



UNIL | Université de Lausanne

FACULTÉ DES SCIENCES SOCIALES
ET POLITIQUES
INSTITUT DE PSYCHOLOGIE

L'empathie sous contrainte de temps en oncologie

Travail de mémoire

Maîtrise universitaire ès Sciences en psychologie

Présenté par : Emily Mayer

Directrice : Professeure Sophie Lelorain

Experte : Professeure Elise Dan Glauser

SESSION D'ÉTÉ 2024

Remerciements

Je remercie toutes les personnes qui ont permis l'aboutissement de ce mémoire.

Je remercie la Pr. Sophie Lelorain, professeure à l'Université de Lausanne et directrice de ce mémoire, pour le suivi régulier qu'elle m'a offert, ses retours toujours constructifs, ses précieux conseils et sa confiance.

Je remercie mes collègues, Jean Gillioz, Nathalie Cornu et Veronica Spieler, pour leur aide et notre collaboration.

Enfin, je remercie tout·e·s les participant·e·s de cette recherche qui ont pris le temps de répondre à notre questionnaire et sans qui l'aboutissement de ce travail n'aurait pas été possible.

Un grand merci à mes proches pour leur soutien, leur confiance et leurs encouragements tout au long de mes études.

Résumé

Objectif : L'empathie présente des bienfaits pour les patient·e·s en oncologie, mais également certains coûts (épuisement des soignant·e·s, temps imparti). L'objectif de notre étude est d'explorer comment l'empathie d'une oncologue est évaluée par une population tout-venant, lors d'une consultation soumise à des contraintes de temps.

Méthode : Nous avons mené une étude par questionnaire en ligne. Les participant·e·s (N=53) étaient invité·e·s à lire un script décrivant une consultation entre une oncologue et une patiente, puis notamment à évaluer l'empathie de l'oncologue à l'aide du CARE et leur satisfaction concernant leur soutien social à l'aide du SSQ4. Nous avons testé nos hypothèses par des comparaisons de moyennes (t-test) et des matrices de corrélation.

Résultats : Les résultats ont révélé une faible perception d'empathie ($M = 31.60$; $SD \pm 8.39$). Ce résultat est significativement inférieur à l'empathie d'oncologues perçue par trois échantillons différents issus de la littérature. La matrice de corrélation montre un lien significatif et positif entre le SSQ4 et le CARE ($r(51)=0.29, p=0.03$).

Conclusion : Nos résultats soulignent la diversité des perceptions de l'empathie, propres à chaque individu. Des formations sur l'empathie, insistant sur la prise en considération des singularités de chaque personne, devraient être proposées à l'attention des soignant·e·s.

Abstract

Objectives: Empathy has benefits for oncology patients but also incurs costs (such as caregiver exhaustion and time constraints). The aim of our study is to explore how an oncologist's empathy is evaluated by a diverse population during a time-constrained consultation.

Method: We conducted a questionnaire-based study online. Participants (N=53) were asked to read a script depicting a consultation between an oncologist and a patient, and among other things to evaluate the oncologist's empathy using the CARE scale and their satisfaction with social support using the SSQ4. We tested our hypotheses through mean comparisons (t-test) and correlation matrices.

Results: The findings revealed a low perception of empathy ($M = 31.60$; $SD \pm 8.39$). This result was significantly lower than the empathy perceived in oncologists by three different samples from the literature. The correlation matrix showed a significant positive relationship between SSQ4 and CARE ($r(51) = 0.29, p = 0.03$).

Conclusion: Our results underscore the diversity of empathy perceptions, unique to each individual. Training on empathy, emphasizing the consideration of each person's uniqueness, should be offered to healthcare professionals.

Table des matières

1. INTRODUCTION	8
1.1 LE CANCER	8
1.1.1 <i>Le cancer en quelques chiffres</i>	8
1.1.2 <i>Situation critique des hôpitaux et manque de temps</i>	8
1.2 L'EMPATHIE.....	9
1.2.1 <i>Définitions de l'empathie</i>	9
1.2.2 <i>Importance et effets positifs de l'empathie</i>	12
1.2.3 <i>Les coûts de l'empathie</i>	15
1.2.4 <i>L'empathie sous contrainte de temps</i>	16
1.2.5 <i>Prédicteurs de la perception d'empathie</i>	18
1.3 HYPOTHÈSES DE L'ÉTUDE	20
2. MÉTHODOLOGIE	22
2.1 PARTICIPANT·E·S	22
2.2 PROCÉDURE EXPÉRIMENTALE	22
2.3 EMPATHIE À MINIMA ET SCRIPT.....	23
2.4 CRITERE DE JUGEMENT	24
2.5 VARIABLES A CONTROLER	25
2.6 RECRUTEMENT DES PARTICIPANT·E·S	26
2.7 ANALYSE DE DONNÉES	26
3. RÉSULTATS	27
3.1 STATISTIQUES DESCRIPTIVES	27
3.2 TESTS STATISTIQUES.....	28
3.2.1 <i>Genre et perception de l'empathie</i>	28
3.2.2 <i>Niveau de formation et perception de l'empathie</i>	28
3.2.3 <i>Expérience avec le milieu médical et perception de l'empathie</i>	29
3.2.4 <i>Corrélation entre CARE et soutien social perçu par les participant·e·s de leurs soignant·e·s selon l'expérience antérieure des participant·e·s avec le milieu médical</i>	29
3.2.5 <i>Vivre seul·e ou non et perception de l'empathie</i>	30
3.2.6 <i>Corrélations entre CARE et SSQ4</i>	30
3.2.7 <i>Hypothèse globale : empathie perçue de l'oncologue du script</i>	31
3.3 COMMENTAIRES LIBRES	32
4. DISCUSSION	33
4.1 SYNTHÈSE DES RÉSULTATS	33
4.2 DISCUSSION DES RÉSULTATS.....	33
4.3 LIMITES ET CONSÉQUENCES PROBABLES DE CES LIMITES	39
4.4 IMPLICATIONS PRATIQUES.....	40
4.5 CONCLUSION	41
5. BIBLIOGRAPHIE	43
ANNEXES	50
ANNEXE 1 : NOTE D'INFORMATION	50
ANNEXE 2 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ	54
ANNEXE 3 : SCRIPT	55
ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRE	57
ANNEXE 5 : COMMENTAIRES LIBRES	64

1. Introduction

1.1 Le cancer

1.1.1 Le cancer en quelques chiffres

Selon l'Agence Internationale de Recherche sur le Cancer (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], n.d.), l'incidence des cancers tend à augmenter d'ici à 2040. En Suisse, par exemple, le nombre de cancers en 2020 était d'environ 60'500 et selon les estimations de l'OMS, il pourrait s'étendre à 85'900 en 2040. De même, selon ces estimations, le nombre de cancer en Europe devrait atteindre les 5'323'141, soit 21% de plus qu'en 2020.

1.1.2 Situation critique des hôpitaux et manque de temps

En France, la situation des hôpitaux publics est critique. Comme le postule Gervais (2022), les hôpitaux publics français ne sont pas bien adaptés pour accompagner les maladies chroniques. De plus, les hôpitaux publics font face à des contraintes que les services privés ne subissent pas. En 2018, Nathalie Blanpain publie un article à propos des inégalités sociales dans la santé sur le site de l'institut national de la statistique et des études économiques. Dans cet article, l'auteure met en exergue une différence de 13 ans d'espérance de vie entre les hommes les plus aisés et les plus pauvres, cette différence étant de 8 ans chez les femmes. Selon Gervais (2022), le manque de soignant·e·s et leur répartition inégale sur le territoire français est en partie responsable de ces inégalités dans le milieu médical. En effet, les endroits où l'espérance de vie est plus faible sont aussi les endroits où les professionnel·le·s de santé sont les plus absent·e·s. Pour les patient·e·s les plus éloigné·e·s - et également souvent les plus défavorisé·e·s - l'hôpital public joue ainsi le rôle de suivi de maladies chroniques, alors qu'il a été conçu pour le suivi des maladies aiguës. Alors que le nombre de maladies chroniques augmente, le nombre de médecins reste stable et le temps à disposition pour les soins est en constante diminution. En effet, les médecins font face à des obligations légales, mais il est également nécessaire qu'ils·elles respectent leur temps de travail hebdomadaire et leur temps de repos. L'article montre les problèmes résultant de l'équation de ces différents éléments.

Parmi ces résultats désolants, on pense notamment à la fermeture de lits par manque de personnel. Et la situation ne va pas en s'améliorant :

La dégradation des conditions de travail par l'intensification du travail et sa faible reconnaissance numérique a enclenché une dynamique négative : faible attractivité des postes hospitaliers, fuite accrue des personnels titulaires, les infirmières restant dorénavant en moyenne seulement 5 à 7 ans en poste à l'hôpital public. (Gervais, 2022, p. 164)

1.2 L'empathie

1.2.1 Définitions de l'empathie

Hall et al. (2021) ont interrogé plus de 400 participant·e·s, dont 150 étudiant·e·s, 152 personnes issues de la population générale, 95 soignant·e·s et 89 patient·e·s en oncologie. Ils leur ont demandé d'évaluer 49 comportements hypothétiques de médecin sur la base de leur définition personnelle de l'empathie. À partir de ces données, les auteur·e·s ont identifié trois facteurs. Le premier facteur établi concerne le souhait que le·la clinicien·ne soit orienté·e vers la relation avec son·sa patient·e, en montrant de la compassion et de l'intérêt, en écoutant attentivement, en étant investi, en comprenant que le diagnostic est difficile, en comprenant les émotions et les inquiétudes de la personne et en se montrant sincère. Le deuxième facteur est celui de l'implication émotionnelle du·de la soignant·e, notamment par le partage des émotions du·de la patient·e. Pour ce facteur, les auteur·e·s observent que les médecins surestiment l'importance de l'empathie émotionnelle par rapport aux patient·e·s. Enfin, le dernier facteur repose sur les comportements consciencieux et rassurant du·de la soignant·e, tels que préparer l'entretien ou être à l'heure. Sanders et al. (2021) ont quant à eux·elles établi une définition de l'empathie en partant de la perspective des patient·e·s. Les auteur·e·s ont réparti les comportements empathiques des soignant·e·s observés par les patient·e·s en cinq catégories : la sensibilité émotionnelle ; l'attention portée sur la personne entière ; la communication ; les attributs du·de la clinicien·ne ; les ressources institutionnelles et le processus de soin. La première catégorie, sensibilité émotionnelle, est décrite par les auteur·e·s comme une sensibilité des soignant·e·s envers la maladie et la vie de

leur patient·e. Cette catégorie se traduit par une écoute attentive du·de la clinicien·ne envers son·sa patient·e, mais également par une démonstration de son inquiétude et de sa sympathie pour le·la patient·e. La deuxième catégorie, attention portée sur la personne entière, consiste en une attention du·de la clinicien·ne sur des aspects de vie du·de la patient·e qui sortent du cadre uniquement clinique, en se demandant par exemple ce qui compte le plus pour le·la patient·e. La troisième catégorie concerne la communication. Ici, la communication est décrite par les auteur·e·s comme un comportement empathique lorsque le·la clinicien·ne s'exprime de manière simple et compréhensible et qu'il·elle encourage le dialogue bidirectionnel avec son·sa patient·e. Les attributs du·de la clinicien·ne regroupent des caractéristiques telles que la gentillesse, l'expertise ou la compétence. Enfin, la cinquième catégorie, ressources institutionnelles et processus de soin, contient des éléments tels que le travail d'équipe entre professionnel·le·s, la ponctualité, ou encore le fait que le·la même infirmier·e réalise les injections.

