Lelorain au 021 692 62 76 ou bien Julia Kolly au 021 692 32 56.

- **Est-ce que les informations données resteront confidentielles ?**

Toutes les informations collectées vous concernant dans le cadre de cette étude **sont strictement anonymes**. Le questionnaire est totalement anonyme, seul un code d'entrée dans l'étude figurera sur ces documents.

Anonymat et confidentialité des données

Toutes les données récoltées et traitées dans le cadre de cette étude sont confidentielles, seront anonymisées et conservées de manière sécurisée, conformément à la Loi fédérale sur la protection des données (RS 235.1) et la Loi relative à la recherche sur l'être humain (RO 2013 3215). Les données originales seront sous la responsabilité de Pr Sophie Lelorain, avec l'obligation de stricte confidentialité.

- **Puis-je avoir accès aux résultats de cette étude ?**

Si vous le souhaitez, les résultats globaux de l'étude pourront vous être communiqués lorsque cette dernière sera achevée.

- **Qui puis-je contacter pour plus d'information ?**

En cas de nécessité et durant toute la durée de la recherche, vous pouvez écrire par courrier électronique à l'une des personnes mentionnées en haut du document.

7.2 Annexe 2 : Formulaire de consentement éclairé

Déclaration de la part du/de la participant.e :

Par la présente, je certifie :

- Avoir lu la présente note d'information et en accepter le contenu.
- Que la recherche ci-dessus m'a été expliquée à mon entière satisfaction, ainsi que les objectifs, le déroulement de l'étude et les avantages et inconvénients possibles et j'accepte d'y participer de manière volontaire.
- Comprendre que je peux décider à tout moment de ne plus participer au projet de recherche sans donner de raisons et sans aucune conséquence pour moi.
- Avoir été informé-e que toutes les données traitées dans le cadre du projet de recherche seront collectées et sauvegardées de manière sécurisée et anonyme
- Accepter que les données originales soient sous la responsabilité de la personne responsable de la recherche, soumise à une obligation de stricte confidentialité.
- Qu'en cas de doute, questions ou autre, je peux contacter directement n'importe quelle personne mentionnée prenant part à la recherche.

Compte-tenu des informations qui m'ont été transmises :

(cocher la case si vous êtes d'accord de participer à cette recherche)

J'accepte librement et volontairement de participer à la recherche intitulée « L'empathie sous contrainte de temps en oncologie ».

OUI



7.3 Annexe 3 : Script

L'oncologue, Mme D : Bonjour Mme X, comment allez-vous ?

Patiente : (inspiration) Disons que ça va... (soupirs)

Oncologue, Mme D : Ok, alors pour commencer, j'ai une bonne nouvelle, j'ai reçu le scanner et vous êtes toujours bien en rémission, pas de trace de la maladie, ce qui est très bien !! Une bonne nouvelle !

Patiente : Ah en effet !!

Oncologue, Mme D : Concernant l'hormonothérapie, vous me disiez la dernière fois que c'était difficile, et maintenant qu'est-ce qu'il en est ?

Patiente : Bah j'ai toujours des bouffées de chaleur, du mal à dormir, surtout en pensant à ce scanner. D'ailleurs là justement avec la fatigue, j'ai l'impression que ça me pèse, je me pose beaucoup de questions quand même.

Oncologue, Mme D : Dites-moi d'abord pour l'hormonothérapie, c'est supportable malgré tout ? Si ça ne l'était vraiment pas, on pourrait arrêter mais ça serait très dommage car ça aide à diminuer le risque de récurrence.

Patiente : Concernant le traitement, ça va encore, je me suis habituée même si ce n'est pas tous les jours facile, hein, mais je m'inquiète de la suite... Je ne sais pas vraiment ce qui m'attend, si la maladie revient, est-ce que je vais m'en rendre compte à temps ? Je suis quand même jeune, je me pose beaucoup de questions, je suis dans l'incertitude, tout ça m'inquiète.

Oncologue, Mme D : J'entends bien votre inquiétude Mme X. Déjà, sachez que le fait que la tumeur soit sensible aux hormones est une chose favorable, on en avait déjà discuté, et puis nous, on va continuer à vous suivre régulièrement,

vous savez que vous pouvez compter sur nous. [L'oncologue regarde la patiente avec attention et bienveillance].