Hall et al. (2021) et Sanders et al. (2021) ont une définition commune de l'empathie. En effet, les facteurs établis par Sanders et al. (2021) rejoignent ceux établis par Hall et al. (2021). Le souhait que le·la soignant·e soit orienté·e vers la relation avec son·sa patient·e et la volonté de voir le·la soignant·e impliqué·e émotionnellement envers son·sa patient·e (Hall et al, 2021) se retrouvent dans les catégories de sensibilité émotionnelle, d'attention portée sur la personne entière, et de communication de Sanders et al. (2021). Toutefois, il est important de rappeler que les médecins surestiment l'importance de l'empathie émotionnelle par rapport aux patient·e·s. Le facteur de conscienciosité et de réassurance (Sanders et al., 2021) se retrouve quant à lui dans les catégories d'attributs du·de la professionnel·le et de ressources institutionnelles et de processus de soin (Hall et al., 2021). Ainsi, selon ces deux publications, un·e soignant·e empathique est à l'écoute de son·sa patient·e, est investi·e émotionnellement dans la relation, comprend les inquiétudes du·de la patient·e et les partage, est capable de communiquer de manière simple tout en encourageant le dialogue, se montre consciencieux·se notamment par sa ponctualité et sa collaboration avec ses collègues.

Avant que les soignant·e·s puissent se montrer empathiques et rassurer leurs patient·e·s, ils·elles doivent d'abord reconnaître les opportunités empathiques. Ces dernières sont définies comme l'expression, plus ou moins explicite, d'émotions souvent négatives, d'un besoin de réassurance ou d'une inquiétude de la part d'un·e patient·e (Eide et al., 2004). Selon Girolodi et al. (2020), les indices émis par les patient·e·s pour montrer leur préoccupation se divisent en quatre types : les indices non verbaux (posture, expressions faciales, indices paralinguistiques) ; les indices verbaux (inquiétudes exprimées par le·la patient·e) ; les indices comportementaux (qui permettent aux médecins généralistes de reconnaître certaines inquiétudes) ; et les indices basés sur les connaissances préalables du·de la soignant·e envers son·sa patient·e (par exemple en prenant en compte les raisons des visites précédentes du·de la patient·e). Cet indice peut également être défini comme « un signal verbal ou non verbal qui suggère une émotion désagréable mais qui manque de clarté » (traduit de Mjaaland et al., 2011, p. 334). La préoccupation est quant à elle définie comme « une expression claire et non-ambiguë d'une émotion désagréable passée ou présente où l'émotion est clairement verbalisée » (traduit de Mjaaland et al., 2011, p. 334).

Les réponses aux opportunités empathiques se divisent sur deux niveaux qui donnent lieu à quatre types de réponses (Mjaaland et al., 2011). Le premier niveau divise les réponses entre celles qui sont explicites et celles qui sont non explicites. Le deuxième niveau décrit les réponses qui soit fournissent un espace de parole, soit, à l'inverse, réduisent l'espace de parole. Les quatre types de réponses sont donc : les réponses non explicites qui réduisent l'espace de parole, les réponses non explicites qui fournissent un espace de parole, les réponses explicites qui réduisent l'espace de parole et les réponses explicites qui fournissent un espace de parole. Les réponses explicites font précisément référence à l'inquiétude du·de la patient·e. Au contraire, les réponses non explicites ne font pas de référence précise à l'inquiétude du·de la patient·e. Fournir un espace de parole signifie que le·la soignant·e permet au·à la patient·e d'en dire plus sur son inquiétude. Alors que réduire l'espace de parole signifie que le·la soignant·e ne permet pas au·à la patient·e d'en dire plus. Il y a trois réponses non explicites qui réduisent l'espace : ignorer, éteindre, informations /

conseils. Les réponses non explicites qui fournissent un espace sont : le silence, le canal arrière (ex. hocher la tête), reconnaître, invitation active, empathie implicite. Les réponses explicites qui réduisent l'espace sont : changer de sujet, reporter, informations / conseils, bloquer activement. Enfin, les réponses explicites qui fournissent un espace peuvent être liées au contenu (la reconnaissance explicite de ce qui est dit, l'exploration) ou affectives (la reconnaissance, l'exploration, l'empathie).

Dans une étude sur les réponses d'oncologues aux opportunités empathiques émises par leurs patient·e·s, Pollak et al. (2007) ont décrit des indices qui permettent à la personne ayant émis la fenêtre empathique de comprendre que ce qu'elle a dit a été entendu par son interlocuteur·trice et qu'elle peut continuer. Ce protocole s'appelle le NURSE. Premièrement, l'un des indices consiste à nommer l'émotion du·de la patient·e. Deuxièmement, il est recommandé de montrer au·à la patient·e qu'il·elle est compris·e en légitimant son émotion. Troisièmement, il est bien de montrer son respect au·à la patient·e en le·la félicitant pour sa force. Quatrièmement, il faudrait montrer du soutien à son·sa patient·e. Finalement, il serait important d'explorer en demandant à la personne d'élaborer sur ses émotions.

1.2.2 Importance et effets positifs de l'empathie

Dans une méta-analyse comprenant 55 études, Lelorain et al. (2023) ont montré des effets significatifs et bénéfiques de l'empathie des soignant·e·s sur les patient·e·s en oncologie. Ces résultats comportaient une forte hétérogénéité avec parfois un effet positif très fort de l'empathie et dans certains cas, pas d'effet ou même un effet délétère dans quelques études. L'hétérogénéité a été explorée au travers d'une analyse de sous-groupes et d'une méta-régression. Ces analyses ont notamment montré que l'empathie avait des effets plus forts quand il s'agissait de consultations d'annonce de mauvaise nouvelle que dans d'autres contextes et quand le cancer était avancé que quand il ne l'était pas. De ce fait, selon les auteur·e·s, une attention toute particulière devrait être portée sur l'empathie dans ces contextes. Qui plus est, montrer les effets significatifs et positifs de l'empathie permet également de montrer son importance et sa nécessité dans le milieu médical.

L'une des études traitées par la méta-analyse de Lelorain et al. (2023) est une étude en oncologie, selon laquelle l'empathie des infirmières envers des patient·e·s atteint·e·s de cancer du poumon améliorent nettement l'immunité cellulaire des patient·e·s (Yang et al., 2018). Quelques 365 patient·e·s ont participé à l'étude. Les infirmières ont été divisées en différents groupes selon leur score d'empathie (élevé, modéré, bas). Les résultats montrent que le pourcentage de cellules b, impliquées dans la production d'anticorps, est significativement plus élevé chez les patient·e·s suivi·e·s par des infirmières des groupes d'empathie élevée ou modérée. De même, les cellules *natural killer* (NK), lymphocytes capables de tuer des cellules tumorales, sont également plus nombreuses chez les groupes de patient·e·s suivi·e·s par des infirmières au score d'empathie élevé. De plus, l'étude permet de montrer une corrélation positive entre empathie et pourcentage de cellules b et de cellules NK. Bien qu'ici il ne s'agisse pas d'oncologues mais d'infirmières, cette étude permet de montrer que l'empathie peut avoir des effets non négligeables sur la physiologie des patient·e·s.

Une autre étude de la méta-analyse susmentionnée montre que l'empathie perçue par 256 patient·e·s atteint·e·s par un cancer de l'œsophage ou de l'estomac est associée à moins de complications rapportées par les patient·e·s après une chirurgie (Gehenne et al., 2021).

De plus, également traité dans la méta-analyse, Westendorp et al. (2021) ont constaté que dans le traitement du cancer du sein avancé, l'empathie du·de la soignant·e permet d'améliorer le rappel des informations par 41 patientes (Westendorp et al., 2021). Bien que les patientes se rappellent moins les informations concernant les effets secondaires, elles se souviennent mieux des options de traitements mais également des buts et des effets positifs du traitement. De plus, l'anxiété des patientes est significativement diminuée après la consultation. Même si, dans cette étude, les mécanismes permettant d'expliquer les effets de l'empathie sont flous, les résultats sont non négligeables et permettent à nouveau de mettre en avant les bénéfices et la nécessité de l'empathie en oncologie dans des stades avancés.

En outre, l'empathie a des effets directs et indirects sur la relation entre des soignant·e·s et 2256 patient·e·s (Wu et al., 2022). En effet, la perception des patient·e·s de l'empathie de leur soignant·e est associé positivement à une confiance générale envers le·la clinicien·ne, une confiance dans la bienveillance et la compétence du·de la clinicien·ne, et une meilleure évaluation de la relation clinique.

Khoshnazar et al. (2016) ont mené une étude qualitative avec 20 participant·e·s, dont 9 femmes atteintes d'un cancer du sein, 10 professionnel·le·s de santé, et un·e proche aidant·e. Des entretiens semi-directifs ont été menés avec chaque participant·e et des analyses de contenu ont été effectuées. Les auteur·e·s ont ainsi démontré l'importance de la confiance dans la relation entre patiente et soignant·e, qui permet de diminuer la peur et l'anxiété de la patiente, ce qui participe donc à sa satisfaction. De même, la présence et la disponibilité du personnel soignant soulage les patientes et permet de maintenir le moral et la satisfaction de ces dernières. Les résultats montrent également que pour une patiente, le fait d'être comprise par son infirmier·e a permis d'atténuer sa douleur. Dans cet article, ces éléments ne sont pas directement décrits comme des comportements empathiques des soignant·e·s. Or, comme vu précédemment, les définitions de l'empathie de Sanders et al. (2021) et de Hall et al. (2021) mettent en avant des comportements tels qu'être à l'écoute ou encore être compréhensif·ve envers le·la patient·e. Les comportements décrits dans l'étude de Khoshnazar et al. (2016) peuvent donc, selon les définitions des auteurs cités précédemment, être considérés comme empathiques. Enfin, l'étude montre également que l'empathie entre les patientes, le fait de pouvoir partager leur savoir avec des pairs et de pouvoir être soutenues par des pairs, permet d'améliorer le moral des participantes et de pallier leur retrait social dû à la maladie.

Enfin, la revue de Howick et al. (2020) permet une synthèse de la rentabilité de l'empathie. Alors que le temps requis pour l'empathie et son entraînement sont les deux seuls coûts cités de l'empathie, de nombreux facteurs permettraient d'améliorer l'efficacité du système de santé. Tout d'abord, comme susmentionné, l'empathie permet une réduction de la douleur, une amélioration

de la qualité de vie et de la satisfaction des patient·e·s. De plus, l'empathie permet d'améliorer le bien-être, de diminuer la durée de séjour à l'hôpital ainsi que de réduire le taux de réadmission. Certains bénéfices indirects de ce mode de communication ont également été mis en avant, démontrant notamment une meilleure précision des diagnostics posés, une amélioration de l'adhérence au traitement et une réduction de l'admission à l'hôpital ainsi que des hospitalisations psychiatriques. De plus, l'empathie s'est également montrée bénéfique pour les soignant·e·s, en diminuant leur burn-out et en réduisant les risques médicaux-légaux. Somme toute, ces éléments montrent que de nombreux coûts du système de santé pourraient être évités si les soignant·e·s adoptaient un mode de communication empathique envers leurs patient·e·s.

L'empathie est considérée comme suffisamment bénéfique pour les patient·e·s pour être prise en compte dans des protocoles d'annonce de mauvaises nouvelles. Ces protocoles, tel que le S-P-w-ICE-S, ont été développés pour communiquer des informations défavorables aux patient·e·s et à leur famille (Meitar & Karnieli-Miller, 2022). Leur but est d'encourager des comportements empathiques de la part des soignant·e·s lors de l'annonce de mauvaises nouvelles.

1.2.3 Les coûts de l'empathie

Tout d'abord, l'empathie des parents envers leurs enfants provoque un coût physiologique important pour ces premiers (Manczak et al., 2016). En effet, une étude sur 494 participant·e·s (247 dyades de parent et enfant) révèle que les parents empathiques envers leurs enfants montrent des taux d'inflammations plus élevés.

Si ces coûts de l'empathie se répercutent sur les parents, ils se répercutent également sur les soignant·e·s. Dans une revue de la littérature, Najjar et al. (2009) ont montré que les soignant·e·s en oncologie apprennent à leur dépens les conséquences pouvant être engendrées par l'empathie. De fait, les soignant·e·s commenceraient en étant empathiques envers leurs patient·e·s et finiraient par ressentir une détresse et une fatigue émotionnelle. De plus, à force

d'assister aux pertes de leurs patient·e·s, les soignant·e·s peuvent ressentir un sentiment d'échec ou d'inutilité.

Le phénomène de détresse lié à la compassion susmentionnée est aussi appelé fatigue compassionnelle, définie comme « l'épuisement mental et physique et le retrait émotionnel des individus qui prennent soin de personnes malades ou traumatisées pendant une longue période » (traduit de Decety, 2020, p. 563).

Hunt et al. (2019), dans leur étude sur 117 participant·e·s oncologues, radiothérapeutes et infirmier·e·s, ont montré qu'un quart des professionnel·le·s de santé avait des taux élevés de satisfaction compassionnelle, pouvant être défini comme un sentiment d'épanouissement découlant du fait de prendre soin des autres (Sacco & Copel, 2018). Cependant, 20% des participant·e·s présentaient des niveaux bas de satisfaction compassionnelle. De plus, 30% d'entre eux·elles avaient des risques élevés de stress traumatiques secondaires. Ce phénomène survient lors de l'exposition indirecte d'une personne aux traumatismes d'une autre personne et décrit le stress engendré par la volonté d'aider cette personne traumatisée. Un quart des professionnel·le·s de santé présentaient des risques élevés de burnout. L'empathie était associée significativement et positivement avec le stress traumatique secondaire, démontrant ainsi le coût émotionnel dont peuvent souffrir les professionnel·le·s.

Un autre élément à prendre en compte est moins un coût qu'une conséquence négative pouvant découler d'une empathie maximale. En effet, il est nécessaire de rester vigilant quant à l'inquiétude possible des patient·e·s lorsque leur soignant·e montre une empathie maximale (Lelorain, Cortot, et al., 2018). Ces résultats étonnants n'ont cependant pas encore été répliqués et méritent prudence dans leur interprétation.

1.2.4 L'empathie sous contrainte de temps

Al-Habbal & Arawi (2020) ont montré l'importance de l'empathie pour établir une bonne relation entre patient·e et soignant·e dans les soins primaires. Les auteur·e·s ont procédé à une étude qualitative en interrogeant 14 patient·e·s et 7 soignant·e·s. Les entretiens étaient semi-directifs. Les résultats ont montré que les patient·e·s souhaitent que leur soignant·e reconnaisse leurs émotions sans

avoir besoin de les exprimer explicitement. De plus, une fois ces émotions reconnues, les patient·e·s souhaitent voir leur médecin se comporter en étant attentif·ve à leurs émotions. Les médecins reconnaissent l'importance de l'empathie mais estiment que prendre soin de leurs patient·e·s par des conseils et des traitements médicaux est suffisant, alors que les patient·e·s apprécient également le fait d'être reconnu·e·s et validé·e·s dans leur individualité, plus que par leur simple ressemblance avec d'autres cas médicaux rencontrés par leur soignant·e. Finalement, cette étude montre que les soignant·e·s sont réticent·e·s à se montrer plus empathiques car ils·elles pensent que cela prend beaucoup de temps et se réfèrent même parfois à ce temps comme du « temps perdu » (traduit de Al-Habbal & Arawi, 2020, p. 836). Alors que les patient·e·s estiment que le temps dédié à l'empathie ne devrait prendre que quelques minutes, ils·elles n'attendent pas de leur médecin qu'ils·elles restent plus longtemps.

En réponse à cette idée selon laquelle l'empathie prendrait trop de temps, nous pouvons citer l'étude de Fogarty et al. (1999) ainsi que celle de Sep et al. (2014). Fogarty et al. (1999) ont recruté 210 participantes, dont 123 femmes survivantes d'un cancer du sein et 87 femmes n'ayant pas eu de cancer. Les auteur·e·s ont développé deux vidéos. L'une des vidéos présentait une situation standard et fictive d'un rendez-vous entre un soignant et une patiente. La seconde vidéo en condition de compassion accrue présentait la même situation avec deux segments supplémentaires. Dans ces deux segments, le clinicien reconnaît les inquiétudes de la patiente, exprime son soutien, reconnaît son état émotionnel et la difficulté de prendre une décision dans ces conditions, touche sa main et tente de la rassurer. Mis ensemble, ces éléments représentaient un peu moins de 40 secondes de compassion de la part du clinicien. Les résultats obtenus montrent que les participantes dans la condition compassion accrue jugeaient entre autres le soignant comme plus chaleureux, plus sensible, plus attentionné et plus agréable. De plus, les auteur·e·s ont démontré que les participantes dans les deux conditions avaient des perceptions significativement différentes du soignant pour quatre caractéristiques : porter attention à la patiente, reconnaître les émotions de la patiente, encourager les questions de la patiente, encourager la participation de la patiente à la prise de décision concernant le traitement. En outre, l'anxiété des participantes dans la condition compassion accrue était

significativement plus basse que pour les autres participantes. Cependant, le rappel des informations était bas pour les deux groupes et la condition de compassion accrue n'a pas influencé la décision hypothétique de traitement.

L'étude de Sep et al. (2014) a établi des résultats similaires à l'étude présentée précédemment. Les auteur·e·s ont démontré que quatre phrases empathiques lors d'une consultation avec de fausses patientes suffisent pour augmenter le rappel des informations données lors de la consultation et diminuer l'anxiété de la patiente. Les auteur·e·s ont réparti aléatoirement les 50 participantes à deux vignettes différentes, une vignette avec une communication standard et une vignette avec une communication dite affective. La durée de la vidéo en communication standard est de 580 secondes, soit environ 10 minutes et 6 secondes. La vidéo contenant une communication affective incluait les éléments suivants : verbaliser à la patiente que les soignant·e·s seront là, continueront à faire de leur mieux, seront attentif·ve·s aux inquiétudes de la patiente et rappeler que la patiente n'est pas seule. Cette communication n'a ajouté que 38 secondes à la consultation. Et ces 38 secondes de communication affective ont suffi pour permettre plus de rappel et moins d'anxiété. Ainsi, il est donc possible d'être perçu·e comme empathique même en ayant cette contrainte de temps. Démontrant que seules 38 secondes de compassion suffisent pour diminuer l'anxiété des participantes, ces résultats permettent d'appuyer ceux établis par Fogarty et al. (1999).

Les études susmentionnées montrent que quelques secondes d'empathie ont un effet bénéfique pour les patient·e·s. Nous considérons donc qu'une empathie « à minima » de quelques secondes mérite que l'on y porte notre attention.

1.2.5 Prédicteurs de la perception d'empathie

Tout d'abord comme le démontre l'étude de Kline et al. (2020), les femmes ont tendance à donner des scores d'empathie plus bas que les hommes à leur soignant·e. Elles tendent également à avoir moins confiance envers leur soignant·e. De plus, cette même étude montre que les personnes ayant un niveau d'éducation plus bas (pas de diplôme gymnasial), attribuent des scores d'empathie et de confiance plus hauts à leur soignant·e. La culture a également

une importance dans la perception de l'empathie comme l'ont démontré Lorie et al. (2017) dans leur revue systématique.

Pollak et al. (2010) ont démontré que les variables concernant la sécurité économique, l'état civil et la durée de la relation avec l'oncologue influence la perception de l'empathie. En effet, des personnes avec une sécurité économique moindre tendaient à considérer leur soignant·e comme plus empathique. De même, les personnes mariées donnaient des scores d'empathie plus élevés à leur soignant·e. Et pour finir, les patient·e·s qui connaissaient leur oncologue depuis plus d'un an les considéraient plus empathiques.

Le soutien social semble également important à prendre en compte. Notamment car, comme susmentionné, les personnes mariées donnent des scores d'empathie plus élevés à leur soignant·e (Pollak et al., 2010). Mais aussi parce que le soutien social peut avoir des effets non négligeables sur le stade du cancer au moment du diagnostic (Buja et al., 2018). En effet, le fait d'être marié·e a un effet positif sur la probabilité de se faire diagnostiquer à un stade précoce du cancer. Au contraire, les femmes qui ne sont pas mariées ont plus de risque de se faire diagnostiquer un cancer du sein avancé. De plus, une étude sur 51 couples romantiques a non seulement révélé que les femmes rapportaient moins de douleur quand elles recevaient un soutien de leur partenaire, mais également que le soutien réduisait les réponses physiologiques liées à la douleur chez les participant·e·s (Reddan et al., 2020).

Les médecins femmes portent le poids de stéréotype de genre, notamment celui qui attend des femmes qu'elles se montrent plus empathiques que les hommes (Schmid Mast et al., 2007). De ce fait, l'empathie des soignantes est jugée plus sévèrement que celle de leurs homologues masculins pour les mêmes comportements. Surchat et al. (2022) ont en effet montré un effet faible mais significatif du genre sur l'empathie perçue par les patient·e·s. Pour les mêmes déclarations verbales d'empathie, les patient·e·s se montraient moins satisfait·e·s quand leur médecin était une femme et au contraire montraient plus de satisfaction quand ces déclarations venaient d'un médecin homme.

Nous proposons de préciser que la consultation décrite dans le script est une consultation de suivi médical pendant les traitements et non une consultation de mauvaise nouvelle. Tout d'abord, nous estimons qu'éthiquement, il paraît difficilement acceptable de tester une empathie « à minima » dans le cas d'une consultation d'annonce de mauvaise nouvelle. Durant une consultation de mauvaises nouvelles, seul·e·s les patient·e·s avec des compétences émotionnelles modérées ou élevées bénéficient de l'empathie de leur soignant·e (Lelorain, Cattan, et al., 2018). Alors que durant une consultation de suivi, seul·e·s les patient·e·s ayant de faibles compétences émotionnelles profitent d'une empathie plus grande de leur soignant·e. Cette étude met ainsi en lumière que certaines consultations sont considérées par les médecins comme relativement neutres, or elles ne sont pas perçues de la même manière par certain·e·s patient·e·s. En effet, pour les patient·e·s ayant de faibles compétences émotionnelles, ces consultation dites « neutres » restent une épreuve psychologique. Ils·elles auront donc besoin d'empathie de la part de leur soignant·e lors de ces consultations de suivi car sans cela, ils·elles vivent mal ces consultations. Ainsi, une consultation de suivi dans le script permettrait de ne pas évincer les participant·e·s avec de faibles compétences émotionnelles. Le script ne présente pas une consultation de mauvaise nouvelle. Cependant, la patiente exprime de fortes inquiétudes qui rend la consultation chargée émotionnellement.

1.3 Hypothèses de l'étude

Comme nous l'avons vu précédemment, l'empathie des soignant·e·s a de nombreux effets positifs sur les patient·e·s (Lelorain et al., 2023). Or, certain·e·s soignant·e·s pensent que l'empathie exige une implication émotionnelle importante (Hall et al., 2021), ou encore que cela prend trop de temps (Al-Habbal & Arawi, 2020). Pourtant, les patient·e·s attendent une implication émotionnelle moins importante que ce que pensent les soignant·e·s (Hall et al., 2021). De plus, quelques secondes d'empathie dans une consultation suffisent pour avoir des effets positifs sur le·la patient·e (Sep et al., 2014).