Patiente : Merci Docteur.

Oncologue, Mme D : Bon, Mme X, aujourd'hui, on se voyait surtout pour les résultats du scanner et voir comment vous tolérez l'hormonothérapie. Malheureusement, nous sommes déjà en retard et je dois encore vous examiner. Cela étant, j'entends bien vos préoccupations quant à l'avenir, et je les comprends sincèrement, c'est tout à fait normal de se poser des questions. Ce que je vous propose : à moins que vous souhaitiez en parler immédiatement, nous pourrions, tout de suite après cette consultation, fixer un autre rendez-vous pour en discuter plus tranquillement et dans de bonnes conditions. Mais là, je dois revenir à l'hormonothérapie et à l'examen clinique. Vous me dites ce que vous en pensez juste après que je vous ai examinée ? On fait comme ça, vous êtes d'accord ?

La consultation se poursuit comme prévu sur l'hormonothérapie et l'examen clinique, et un autre rendez-vous est fixé 2 semaines plus tard pour discuter tranquillement des inquiétudes énoncées par la patiente.

7.4 Annexe 4 : Récits libres

Voici ci-dessous une liste exhaustive des récits libres commentés avant que les participant.e.s terminent le questionnaire dans sa totalité.

1. *« Bravo pour votre questionnaire très important le comportement des équipes médicales »*
2. *« Prendre le temps pour les patients c est important »*
3. *« J'ai vécu un cancer avec hospitalisation et chimiothérapie intensive durant 6 mois. Je n'ai jamais rencontré de médecin qui n'a pas pris le temps de me répondre ou m'expliquer, même lorsqu'ils étaient très en retard. »*
4. *« Dommage que l'on ne puisse pas revenir sur le récit du début pour remplir la question suivante. J'ai eu une oreille attentive et je suis contente de l'accueil que j'ai eu au CHUV pour mon cancer. Fait partie de la guérison le cadre familial et soignant mais aussi le cadre du bâtiment. C'est-à-dire lorsque j'ai subi l'ablation du sein suite à mon cancer cela a été difficile pour moi de me retrouver dans une chambre glauque du CHUV dans la zone de la maternité. J'avais la chance d'avoir déjà eu des enfants mais a-t-on pensé aux femmes qui viennent là, en zone maternité, pour subir des interventions qui ne leur permettront peut-être plus d'être mère ! Je pense que cela fait aussi partie du soin et de l'empathie à avoir. Je vous remercie »*
5. *« Difficile de remplir le questionnaire si pas de problème avéré ou reconnu »*
6. *« J'aimerais préciser que votre questionnaire met "en vrac" les soignants. Or, ce n'est jamais le cas, car il y a des soignants extraordinaires, empathiques, qui prennent le temps, qui entourent, qui rassurent sans pour autant voiler la réalité, etc. Et j'aurais voulu les évaluer dans la rubrique la plus positive que vous proposiez. Mais dans mon parcours (j'ai eu un cancer), j'ai rencontré également des médecins odieux (qui n'avaient pas l'air surmenés, mais simplement imbus d'eux-mêmes), antipathiques, méprisants, et irresponsables (me laisser, à mon tout premier rendez-vous après l'annonce de mon cancer, face à un assistant généraliste (et non oncologue) de langue étrangère parlant très difficilement le français, qui ne sait que dire : "On ne pourra pas vous guérir" parce qu'il ne connaît pas du*

tout mon dossier, et encore moins l'oncologie puisqu'il me promettait des chimiothérapies chaque trois semaines à vie.. tout cela relève d'un mépris total du patient. Alors mes notations ne sont que des moyennes, balançant entre l'odieux et le généreux, et ne révéleront pas, je le crains, la valeur de mes réponses. Si vous pouviez en prendre note, ce serait fantastique ! Bien sûr, il en va de même avec les amis, les collègues, la famille mais là on a le choix, on peut ne s'entourer que des "bons", alors que les médecins nous sont plus ou moins imposés... »