L'objectif de notre étude est de savoir si, lors d'une consultation de suivi soumise à des contraintes de temps, une oncologue peut être perçue comme empathique

par la population générale. De plus, nous souhaitons vérifier si certaines variables des participant·e·s ont un impact sur cette perception.

Sur la base de certaines études présentées dans l'introduction, nous émettons plusieurs hypothèses :

L'hypothèse principale de ce mémoire est que les participant·e·s perçoivent l'oncologue du script comme globalement empathique. Ainsi, nous pensons que, lors d'une consultation de suivi soumise à des contraintes de temps, quelques phrases compassionnelles de la part de l'oncologue suffisent pour que les participant·e·s la perçoivent comme empathique.

En plus de cette hypothèse principale, nous supposons que les participant·e·s bénéficiant d'un soutien social plus élevé perçoivent le discours de l'oncologue comme plus empathique que les participant·e·s bénéficiant de moins de soutien social. De même, nous pensons que les personnes vivant seules perçoivent moins d'empathie que les personnes ne vivant pas seules. Nous émettons également l'hypothèse que les femmes participant à l'étude jugent plus sévèrement l'oncologue du script que les hommes. De plus, nous pensons que les participant·e·s ayant un niveau de formation plus bas accordent des scores d'empathie plus élevés à l'oncologue du script. En outre, l'expérience antérieure des participant·e·s avec le corps médical nous paraît importante à questionner. À cet égard, une question porte sur d'éventuels antécédents de problèmes de santé ou d'accidents ayant conduit les participant·e·s à être régulièrement en contact avec des professionnel·le·s de la santé. En effet, nous pensons que l'expérience réelle avec le corps médical peut influencer la perception du script. Il est en revanche difficile de se prononcer sur le sens de cette hypothèse. Les personnes ayant eu une expérience positive pourraient se montrer plus indulgentes à l'égard de l'oncologue du script, projetant leur satisfaction sur le script, mais l'hypothèse inverse se justifierait aussi : une expérience réelle positive pourrait amener, en comparaison, à trouver l'oncologue du script peu empathique. Il en est de même pour les personnes ayant eu une expérience négative. Elles pourraient se montrer plus indulgentes à l'égard de l'oncologue du script en comparant le script avec leur expérience. À l'inverse, en projetant leur insatisfaction sur le script, elles pourraient également trouver l'oncologue

du script peu empathique. Nous décidons de garder cette variable de façon « exploratoire ».

Pour les personnes ayant eu une expérience avec le milieu médical, nous pensons qu'il y aura une corrélation entre le score d'empathie attribué à l'oncologue du script (CARE) et le score de satisfaction perçue par les participant·e·s à propos du soutien social de leur soignant·e·s. Nous supposons par ailleurs qu'il n'y aura pas de corrélation pour les personnes qui n'ont pas eu d'expérience avec le milieu médical entre le score d'empathie attribué à l'oncologue du script (CARE) et le score de satisfaction perçue par les participant·e·s à propos du soutien social de leurs soignant·e·s.

2. Méthodologie

2.1 Participant·e·s

Notre critère d'inclusion concernait l'âge des participant·e·s : ils·elles devaient avoir minimum 18 ans. Il n'y avait pas de critère d'exclusion. Afin d'avoir une moyenne du score d'empathie fiable, nous souhaitions recruter un échantillon d'une centaine de personnes relativement varié en termes d'âge, de sexe, de soutien social perçu et de statut marital (vit seul·e ou non).

2.2 Procédure expérimentale

Le script utilisé pour la présente recherche a été développé par Charlie Gantet et Céline Schroeyers, d'ancien·ne·s mémorant·e·s de la Pre S. Lelorain (Gantet, 2023 ; Schroeyers, 2021). Il a été soumis cette année à 8 oncologues, qui ont donné leur avis sur le réalisme du script. Le script a été modifié en fonction de leurs retours.

L'étude est observationnelle, transversale et s'est réalisée par questionnaire en ligne. Les participant·e·s étaient invité·e·s à lire un script décrivant une consultation entre une patiente atteinte d'un cancer du sein, suivant actuellement un traitement par hormonothérapie, et son oncologue.

Nous avons soumis notre étude aux membres de la commission d'éthique de l'UNIL (CER-UNIL), qui nous ont donné leur aval pour ce travail.

2.3 Empathie à minima et script

Dans le script, malgré des résultats médicaux satisfaisants, une patiente fait part de ses inquiétudes au sujet de son avenir à son oncologue (« si la maladie revient, est-ce que je vais m'en rendre compte à temps ? »). Elle émet alors une opportunité empathique indirecte (Pollak et al., 2007). Or, l'oncologue, devant absolument faire un examen clinique de la patiente le jour de la consultation, n'a pas le temps de traiter en profondeur ses inquiétudes. L'oncologue tente cependant de se montrer empathique, tout en mentionnant qu'elle n'a pas le temps pour une discussion plus longue sur le sujet et propose de fixer un autre rendez-vous pour aborder les inquiétudes de la patiente. Plus précisément, l'oncologue fait preuve d'empathie en reconnaissant les inquiétudes de la patiente (« J'entends bien votre inquiétude. »). Aux yeux du NURSE, elle commence ainsi par nommer l'émotion de sa patiente (Pollak et al., 2007). Mjaaland et al. (2011) classerait cette réponse comme explicite et fournissant un espace de parole au niveau du contenu en reconnaissant les inquiétudes de la patiente. Elle tente ensuite de rassurer la patiente en s'appuyant sur des éléments médicaux (« ... sachez que le fait que la tumeur soit sensible aux hormones est une chose favorable »). Ici, cette réponse explicite réduit l'espace de parole de la patiente en lui communiquant des informations (Mjaaland et al., 2011). Elle assure ensuite à la patiente qu'elle et le personnel soignant seront là pour elle (« ... on va continuer à vous suivre régulièrement, vous savez que vous pouvez compter sur nous. »). Selon le NURSE, cette affirmation peut être classée comme une démonstration de soutien (Pollak et al., 2007). Cette réponse explicite permet de fournir un espace de parole à la patiente et permet de lui témoigner de l'empathie en lui assurant que l'équipe fera le maximum pour elle (Mjaaland et al., 2011). De plus, nous considérons le fait que la soignante ferme le moment empathique pour avoir le temps de donner d'autres informations à la patiente comme faisant partie intégrante de cette définition de l'empathie à minima. La soignante montre un regret de ne pas pouvoir faire plus et explique les raisons pour lesquelles elle ne peut pas faire plus ce jour (« 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 ... »). Cette fermeture du moment empathique

est considérée par Mjaaland et al. (2011) comme une réponse explicite qui réduit l'espace de parole en bloquant activement les inquiétudes de la patiente. Enfin, l'oncologue clôture le moment empathique en fixant un autre rendez-vous avec la patiente (« ... 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. »). Cette dernière réponse de la part de l'oncologue est explicite et réduit l'espace de parole en reportant les inquiétudes de la patiente à plus tard (Mjaaland et al., 2011). Ainsi, selon le NURSE (Pollak et al., 2007), certains indices ne sont pas utilisés par l'oncologue. En effet, dans le script, l'oncologue n'a malheureusement pas le temps de comprendre la patiente en légitimant ses émotions, elle ne félicite pas sa force et elle ne lui propose pas d'élaborer plus au rendez-vous de ce jour.

2.4 Critère de jugement

Le critère de jugement est mesuré grâce à l'échelle CARE, « *Consultation and Relational Empathy* », développée par Mercer et al., en 2004. Cette échelle a ensuite été traduite en français et validée en oncologie (Gehenne et al., 2020). Le questionnaire est composé de 10 items demandant au·à la participant·e de juger la médecin sur différentes dimensions de « mauvaise » à « excellente » sur échelle de Likert en cinq points. À chaque item, le·la participant·e doit répondre à la question « comment était cette médecin pour... » (item 1) « mettre à l'aise la patiente (être amicale et chaleureuse avec elle, la traiter avec respect, ne pas être froide ou brusque) », ou encore (item 2) « la laisser raconter son « histoire » (lui laisser du temps pour décrire entièrement son problème avec ses propres mots, ne pas l'interrompre ou ne pas la distraire) ». Nous avons modifié l'échelle afin que les participant·e·s jugent l'attitude de la médecin envers la patiente du script. Par exemple, l'item 1 demande comment était la médecin pour « mettre à l'aise la patiente (être amicale et chaleureuse avec elle, la traiter avec respect, ne pas être froide ou brusque) » et pas « vous faire sentir à l'aise (être amical et chaleureux avec vous, vous traiter avec respect, ne pas être froid ou brusque) ». De plus, nous avons également accordé l'échelle au féminin afin de rappeler aux participant·e·s que l'oncologue est une femme.

L'alpha de Cronbach de cette échelle, validée en français, est de 0.959, ce qui représente une excellente fiabilité (Gehenne et al., 2020).

2.5 Variables à contrôler

Par souci d'homogénéisation, notre étude présente une oncologue femme dans le script évalué. Les femmes étant jugées plus sévèrement que les hommes sur leur empathie (Surchat et al., 2022), nous pouvons postuler que si nous avons choisi un homme oncologue dans le script, son score d'empathie perçue par les participant·e·s serait au moins aussi élevé que le score que nous allons obtenir avec une femme oncologue. Puisque notre objectif est de voir si l'empathie du script, minimale, permet un score d'empathie correct, nous préférons choisir une femme médecin pour avoir le score le plus sévère. De même, cette étude considère une patiente (et non un patient) car il a été démontré que les femmes ont tendance à se montrer plus sévères lorsqu'elles évaluent l'empathie de leur soignant·e. Ainsi, nous pourrions postuler que l'évaluation d'un homme concernant l'empathie de son·sa soignant·e serait au moins aussi bien que celle d'une femme.

Nous prenons également le parti de décrire une situation de script où la médecin et la patiente se connaissent depuis au moins un an, car l'empathie minimale paraît éthiquement plus difficilement acceptable s'il n'y a pas déjà un bon lien entre le·la médecin et le·la patient·e. De plus, la consultation décrite dans le script est une situation de suivi médical pendant les traitements et non une consultation de mauvaise nouvelle. En effet, nous partons du principe que lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle, il n'est pas acceptable d'un point de vue éthique de ne pas accorder du temps à son·sa patient·e et ne pas se montrer empathique. En théorie, les médecins devraient pouvoir faire preuve d'empathie lors de chaque consultation. En pratique, le manque de temps ne le permet pas forcément. Nous estimons que dans des situations de consultation de suivi, le manque de temps et d'empathie est peut-être plus acceptable que dans des conditions d'annonce de mauvaises nouvelles.

Pour ce qui est des variables des participant·e·s à prendre en compte, au vu des recherches mentionnées dans l'introduction, nous avons choisi de contrôler leur

soutien social. Pour ce faire, nous avons inclus le Questionnaire de Soutien Social Perçu (QSSP). Il est inspiré du questionnaire de support social de Sarason (SSQ6), dont l'alpha de Cronbach est de 0.87 (Bruchon-Schweitzer et al., 2003). Les quatre dimensions interrogées représentent les quatre types de soutien social (émotionnel, matériel, informatif et d'estime). De plus, les participant·e·s doivent évaluer le soutien social qu'ils·elles pensent recevoir respectivement de leur famille, ami·e·s, collègues, et des soignant·e·s rencontré·e·s. Nous avons adapté ce questionnaire pour que les participant·e·s n'ayant pas de collègues, d'ami·e·s, de famille, ou pas d'expérience antérieure avec le corps médical puissent également y répondre. Pour ce faire, nous avons ajouté une possibilité de réponse : « Ne s'applique pas à ma situation. ». Ce questionnaire rapide (4 à 6 minutes) permet d'obtenir des scores de satisfaction et de disponibilité de soutien social.

2.6 Recrutement des participant·e·s

Pour le recrutement de nos participant·e·s, nous avons procédé à un échantillon de convenance. En effet, nous avons demandé à des connaissances s'ils·elles connaissaient eux·elles-mêmes des personnes susceptibles d'être intéressées à participer à cette étude.

2.7 Analyse de données

Les statistiques descriptives ainsi que les analyses statistiques et les graphiques ont été effectués sur le logiciel « Jamovi ».

Une fois nos hypothèses élaborées, nous avons d'abord effectué pour chaque hypothèse un test d'homogénéité des variances (test de Levene). Ensuite, nous avons procédé à des analyses de comparaison de moyenne (t-test). Plus précisément, lorsque la condition d'égalité des variances était respectée, nous procédions à un test de Student et lorsque cette condition n'était pas respectée, nous exécutons un test de Welch. Nous avons ainsi exploré les liens entre le fait de vivre seul·e ou non et l'empathie perçue ; entre le genre du·de la participant·e et l'empathie perçue ; entre l'existence ou non d'expérience avec le corps médical et l'empathie perçue ; entre le niveau de formation et le l'empathie perçue.

Nous avons ensuite soumis certaines variables à une matrice de corrélation afin de constater ou non l'existence d'un lien entre ces dernières. Les variables en question étaient le score du CARE, le score du SSQ4, et les différents scores attribués aux différents protagonistes du SSQ4, à savoir le soutien perçu par sa famille, par ses collègues, par ses ami·e·s et par ses soignant·e·s. Nous avons également testé les corrélations entre le CARE et le soutien social perçu par les participant·e·s de leurs soignant·e·s en fonction de leur expérience antérieure avec le milieu médical.

3. Résultats

3.1 Statistiques descriptives

Les caractéristiques des participant·e·s sont représentées dans le Tableau 1.

Tableau 1.

Description de l'échantillon de participant·e·s, N = 53 à avoir rempli le questionnaire

	Nombre (%) ou moyenne ± 1 écart type	Variable manquante N
Âge (années)	55.10 ± 13.64	1
Genre		0
Homme	35 (66.04%)	
Femme	18 (34.00%)	
Situation		0
Le·la participant·e vit seul·e	12 (22.64%)	
Le·la participant·e 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	31 (58.49%)	
Au chômage	2 (3.77%)	
En invalidité	0	
Retraité·e	11 (20.76%)	
Étudiant·e	4 (7.55%)	
Autres	5 (9.43%)	
Situation professionnelle : Autres		0
A la retraite mais travaille encore un peu	1 (20%)	
Au foyer	2 (40%)	
Préretraite	1 (20%)	
A la recherche d'un emploi	1 (20%)	
CARE	31.60 ± 8.39	0
SSQ4	65.59 ± 9.66	0

Note. CARE = Consultation and Relational Empathy scale ; SSQ4 = Social Support Questionnaire (4 items). Pour la CARE, le score minimum est 10 et le score maximum est 50.

L'échantillon est composé majoritairement d'hommes (66.04%). La majorité des participant·e·s ne vivent pas seul·e·s (77.36%). Les participant·e·s sont âgé·e·s de 21 à 85 ans. L'âge moyen est de 55 ans (± 13.64). La majorité d'entre eux·elles ont vécu une expérience avec le milieu médical (64.15%), c'est-à-dire, des antécédents médicaux (problèmes de santé ou accidents) qui les ont amené·e·s à être régulièrement en contact avec des professionnel·le·s de santé. La majorité des participant·e·s ont fait des études supérieures au-delà d'un certificat de maturité (69.81%). Une grande part de l'échantillon est en activité à temps plein ou à temps partiel (58.49%).

3.2 Tests statistiques

3.2.1 Genre et perception de l'empathie

Nous avons émis l'hypothèse que les femmes percevraient moins d'empathie que les hommes.

Le test d'homogénéité des variances suggérait une condition d'égalité des variances ($F(1,51)=0.28, p=0.60$). Nous avons donc effectué un test de Student, qui s'est avéré non significatif ($t(51)=0.18, p=0.57$), infirmant ainsi notre hypothèse. En effet, la moyenne au CARE était de 31.46 ($SD\pm 8.44$) pour les hommes participant à l'étude et de 31.89 ($SD\pm 8.51$) pour les femmes participant à l'étude.

3.2.2 Niveau de formation et perception de l'empathie

Notre hypothèse soutenait que les personnes ayant un niveau de formation plus bas percevraient plus d'empathie que les personnes ayant un niveau de formation plus élevé.

Le test d'homogénéité des variances s'étant avéré non significatif ($F(1,51)=1.32, p=0.26$), nous avons effectué un test de Student. Le test de Student était non significatif ($t(51)=-1.97, p=0.97$), infirmant notre hypothèse. En effet, pour les participant·e·s ayant obtenu un certificat de maturité ou moins, la moyenne était de 28.25 ($SD\pm 7.32$) et elle était de 33.05 ($SD\pm 8.49$) pour les personnes ayant obtenu un diplôme plus avancé que la maturité.

3.2.3 *Expérience avec le milieu médical et perception de l'empathie*

Notre hypothèse visait à explorer le lien entre l'expérience des participant·e·s avec le milieu médical et la perception de l'empathie.

Le test d'homogénéité des variances étant non significatif ($F(1,51)=0.83, p=0.37$), nous avons effectué un test de Student. Le test de Student n'était pas significatif ($t(51)=-0.42, p=0.67$), infirmant ainsi notre hypothèse. La moyenne était de 31.24 ($SD\pm 8.87$) pour les personnes ayant une expérience avec le milieu médical, et de 32.26 ($SD\pm 7.64$) pour les personnes n'ayant pas vécu d'expérience avec le milieu médical.

3.2.4 *Corrélation entre CARE et soutien social perçu par les participant·e·s de leurs soignant·e·s selon l'expérience antérieure des participant·e·s avec le milieu médical*

Pour les personnes ayant eu une expérience avec le milieu médical, il y a effectivement une corrélation positive et significative entre le score d'empathie attribué à l'oncologue du script et la satisfaction perçue par les participant·e·s à propos du soutien social de leurs soignant·e·s ($r(31)=0.41, p=0.02$) (Tableau 2).

Tableau 2.

Matrice de corrélation entre CARE et soutien social perçu par les participant·e·s de leurs soignant·e·s pour les participant·e·s ayant une expérience avec le milieu médical

	Soignant·e·s (SSQ4)	CARE Score
Soignant·e·s (SSQ4)		
CARE Score	0.41*	

Note. CARE = Consultation and Relational Empathy scale ; SSQ4 = Social Support Questionnaire (4 items).

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

Pour les personnes n'ayant pas d'expérience avec le milieu médical, la corrélation entre le score d'empathie attribué à l'oncologue du script et la satisfaction perçue par les participant·e·s à propos du soutien social de leurs soignant·e·s n'est pas significative ($r(13)=0.25, p=0.37$) (Tableau 3).

Tableau 3.

Matrice de corrélation entre CARE et soutien social perçu par les participant·e·s de leurs soignant·e·s pour les participant·e·s n'ayant pas d'expérience avec le milieu médical

	Soignant·e·s (SSQ4)	CARE Score
Soignant·e·s (SSQ4)		
CARE Score	0.25	

Note. CARE = Consultation and Relational Empathy scale ; SSQ4 = Social Support Questionnaire (4 items).

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

3.2.5 Vivre seule ou non et perception de l'empathie

Notre hypothèse était que les personnes vivant seules percevraient moins d'empathie que les personnes ne vivant pas seules.

Le test d'homogénéité des variances n'étant pas respecté ($F(1, 51)=4.59$, $p=0.04$), nous avons effectué un test de Welch. Le test de Welch s'est révélé non significatif ($t(28.05)=-1.30$, $p=0.10$), infirmant ainsi notre hypothèse. La moyenne était de 29.42 ($SD\pm 5.79$) pour les personnes vivant seules, et de 32.24 ($SD\pm 8.97$) pour les personnes ne vivant pas seules.

3.2.6 Corrélations entre CARE et SSQ4

La matrice de corrélation montre des liens significatifs et positifs entre le score de soutien des soignant·e·s et le CARE ($r(46)=0.34$, $p=0.02$) et entre le CARE et le SSQ4 ($r(51)=0.29$, $p=0.03$) (Tableau 4).

Tableau 4.

Matrice de corrélation entre le score au CARE et les scores aux SSQ4

	CARE Score	Famille (SSQ4)	Ami.e.s (SSQ4)	Collègues (SSQ4)	Soignant.e.s (SSQ4)	SSQ4 Score
CARE Score						
Famille (SSQ4)	0.18					
Ami.e.s (SSQ4)	0.09	0.56**				
Collègues (SSQ4)	0.35	0.45*	0.72**			

Tableau 4.
Matrice de corrélation entre le score au CARE et les scores aux SSQ4

	CARE Score	Famille (SSQ4)	Ami.e.s (SSQ4)	Collègues (SSQ4)	Soignant.e.s (SSQ4)	SSQ4 Score
Soignant.e.s (SSQ4)	0.34*	0.09	0.19	0.37		
SSQ4 Score	0.29*	0.72**	0.82**	0.85**	0.57**	

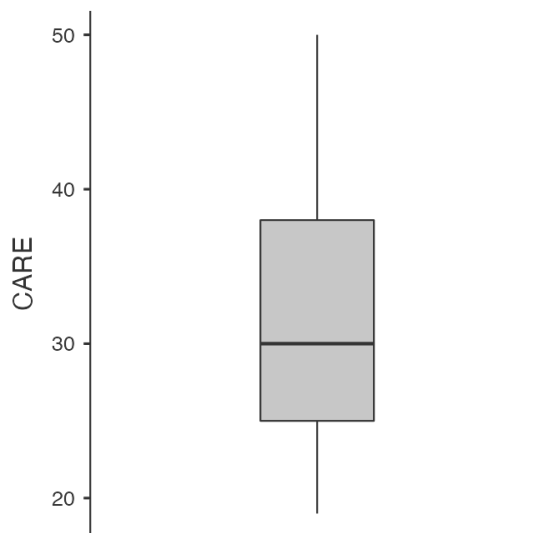
Note. CARE = Consultation and Relational Empathy scale ; SSQ4 = Social Support Questionnaire (4 items).

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

3.2.7 Hypothèse globale : empathie perçue de l'oncologue du script

Les participant·e·s ont perçu une faible empathie, comme nous le montre la moyenne de 31.60 (SD±8.39) obtenue au CARE. La médiane se situe à 30, le score minimum est de 19 et le score maximum est de 50 (Graphe 1). Les scores totaux possibles de la CARE se situe entre 10 et 50 points.

Graphe 1.
Boîte à moustache représentant le score au CARE



Note. CARE = Consultation and Relational Empathy scale. Le score minimum est de 10 et le score maximum est de 50.