7. *« Par rapport au script, il me semble que vu la bonne nouvelle liée au résultat du scanner, il est même tout à fait judicieux de proposer un autre r-
v pour parler de l'avenir. Chaque patient est en mesure de comprendre qu'il y a des moments pour les urgences et des moments pour les discussions de fond, qui peuvent attendre un peu s'il y a en même temps une si bonne nouvelle qui doit rassurer la patiente, en tous cas pour l'immédiat. »*
8. *« Ce script montre à mon avis une attitude absolument parfaite de la part de l'oncologue. Par rapport à mon expérience professionnelle passée(dans le domaine paramédical) et par mon expérience de vie dans mon entourage élargi de nombreux amis et connaissances, j'ai le sentiment que cette attitude très positive n'est pas très répandue. Néanmoins, l'évolution depuis le début de ma formation dans les années 1980, cela s'améliore beaucoup. »*
9. *« Je trouve étonnant que la mention d'un/une psycho-oncologue soit absente. C'est une personne très importante dans le suivi d'un/une patient/patiente... »*
10. *« La médecin est tout de même à l'écoute de sa patiente en lui proposant à la fin un autre rdv pour parler de ses préoccupations mais il est vrai que le manque de validation du ressenti de la patiente au moment où elle l'exprime donne un fort sentiment que la médecin n'écoute pas sa patiente »*
11. *« Très intéressant. Mon mari est actuellement en traitement oncologique. Très bien pris en charge, sauf la consultation d'annonce du diagnostique, qui s'est très mal passé sur le plan de l'empathie (durée de 5 minutes, médecin pressé, on s'est fait rabroués parce qu'on avait une question, etc) donc je suis très sensible à cette question. Merci de faire cette étude*
12. *« notre monde a "grande " vitesse se prend les pieds dans le tapis.... »*

13. *« j'ai subi une mammectomie il y a bientôt 30 ans et je me réjoui du progrès de la médecine et des accompagnements qui n'existaient pas en ce moment-là.nt. »*

7.5 Annexe 5 : Questionnaire

Question 1 : A quel point proposer un autre rendez-vous à la patiente dans deux semaines, faute de temps pour aborder ses inquiétudes lors de la présente consultation, vous paraît-il acceptable ?

	Pas du tout acceptable (1)	Peu acceptable (2)	Neutre (3)	Assez acceptable (4)	Totalement acceptable (5)
Votre réponse (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question 2 : Les questions suivantes portent sur la médecin du script. Selon vous, comment était cette médecin pour :

	Très mauvaise (1)	Mauvaise (2)	Moyenne (3)	Bonne (4)	Très bonne (5)
Faire sentir à l'aise la patiente (Être amicale et chaleureuse avec elle, la traiter avec respect, ne pas être froide ou brusque). (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Laisser la patiente raconter son «histoire» (Lui donner du temps pour décrire entièrement son problème avec ses propres mots, ne pas l'interrompre ou ne pas la distraire). (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vraiment l'écouter (Être attentive à ce qu'elle dit, ne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

pas être distraite pendant qu'elle parle). (3)

Être intéressée par la patiente comme une personne entière (Demander ou savoir des détails pertinents au sujet de sa vie ou de sa situation, ne pas la traiter comme un numéro). (4)

Comprendre complètement ses préoccupations (Communiquer ce qu'elle a compris de ses préoccupations, ne pas en mésestimer ou en diminuer l'importance). (5)

Lui démontrer de l'attention et de la compassion (Sembler véritablement préoccupée par sa situation, être en lien avec elle sur le plan humain, ne pas être indifférente ou détachée). (6)

Être positive (Avoir une approche et une attitude positives, être honnête mais pas négative concernant son problème). (7)

Expliquer les choses clairement (Répondre pleinement à ses questions, lui donner des renseignements adéquats, ne pas être vague). (8)

L'aider à prendre le contrôle
(Explorer avec elle ce
qu'elle peut faire pour
améliorer sa santé,
l'encourager plutôt que de
lui faire la leçon). (9)

Faire un plan d'action avec
elle (discuter avec elle des
possibilités, lui permettre de
s'impliquer dans les
décisions autant qu'elle le
désire, ne pas ignorer son
point de vue). (10)

À présent, on voudrait vous poser quelques questions rapides sur vous et votre situation.

Question 3 : Quel âge avez-vous ?

Question 4 : Quel est votre genre ?

Femme (1)

Homme (2)

Autre (3)

Question 5 : Quelle est votre situation ?

Je vis seul.e. (1)

Je ne vis pas seul.e (en couple, en famille, en colocation, etc.). (2)

Question 6 : Quel est le plus haut niveau d'étude que vous avez complété ?

- Sans diplôme (1)
- Maturité ou certificat (ECCG, CFC) (2)
- Diplôme d'une haute école ou école supérieure (3)
- Diplôme universitaire de Bachelor (4)
- Diplôme universitaire de Master (5)
- Diplôme universitaire de Doctorat ou post-grade (6)

Question 7 : Quelle est votre situation professionnelle actuelle ?

- En activité (à temps plein ou partiel) (1)
 - Au chômage (2)
 - En invalidité (3)
 - Retraité (4)
 - Etudiant.e (5)
 - Autres, précisez s'il vous plaît. (6)
-

Question 8 : Avez-vous déjà eu des problèmes de santé ou un accident qui vous a obligé ou vous oblige à voir régulièrement des professionnel.le.s de santé ?

- Oui (1)
- Non (2)

Pour terminer, on voudrait savoir à quel point vous êtes satisfait du soutien reçu par votre entourage.

Pour chacune des 4 questions suivantes, merci d'indiquer votre satisfaction par rapport au soutien que vous recevez, respectivement de votre famille, vos ami.e.s, vos collègues et des soignant.e.s rencontré.e.s, suivant la cotation suivante

Si la question ne s'applique pas à votre situation (par exemple si vous n'avez pas de collègues parce que vous êtes au chômage, à la retraite ou indépendant.e) merci de répondre par un "ne s'applique pas à ma situation" dans la case.

Question 9 : Globalement et par rapport à vos attentes, êtes-vous satisfait.e du réconfort et de l'écoute que vous recevez de la part :

	Pas du tout satisfait .e (1)	Plutôt pas satisfait .e (2)	Moyennement satisfait.e (3)	Plutôt satisfait .e (4)	Tout à fait satisfait .e (5)	Ne s'applique pas à ma situation (6)
De votre famille (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De vos ami.e.s (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De vos collègues (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des soignant.e.s rencontré.e.s (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question 10 : Globalement et par rapport à vos attentes, êtes-vous satisfait.e de l'aide concrète (on s'occupe de vous) et/ou matérielle que vous recevez de la part de :

	Pas du tout satisfait.e (1)	Plutôt pas satisfait.e (2)	Moyennement satisfait.e (3)	Plutôt satisfait.e (4)	Tout à fait satisfait.e (5)	Ne s'applique pas à ma situation (6)
De votre famille (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De vos ami.e.s (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De vos collègues (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des soignant.e.s rencontré.e.s (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question 11 : Globalement et par rapport à vos attentes, êtes-vous satisfait.e des conseils, informations, suggestions que vous recevez de la part de :

	Pas du tout satisfait.e (1)	Plutôt pas satisfait.e (2)	Moyennement satisfait.e (3)	Plutôt satisfait.e (4)	Tout à fait satisfait.e (5)	Ne s'applique pas à ma situation (6)
De votre famille (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

De vos ami.e.s (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De vos collègues (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des soignant.e. s rencontré. e.s (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question 12 : Certaines personnes de votre entourage (famille, ami.e.s, collègues, soignant.e.s) ont peut-être tenté de vous redonner confiance en vous : globalement et par rapport à vos attentes, êtes-vous satisfait.e d'elles sur ce point là ?

	Pas du tout satisfait.e (1)	Plutôt pas satisfait .e (2)	Moyenneme nt satisfait.e (3)	Plutôt satisfait .e (4)	Tout à fait satisfait .e (5)	Ne s'appliq ue pas à ma situation (6)
De votre famille (1)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De vos ami.e.s (2)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De vos collègues (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Des soignant.e.s rencontré.e. s (4)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Question 13 : Pour finir, si vous le souhaitez, vous pouvez écrire un commentaire libre sur ce script.