Ce score paraît d'autant plus bas lorsque nous le comparons avec la littérature existante. Dans l'étude de Lelorain et al. (2015), les patient·e·s avaient rapporté en moyenne un score de 38.4 (SD± 8.9) à propos de l'empathie de leur médecin. Ce score est considéré par les auteur·e·s comme relativement haut. Pour

comparer notre échantillon et celui de Lelorain et al. (2015), nous avons effectué un test d'homogénéité des variances de Fisher, ce dernier a montré des variances homogènes entre les deux échantillons ($F=1.1, p=0.63$), et le t-test indique une différence significative ($t(252)=5, p<.001$). De même, dans une étude sur 296 patient·e·s atteint·e·s de cancer du torax et du tractus digestif, Lelorain, Cattan, et al., (2018) ont trouvé une moyenne d'empathie des médecins de 42.8 ($SD\pm 7.2$) reportée par les patient·e·s. Ce score se place bien au-dessus de celui de notre étude. En effet, 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 ($t(347)=10.16, p<.001$). Finalement, dans leur étude sur 235 participant·e·s, Johnson et al. (2013) ont trouvé une moyenne de 45.17 ($SD=\pm 5.73$). Le test d'homogénéité des variances entre les deux échantillons n'étant pas homogènes ($F=2.14, p<.001$), nous avons effectué un test de Welch qui indique une différence significative entre les deux échantillons ($t(63)=11, p<.001$).

Par conséquent, l'évaluation de l'empathie de l'oncologue du script, telle que perçue par des personnes de la population tout-venant, est inférieure à l'empathie des oncologues perçue par les patient·e·s dans trois échantillons différents issus de la littérature.

3.3 Commentaires libres

Les participant·e·s avaient la possibilité de commenter librement le script (Annexe 5). En tout, sur 53 participant·e·s, 13 commentaires ont été laissés : cinq commentaires font mention explicite de vécus de maladie (de la personne même ou d'un·e proche), un commentaire mentionne un vécu de soignant·e dans le domaine paramédical, les autres évaluent le script ou le questionnaire de manière positive ou négative, avec des avis plus ou moins explicites et nuancés. Certains commentaires mettent en avant des critiques positives du script et de l'oncologue, comme le fait que cette dernière propose un deuxième rendez-vous à la patiente. Mais on peut aussi lire des critiques négatives telles que le manque de validation du ressenti de la patiente de la part de l'oncologue ou encore l'absence d'un·e psycho-oncologue. En effet, l'un des commentaires décrit l'oncologue comme ayant une « *attitude absolument parfaite* » alors qu'un autre

dira « ... 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 ». Finalement, ces commentaires nous montrent à quel point les expériences avec le milieu médical peuvent différer. En outre, les divergences d'opinion concernant le script nous amènent à penser que l'empathie est perçue au prisme du vécu de chacun·e.

4. Discussion

4.1 Synthèse des résultats

Les résultats de cette étude ont montré que l'oncologue du script était perçue, en moyenne, comme peu empathique. De plus, nous avons constaté qu'aucune variable n'a eu d'impact sur cette perception. En effet, ni le genre, ni le niveau de formation, ni l'expérience antérieure avec le milieu médical, ni le fait de vivre seul·e ne mettaient en lumière des différences de moyennes significatives. Les résultats montrent que pour les personnes ayant une expérience avec le milieu médical, il existe une corrélation entre le score au CARE et leur satisfaction quant au soutien qu'ils·elles reçoivent de leurs soignant·e·s. Cette corrélation n'est pas significative pour les personnes n'ayant pas d'expérience antérieure avec le milieu médical. L'étude montre une corrélation positive et significative entre le CARE et le SSQ4 et entre le score de satisfaction de soutien social perçue par les participant·e·s de leurs soignant·e·s et le score au CARE.

4.2 Discussion des résultats

Nos résultats concernant la perception d'empathie mettent en lumière qu'il n'existe pas une seule définition de l'empathie qui serait commune à tout un chacun. En effet, même si nos résultats montrent qu'en moyenne, l'oncologue du script n'était pas perçue comme empathique, la grande différence entre le score minimum et le score maximum obtenu au CARE dans notre étude, ainsi que les commentaires libres des participant·e·s démontrent qu'ils·elles avaient des avis très divergents concernant ce qui pouvait être considéré comme des comportements empathiques ou non. Ces résultats peuvent être mis en parallèle avec l'étude de Neumann et al. (2011) qui souligne l'hétérogénéité dans les

besoins d'information des patient·e·s. En effet, les auteur·e·s avaient constaté de grandes différences dans les besoins d'informations non satisfaits des patient·e·s. L'un des sous-groupes ne présentait pas de besoins non satisfaits, alors que d'autres sous-groupes présentaient des niveaux élevés de besoins non satisfaits d'ordre psychosocial, médical, ou les deux. Par ailleurs, nous avons vu dans l'introduction que tous les patient·e·s ne perçoivent et ne profitent pas nécessairement de la même manière de l'empathie de leurs soignant·e·s selon qu'il s'agit d'une consultation de suivi ou de mauvaise nouvelle mais également selon leurs compétences émotionnelles (Lelorain, Cattan, et al., 2018). De plus, Lelorain et al. (2015) n'avaient trouvé que 18% de variance dans l'empathie du médecin qui était expliquée par des différences entre ces derniers. Les auteur·e·s en avaient conclu que ce résultat prouvait que l'empathie du médecin était également sensible aux caractéristiques du·de la patient·e et du contexte. Nous émettons la même conclusion que ces auteur·e·s, à savoir que nous pensons que l'empathie du médecin dépend amplement des patient·e·s et de leur vécu. Nous supposons également que l'hétérogénéité de nos résultats est due en partie à une projection des participant·e·s de leur propre expérience (bonne ou mauvaise) sur le script.

Nous avons constaté qu'aucune variable n'a eu d'impact sur la perception d'empathie. Pour la question du genre, nous pouvons questionner les biais stéréotypiques sur lesquels se fondaient notre hypothèse. En effet, il est compliqué d'élaborer ou de penser une hypothèse sur l'empathie et le genre sans avoir certains stéréotypes en tête sur « la nature des femmes plus tournée vers les autres » et celle « des hommes plus égocentrée ». Les études qui ont été faites sur les différences de genre dans les comportements ou les cognitions empathiques ne trouvent pas systématiquement des différences. Pang et al. (2023) ont démontré que les femmes avaient des scores plus élevés d'estimation d'empathie que les hommes lors de mesures par questionnaire. Cependant, les auteur·e·s n'ont pas trouvé de différence en effectuant des mesures physiologiques. Finalement, les différences d'empathie trouvées par questionnaire disparaissaient lorsque des attentes sociales de capacité des hommes et des femmes à se soucier des sentiments d'autrui étaient mises en avant. Surchat et al. (2022) ont également démontré que, bien que les femmes

médecins évaluaient leur empathie de manière significativement plus élevée que les hommes médecins, les analyses statistiques montraient que les différences de genre pour les comportements empathiques ne différaient pas significativement pour la majorité des mesures entre les femmes médecins et les hommes médecins. En considérant que l'empathie est une injonction sociale pour les femmes et ne l'est pas pour les hommes, ces études permettent de mettre en avant l'effet de désirabilité sociale qui peut être particulièrement fort lorsqu'il s'agit de mesurer les différences d'empathie entre les genres par questionnaire. De plus, ces études permettent de montrer à quel point le choix des méthodes de mesure impacte les résultats finaux. Dans les études sur la perception d'empathie, celle de Pollak et al. (2010) ne montraient aucune différence significative entre les patients et les patientes. Au vu des éléments cités plus haut, nous pouvons supposer que notre hypothèse concernant les différences dans la perception d'empathie se base également sur des stéréotypes décrivant les femmes comme ayant plus besoin d'être rassurées que les hommes et ayant donc besoin de plus d'empathie. Inversement, dans la même optique stéréotypique, les hommes auraient moins besoin de cette empathie car ils seraient capables de prendre soin d'eux-mêmes. La raison pour laquelle nous n'avons pas trouvé de différences est probablement que notre questionnaire n'avait pas pour objet de mesurer les différences de genre, ainsi les attentes sociales liées au genre n'ont probablement pas été activées.

Le fait de vivre seul·e n'était pas non plus un prédicteur pour la perception d'empathie. Comme mentionné dans l'introduction, l'étude de Pollak et al. (2010) a démontré que les patient·e·s marié·e·s perçoivent leur oncologue comme plus empathique que les patient·e·s célibataires. Pour inclure les personnes vivant en concubinage sans être mariées dans notre étude, nous avons transformé la variable « marié·e ou non » par la variable « vit seul·e ou non ». Or, ce faisant, nous avons omis de grandes différences entre ces facteurs. En effet, alors que le fait d'être marié·e implique un lien entre deux personnes, le fait de vivre seul·e ou non ne permet pas de rendre compte des relations que la personne entretient avec les autres membres qui vivent sous le même toit qu'elle. Notre étude ne permet pas de savoir si la personne vit avec un·e ou plusieurs proches, avec son·sa partenaire ou encore avec des colocataires avec qui elle ne

partagerait aucun lien. Cela pourrait expliquer que nous n'ayons pas trouvé de lien significatif entre le fait de vivre seul·e et la perception d'empathie.

En ce qui concerne le niveau de formation, nous avons basé notre hypothèse sur l'étude de Kline et al. (2020) qui suggérait que les personnes ayant un niveau de formation plus bas attribuaient des scores d'empathie et de confiance plus hauts à leur soignant·e. Nous nous étions également appuyé sur l'étude de Pollak et al. (2010) qui révélait que les personnes ayant une sécurité économique basse percevaient leur oncologue comme plus empathique que les personnes avec une plus haute sécurité économique. Comme il existe une corrélation entre l'item mesurant la sécurité économique et d'autres indicateurs du statut socio-économique comme le niveau de formation (Pollak, Alexander, et al., 2010 dans Pollak, Arnold, et al., 2010), nous avons interrogé le niveau de formation. Nous pensions donc que les participant·e·s avec un niveau de formation plus bas percevraient plus d'empathie de la part de l'oncologue du script que les participant·e·s ayant un plus haut niveau de formation. Or, cette hypothèse s'est révélée non significative. Roberts et al. (2021) ont trouvé que les personnes avec un bas statut socio-économique recevaient moins d'empathie de la part de leurs soignant·e·s que les personnes avec un plus haut statut socio-économique. Cet article nous permet de questionner notre hypothèse. En effet, si les personnes avec un bas statut socio-économique reçoivent moins d'empathie, nous pouvons supposer qu'elles en perçoivent également moins que les personnes avec un statut socio-économique plus élevé. Ce qui serait donc contraire à l'hypothèse que nous avons émise dans notre étude. Finalement, si Pollak et al. (2010) avaient trouvé que la sécurité économique était un prédicteur significatif pour l'empathie perçue, ils·elles s'étaient également interrogé·e·s sur le niveau de formation et n'avaient pas trouvé de différence entre les personnes ayant eu une formation jusqu'au gymnase et les personnes ayant eu une formation au-delà du gymnase. Nous supposons donc que nos résultats auraient été différents si nous avions choisi un autre indicateur de statut socio-économique.

Concernant l'expérience antérieure des personnes avec le milieu médical, nous pensions trouver une différence de moyenne dans les scores d'empathie perçue entre les personnes ayant une expérience avec le milieu médical et celles n'ayant

pas d'expérience. Or, nous n'en avons pas trouvée. Nous supposons que cette différence n'a pas eu lieu car la variable n'est pas suffisamment précise. En effet, savoir qu'une personne a eu une expérience réelle avec le milieu médical ne permet pas de savoir si son expérience a été bonne ou mauvaise. Nous supposons qu'il y a une hétérogénéité dans les scores d'empathie perçue pour le groupe de personnes ayant une expérience avec le milieu médical. En effet, comme nous l'avions supposé dans l'introduction, une personne ayant eu une bonne expérience avec le milieu médical pourrait juger positivement l'oncologue du script en projetant sa satisfaction sur le script. Au contraire, cette expérience positive pourrait amener, en comparaison, à trouver l'oncologue du script peu empathique. De même, une personne ayant vécu une expérience réelle négative avec le milieu médical pourrait se montrer indulgente avec l'oncologue du script, en la comparant avec les soignant·e·s qu'elle a connu·e·s par le passé. Au contraire, elle pourrait également projeter son insatisfaction sur le script et trouver l'oncologue peu empathique. De plus, les participant·e·s sans expérience antérieure ont probablement tous une représentation du milieu médical, qu'elle soit bonne ou mauvaise. Ces représentations différentes influent probablement sur leur évaluation de l'oncologue, amenant également à des scores hétérogènes pour ce groupe. Nous supposons que la comparaison entre ces deux groupes, dont les scores intragroupes sont probablement hétérogènes, est ce qui nous a amené·e·s à ne pas trouver de différence de moyenne.

Nous pensons que les corrélations entre le score au CARE et le soutien social que les participant·e·s pensent recevoir de leurs soignant·e·s sont des preuves supplémentaires de la projection des participant·e·s de leur expérience sur le script. En effet, il y a de fortes chances pour que les personnes ayant une expérience avec le milieu médical projettent ce qu'ils·elles connaissent de bon ou de mauvais chez leurs soignant·e·s sur l'oncologue du script.

Pour les personnes ayant une expérience antérieure avec le milieu médical, notre étude montre un lien positif et significatif entre la satisfaction ressentie par les participant·e·s du soutien reçu par leurs soignant·e·s et l'empathie qu'ils·elles attribuent à l'oncologue du script. Wu et al. (2022) ont montré qu'il existe un lien positif et significatif entre l'empathie du médecin et l'évaluation que les

patient·e·s font de leur relation avec leur médecin. Nous supposons donc que plus nos participant·e·s ressentent du soutien de leurs soignant·e·s, plus ils·elles jugent positivement leur relation avec eux·elles. En admettant que les participant·e·s projettent leur expérience sur le script, nous pensons que ceux·celles satisfait·e·s du soutien qu'ils·elles reçoivent de leurs soignant·e·s et de leur relation avec eux·elles attribuent des scores d'empathie plus élevés à l'oncologue du script. De plus, il n'existe pas de corrélation entre la satisfaction ressentie par les participant·e·s du soutien reçu par leurs soignant·e·s et l'empathie qu'ils·elles attribuent à l'oncologue du script pour les personnes n'ayant pas d'expérience antérieure avec le milieu médical. L'absence de ce lien nous amène d'autant plus à penser que les participant·e·s projettent leur propre expérience sur le script. En effet, les personnes sans expérience ne peuvent pas projeter leur vécu sur le script. Enfin, nous supposons que les représentations des personnes sans expérience préalable ont un impact moins significatif sur le score d'empathie de l'oncologue du script que les expériences réelles de certain·e·s participant·e·s.

Comme nous nous y attendions, plus les participant·e·s reçoivent du soutien social, plus ils·elles perçoivent l'oncologue du script comme empathique, ou alors, plus les participant·e·s perçoivent l'oncologue du script comme empathique, plus ils·elles reçoivent du soutien social. En effet, comme mentionné dans l'introduction, le soutien social permet certains bienfaits pour les personnes qui en bénéficient. Ce résultat peut être interprété en se basant sur les comorbidités associées à l'isolation sociale. Santini et al. (2020) n'ont pas trouvé de preuve que l'isolation sociale était un prédicteur de symptômes dépressifs. En revanche, les auteur·e·s ont révélé que l'isolation sociale perçue était associée à des symptômes dépressifs. De plus, ils·elles ont montré que l'isolation sociale prédisait des niveaux élevés d'isolation sociale perçue et que cette isolation perçue prédisait des niveaux élevés de symptômes dépressifs. Ces résultats nous indiquent que la perception d'isolation sociale des participant·e·s joue un rôle plus central dans les comorbidités associées que leur isolation sociale réelle. De plus, les résultats suggèrent également une influence inverse. En effet, les symptômes dépressifs prédisaient des niveaux plus élevés d'isolation sociale et d'isolation sociale perçue. Nous supposons que si

l'isolation sociale est associée à de nombreuses comorbidités, telles que la dépression ou l'anxiété (Santini et al., 2020), ces comorbidités pourraient avoir une influence sur l'empathie que les participant·e·s perçoivent de leurs proches et ou de leurs soignant·e·s.

4.3 Limites et conséquences probables de ces limites

Premièrement, l'une des limites de notre étude concerne l'inaccessibilité du script lorsque les participant·e·s répondent au questionnaire. En effet, comme le souligne l'un des commentaires du script (« *Domage que l'on ne puisse pas revenir sur le récit du début pour remplir la question suivante.* »), le script est long et les participant·e·s ne l'ont plus sous les yeux. Cette limite a pour conséquence que les participant·e·s se raccrochent à ce qu'ils·elles ont en tête et leurs souvenirs peuvent se mêler à leurs expériences et à leurs émotions. Ainsi, lorsqu'ils·elles répondent aux questions concernant le script, il est probable que les participant·e·s ne se basent pas sur le script qu'ils·elles ont lu mais sur leurs expériences et leurs émotions. Dans le futur, il serait bien que les participant·e·s puissent avoir accès au script à tout moment durant la passation du questionnaire.

De plus, notre questionnaire ne différencie pas les différentes expériences possibles pouvant mener à être régulièrement en contact avec des professionnel·le·s de santé. En effet, la 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 ? ») et son mode de réponse dichotomique (« oui/non ») ne font pas la différence entre un vécu de maladie et un vécu d'accident. Or, un vécu de maladie n'aura pas le même impact qu'un vécu d'accident sur les réponses du·de la participant·e. De plus, notre questionnaire ne prend pas en compte les personnes qui ont ou qui ont eu un·e proche malade et qui ont donc une connaissance du rôle de proche aidant·e et un vécu de la maladie différent. Ces vécus devraient pouvoir être différenciés. De plus, les expériences passées des participant·e·s avec le milieu médical ne sont pas évaluées. Or, la valeur positive ou négative que les participant·e·s attribuent à leurs expériences impacte probablement leur évaluation de l'oncologue du script.

L'une des limites de notre étude concerne la taille ainsi que la représentativité de notre échantillon. En effet, n'ayant que 53 participant·e·s, notre échantillon est relativement faible. De plus, près de 70% de notre échantillon est composé de personnes ayant obtenu un diplôme de formation plus haut qu'un certificat de maturité. Or, selon l'Office Fédéral de la Statistique (2024), en 2021, 12.6% de la population suisse a un niveau de formation de l'école obligatoire, 42.4% de la population suisse a un niveau de formation au niveau du secondaire II, et enfin, 45% de la population a un niveau de formation au niveau du degré tertiaire. Nous pouvons donc constater que notre échantillon n'est pas représentatif de la population suisse en termes de niveau de formation, ce qui pose un problème pour la généralisation de nos résultats. En effet, il est difficile de conclure que nos résultats s'appliquent à l'ensemble de la population. De plus, la fiabilité de nos résultats pourrait être remise en question car une étude non représentative est difficile à reproduire.

4.4 Implications pratiques

Nos résultats supposent qu'outre l'empathie des soignant·e·s, l'expérience personnelle des patient·e·s joue un rôle non négligeable dans la perception de l'empathie. Ainsi, une attention particulière devrait être portée à l'expérience antérieure des patient·e·s avec d'autres soignant·e·s, particulièrement s'ils·elles se montrent réticent·e·s. Prendre en compte le vécu de chacun·e permettrait ainsi d'offrir la meilleure prise en charge possible, adaptée aux patient·e·s.

Nous pourrions par exemple imaginer que pour chaque patient·e qui émet une opportunité empathique implicite ou explicite, les oncologues utilisent une base commune d'empathie qui serait courte et aurait prouvé son efficacité. Les 4 phrases de Sep et al. (2014), mentionnées dans l'introduction, sont des bons exemples de ce que pourrait être cette base empathique commune : « Mais quelle que soit l'action que nous entreprenons et son évolution, nous continuerons à prendre bien soin de vous. Nous serons avec vous à chaque étape. » ; « Nous ferons et continuerons à faire de notre mieux. » ; « Et quoi qu'il arrive nous ne vous laisserons jamais tomber. Vous n'affrontez pas cela seul·e. » ; « Je comprends parfaitement vos réticences. Nous examinerons cette décision ensemble attentivement et nous prêterons attention à vos préoccupations. ».

Ainsi, ces phrases toutes faites pourraient protéger les médecins des effets néfastes que pourrait avoir une trop grande implication émotionnelle.

Cependant, comme notre étude l'a montré, une empathie à minima sans prise en compte des singularités du·de la patient·e ne semble pas suffisante. Nous pourrions par exemple envisager que cette base commune soit modulée et adaptée en fonction des caractéristiques personnelles des patient·e·s. Un·e oncologue pourrait notamment passer un peu plus de temps ou personnaliser un peu plus son expression empathique à des personnes manquant de soutien social ou ayant eu une mauvaise expérience par le passé avec d'autres soignant·e·s.

Finalement, il paraît important de rappeler que les psycho-oncologues peuvent avoir un rôle important à jouer auprès de personnes atteintes de cancer et ou plus largement de maladies chroniques. Ainsi, allier la prise en compte de la singularité des patient·e·s et de leur vécu avec une empathie à minima de la part de leur médecin, et ajouter à cela la proposition d'un suivi psychologique pourrait permettre une meilleure prise en charge des patient·e·s et améliorer leur perception de cette prise en charge.

4.5 Conclusion

En plus des recherches citées en amont sur les bienfaits de l'empathie pour les patient·e·s et sur le temps que les médecins pourraient y consacrer, cette recherche permet de constater qu'une empathie à minima dans un contexte oncologique n'est pas perçue comme suffisante par une population tout-venant. En effet, les variations dans les scores d'empathie attribués à l'oncologue du script suggèrent que l'empathie est largement sensible aux vécus des patient·e·s, plus qu'aux attributs de l'oncologue même. De ce fait, lorsque nous souhaitons mesurer l'empathie des soignant·e·s, il semble que ce ne soit pas une mesure objective de l'empathie des soignant·e·s, mais plutôt une mesure subjective de la perception qu'ont les participant·e·s de l'empathie de soignant·e·s dans un contexte de soin particulier. Pour conclure, nous pensons qu'il serait judicieux de mettre en place des formations à l'attention des soignant·e·s sur l'empathie. Ces formations devraient, selon nous, insister sur la prise en considération des singularités de chaque patient·e et encourager les soignant·e·s à adapter leur

mode de communication. En outre, nous pensons que de futures études devraient également s'intéresser à la mise en place d'une empathie à minima dans des consultations soumises à une contrainte de temps afin de valider la fiabilité de nos résultats. Finalement, ces études pourraient permettre de comprendre comment des patient·e·s à l'intersection de différents facteurs péjorant leur perception d'empathie (tels que le manque de soutien social ou une expérience antérieure avec des professionnel·le·s de la santé) pourraient eux·elles aussi bénéficier d'une empathie à minima dans un contexte oncologique.

5. Bibliographie

- Al-Habbal, K., & Arawi, T. (2020). Physicians' empathy levels in a primary care setting : Perceptions of patients and their physicians, a qualitative study. *Family Practice*, 37(6), 834-838. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmaa073>
- Blanpain, N. (2018, 6 février). *L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes*. Institut national de la statistique et des études économiques. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3319895?sommaire=3311425>
- 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
- 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>
- Decety, J. (2020). Empathy in Medicine : What It Is, and How Much We Really Need It. *The American Journal of Medicine*, 133(5), 561-566. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2019.12.012>
- Eide, H., Frankel, R., Haaversen, A. C. B., Vaupel, K. A., Graugaard, P. K., & Finset, A. (2004). Listening for feelings : Identifying and coding empathic and potential empathic opportunities in medical dialogues. *Patient Education and Counseling*, 54(3), 291-297. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2003.09.006>
- Fogarty, L. A., Curbow, B. A., Wingard, J. R., McDonnell, K., & Somerfield, M. R. (1999). Can 40 Seconds of Compassion Reduce Patient Anxiety? *Journal of Clinical Oncology*, 17(1), 371-371. <https://doi.org/10.1200/JCO.1999.17.1.371>
- Gantet, C. (2023). *L'empathie a minima dans la relation médecin-patient·e en oncologie* [Mémoire de maîtrise, Université de Lausanne]. UNIL. https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_S_35863.P001/REF.pdf
- Gehenne, L., Lelorain, S., Anot, A., Brédart, A., Dolbeault, S., Sultan, S.,

- Piessen, G., Grynberg, D., Baudry, A., Christophe, V., & FREGAT Working Group. (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). <https://doi.org/10.1111/ecc.13306>
- Gehenne, L., Lelorain, S., Eveno, C., Piessen, G., Mariette, C., Glehen, O., D'journo, X., Mathonnet, M., Regenet, N., Meunier, B., Baudry, A.-S., Christophe, V., The FREGAT Working Group, Adenis, A., Aparicio, T., Assenat, E., Barret, M., Benhaim, L., Benoit, C., ... You, B. (2021). Associations between the severity of medical and surgical complications and perception of surgeon empathy in esophageal and gastric cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 29(12), 7551-7561. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06257-y>
- Gervais, A. (2022). La crise de l'Hôpital Public : Diagnostic pronostic et traitement: *Raison présente*, N° 223-224(3), 161-170. <https://doi.org/10.3917/rpre.223.0161>
- Giroldi, E., Timmerman, A., Veldhuijzen, W., Muris, J., Van Der Vleuten, C., & Van Der Weijden, T. (2020). How doctors recognise that their patients are worried : A qualitative study of patient cues. *Patient Education and Counseling*, 103(1), 220-225. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.09.023>
- 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>
- Howick, J., Mittoo, S., Abel, L., Halpern, J., & Mercer, S. (2020). A price tag on clinical empathy? Factors influencing its cost-effectiveness. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 113(10), 389-393. <https://doi.org/10.1177/0141076820945272>
- Hunt, P., Denieffe, S., & Gooney, M. (2019). Running on empathy : Relationship of empathy to compassion satisfaction and compassion fatigue in cancer healthcare professionals. *European Journal of Cancer Care*, 28(5). <https://doi.org/10.1111/ecc.13124>

- 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?: Communication skills training. *European Journal of Cancer Care*, 22(2), 202-209. <https://doi.org/10.1111/ecc.12014>
- Khoshnazar, T. A. K., Rassouli, M., Akbari, M. E., Lotfi-Kashani, F., Momenzadeh, S., Rejeh, N., & Mohseny, M. (2016). Communication Needs of Patients with Breast Cancer : A Qualitative Study. *Indian Journal of Palliative Care*, 22(4), 402-409. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.191763>
- 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>
- 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., Cortot, A., Christophe, V., Pinçon, C., & Gidron, Y. (2018). Physician Empathy Interacts with Breaking Bad News in Predicting Lung Cancer and Pleural Mesothelioma Patient Survival : Timing May Be Crucial. *Journal of Clinical Medicine*, 7(10), 364. <https://doi.org/10.3390/jcm7100364>
- 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>

- Lorié, Á., Reiner, D. A., Phillips, M., Zhang, L., & Riess, H. (2017). Culture and nonverbal expressions of empathy in clinical settings: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, *100*(3), 411-424. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.09.018>
- Manczak, E. M., DeLongis, A., & Chen, E. (2016). Does empathy have a cost? Diverging psychological and physiological effects within families. *Health Psychology*, *35*(3), 211-218. <https://doi.org/10.1037/hea0000281>
- Meitar, D., & Karnieli-Miller, O. (2022). Twelve tips to manage a breaking bad news process: Using S-P-w-ICE-S – A revised version of the SPIKES protocol. *Medical Teacher*, *44*(10), 1087-1091. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2021.1928618>
- Mercer, S. W. (2004). The consultation and relational empathy (CARE) measure: Development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Family Practice*, *21*(6), 699-705. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmh621>
- Mjaaland, T. A., Finset, A., Jensen, B. F., & Gulbrandsen, P. (2011). Physicians' responses to patients' expressions of negative emotions in hospital consultations: A video-based observational study. *Patient Education and Counseling*, *84*(3), 332-337. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.02.001>
- Najjar, N., Davis, L. W., Beck-Coon, K., & Carney Doebbeling, C. (2009). Compassion Fatigue: A Review of the Research to Date and Relevance to Cancer-care Providers. *Journal of Health Psychology*, *14*(2), 267-277. <https://doi.org/10.1177/1359105308100211>
- Neumann, M., Wirtz, M., Ernstmann, N., Ommen, O., Längler, A., Edelhäuser, F., Scheffer, C., Tauschel, D., & Pfaff, H. (2011). Identifying and predicting subgroups of information needs among cancer patients: An initial study using latent class analysis. *Supportive Care in Cancer*, *19*(8), 1197-1209. <https://doi.org/10.1007/s00520-010-0939-1>
- Office fédéral de la statistique. (2024, 19 avril). *Education et science : chiffres clés 2021*. Office fédéral de la statistique. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/education-science.assetdetail.31846316.html>

- Organisation mondiale de la santé : Agence Internationale de Recherche sur le Cancer. (n.d.). *Cancer Tomorrow*. GCO. Consulté le 14 février 2023, sur https://gco.iarc.fr/tomorrow/en/dataviz/bars?mode=population&key=total&show_bar_mode_prop=1&types=0
- Pang, C., Li, W., Zhou, Y., Gao, T., & Han, S. (2023). Are women more empathetic than men? Questionnaire and EEG estimations of sex/gender differences in empathic ability. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, *18*(1), nsad008. <https://doi.org/10.1093/scan/nsad008>
- Pollak, K. I., Arnold, R., Alexander, S. C., Jeffreys, A. S., Olsen, M. K., Abernethy, A. P., Rodriguez, K. L., & Tulsky, 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>
- Pollak, K. I., Arnold, R. M., Jeffreys, A. S., Alexander, S. C., Olsen, M. K., Abernethy, A. P., Sugg Skinner, C., Rodriguez, K. L., & Tulsky, J. A. (2007). Oncologist Communication About Emotion During Visits With Patients With Advanced Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, *25*(36), 5748-5752. <https://doi.org/10.1200/JCO.2007.12.4180>
- Reddan, M. C., Young, H., Falkner, J., López-Solà, M., & Wager, T. D. (2020). Touch and social support influence interpersonal synchrony and pain. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, *15*(10), 1064-1075. <https://doi.org/10.1093/scan/nsaa048>
- Roberts, B. W., Puri, N. K., Trzeciak, C. J., Mazzaelli, 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>
- Sacco, T. L., & Copel, L. C. (2018). Compassion satisfaction : A concept analysis in nursing. *Nursing Forum*, *53*(1), 76-83. <https://doi.org/10.1111/nuf.12213>
- 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>
- Santini, Z. I., Jose, P. E., York Cornwell, E., Koyanagi, A., Nielsen, L., Hinrichsen, C., Meilstrup, C., Madsen, K. R., & Koushede, V. (2020). Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): A longitudinal mediation analysis. *The Lancet Public Health*, 5(1), e62-e70. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30230-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30230-0)
- Schmid Mast, M., Hall, J. A., & Roter, D. L. (2007). Disentangling physician sex and physician communication style: Their effects on patient satisfaction in a virtual medical visit. *Patient Education and Counseling*, 68(1), 16-22. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.03.020>
- Schroeyers, C. (2021). *Impact du traitement a minima des opportunités empathiques de la part des oncologues sur la perception de leur empathie par les patients* [Mémoire de maîtrise non publié]. Université de Lille.
- Sep, M. S. C., van Osch, M., van Vliet, L. M., Smets, E. M. A., & Bensing, J. M. (2014). The power of clinicians' affective communication: How reassurance about non-abandonment can reduce patients' physiological arousal and increase information recall in bad news consultations. An experimental study using analogue patients. *Patient Education and Counseling*, 95(1), 45-52. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.12.022>
- Surchat, C., Carrard, V., Gaume, J., Berney, A., & Clair, C. (2022). Impact of physician empathy on patient outcomes: A gender analysis. *British Journal of General Practice*, 72(715), e99-e107. <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0193>
- Westendorp, J., Stouthard, J., Meijers, M. C., Neyrinck, B. A. M., de Jong, P., van Dulmen, S., & van Vliet, L. M. (2021). The power of clinician-expressed empathy to increase information recall in advanced breast cancer care: An observational study in clinical care, exploring the mediating role of anxiety. *Patient Education and Counseling*, 104(5), 1109-1115. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.10.025>
- Wu, Q., Jin, Z., & Wang, P. (2022). The Relationship Between the Physician-

Patient Relationship, Physician Empathy, and Patient Trust. *Journal of General Internal Medicine*, 37(6), 1388-1393. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-07008-9>

Yang, N., Xiao, H., Cao, Y., Li, S., Yan, H., & Wang, Y. (2018). Influence of oncology nurses's empathy on lung cancer patients's cellular immunity. *Psychology Research and Behavior Management*, Volume 11, 279-287. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S168649>

Annexes

Annexe 1 : Note d'information

Note d'information destinée aux participant·e·s

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)

Nom du·de la participant·e : _____

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 25 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 acceptez 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 Pre 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 Pre 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.

Annexe 2 : Formulaire de consentement éclairé

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 <input type="checkbox"/>
---	-------------------------------------

Annexe 3 : Script

La patiente, Mme X âgée de 52 ans, est atteinte d'un cancer du sein diagnostiqué il y a 6 mois. Elle a subi une ablation partielle du sein droit (tumorectomie) il y a 5 mois, suivie de 3 semaines de radiothérapie. Depuis, elle a débuté une hormonothérapie. Son médecin de référence, une oncologue, Mme D, la voit régulièrement pour évaluer la tolérance au traitement. La patiente vient d'avoir un scanner de contrôle et vient pour avoir les résultats du scanner ce jour en consultation.

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 [E1 : reconnaissance]. Mme X. Déjà, sachez que le fait que la tumeur soit sensible aux hormones est une chose favorable [E2 : réassurance médicale], on en avait déjà discuté, et puis nous, on va continuer à vous suivre régulièrement, vous savez que vous pouvez compter sur nous. [E3 : réassurance de présence] [*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 [Première clôture d'échange]. 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.

Annexe 4 : 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 pas être distraite pendant qu'elle parle). (3)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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 (Semblar 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 seule·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·e (4)
- Etudiant·e (5)
- Autres (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)	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 13 Pour finir, si vous le souhaitez, vous pouvez écrire un commentaire libre sur ce script.

Annexe 5 : Commentaires libres

Voici une liste de commentaires laissés par certain·e·s participant·e·s.

1. *« Bravo pour votre questionnaire très important le comportement des équipes médicales »*
2. *« Prendre le temps pour les patients c est [sic] 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 entourages 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 [sic], 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 [sic] du progrès de la médecine et des accompagnements qui n'existaient pas en ce moment-là.nt. [sic] »