

Université de Sherbrooke

**Identification des caractéristiques des soignants liées à l'utilisation d'une approche
centrée sur le patient dans un contexte de douleur chronique**

Par
Émilie Paul-Savoie
Programme de sciences cliniques

Thèse présentée à la Faculté de médecine et des sciences de la santé
en vue de l'obtention du diplôme de *philosophiae doctor* (Ph.D.)
en sciences cliniques

Sherbrooke, Québec, Canada
Juin, 2015

Membres du jury d'évaluation

Pre Hélène Corriveau, Ph.D.	Présidente du jury, École de réadaptation
Pre Patricia Bourgault, inf., Ph.D.	Directrice de recherche, École des sciences infirmières
Pre Sylvie Lafrenaye, M.D., Ph.D.	Directrice de recherche, Département de pédiatrie
Pr Stéphane Potvin, Ph.D.	Co-directeur de recherche, Université de Montréal
Pr Jacques Lacroix, M.D., Ph.D.	Membre externe, Université de Montréal
Pr Philip Jackson, Ph.D.	Membre externe, Université de Laval

Identification des caractéristiques des soignants liées à l'utilisation d'une approche centrée sur le patient dans un contexte de douleur chronique

Par
Émilie Paul-Savoie
Programme de sciences cliniques

Thèse présentée à la Faculté de médecine et des sciences de la santé
en vue de l'obtention du diplôme de *philosophiae doctor* (Ph.D.)
en sciences cliniques

Il est suggéré que l'utilisation d'une approche centrée sur le patient (ACP) entraîne des résultats optimaux dans la prise en charge de la douleur chronique, mais les soignants semblent l'utiliser de manière insuffisante. Le degré d'utilisation de cette approche serait influencé par des facteurs liés aux soignants, mais peu d'études se sont intéressées tout particulièrement au rôle de l'empathie et de la santé mentale de ce dernier. L'objectif principal de la présente thèse consiste à explorer l'influence de ces facteurs sur le type d'approche préconisée par les infirmières et les médecins dans un contexte de douleur chronique. Un devis descriptif-corrélationnel a été retenu pour mener cette étude, où 21 infirmières et 21 médecins ayant des patients atteints de douleur chronique dans leur clientèle ont été recrutés. Les participants ont visionné cinq vidéos de patientes réelles atteintes de douleur chronique et ont expliqué la prise en charge qu'ils leur offriraient. À la suite de ces explications, le type d'approche et l'empathie des participants ont été évalués à l'aide de deux grilles d'observation. Les participants ont également rempli des questionnaires afin d'évaluer les variables suivantes : i) type d'approche préconisée; ii) empathie; iii) bien-être psychologique; iv) détresse psychologique et v) épuisement professionnel. Les résultats des grilles d'observation ont démontré que les participants utilisaient davantage une ACP lorsqu'ils étaient plus empathiques ($r=0,90$; $p<0,01$). Les données des questionnaires ont également révélé que les soignants plus empathiques utilisaient davantage une ACP ($r=0,58$; $p<0,01$) et qu'ils avaient des niveaux plus faibles d'épuisement professionnel ($r=-0,36$; $p=0,03$). En somme, les résultats démontrent l'existence de relations entre l'ACP et ces variables personnelles qui caractérisent le soignant. Ceci soutient l'importance de développer des formations et des outils dans le but ultime d'améliorer l'utilisation de l'ACP afin d'offrir une prise en charge optimale de la douleur chronique, de prévenir l'avènement de l'épuisement professionnel chez les soignants et favoriser l'empathie.

Mots-clés : Douleur chronique; Approche centrée sur le patient; Empathie; Santé mentale; Bien-être psychologique; Détresse psychologique; Épuisement professionnel

À mes parents, Michelle et Clarence

Un jour, j'irai vivre en théorie,
parce qu'en théorie tout se passe bien...

TABLE DES MATIÈRES

PREMIER CHAPITRE - PROBLÉMATIQUE	13
1.1 Douleur chronique	13
1.2 Utilisation de l'ACP dans un contexte de douleur chronique	16
DEUXIÈME CHAPITRE – RECENSION DES ÉCRITS	20
2.1 Définitions conceptuelles de l'ACP	21
2.1.1 Perception de la définition de l'ACP selon les professions	22
2.1.2 Définition de l'ACP dans la discipline médicale	24
2.1.2.1 Perspective biopsychosociale	26
2.1.2.2 Patient en tant que personne	27
2.1.2.3 Partage du pouvoir et des responsabilités	27
2.1.2.4 Alliance thérapeutique	29
2.1.3 Définition de l'ACP dans la discipline infirmière	30
2.1.3.1 Prérequis	31
2.1.3.2 Environnement de soins	32
2.1.3.3 Processus centré sur la personne	32
2.1.3.4 Résultats pour le patient, sa famille et le soignant	36
2.1.4 Retombées de l'utilisation de l'ACP	37
2.1.4.1 Retombées en médecine et en sciences infirmières	37
2.1.4.2 Retombées pour les patients atteints de douleur chronique	38
2.1.5 Limites de l'ACP	39
2.1.6 Facteurs influençant l'utilisation de l'ACP	41
2.1.6.1 Facteurs liés au patient	42
2.1.6.2 Facteurs liés au soignant	44
2.1.6.3 Facteurs environnementaux	44
2.2 Empathie	46
2.2.1 Définitions de l'empathie	47
2.2.1.1 Perspective cognitive	47
2.2.1.2 Perspective émotionnelle	47
2.2.1.3 Perspective cognitive et émotionnelle	48
2.2.1.4 Définition de l'empathie dans un contexte de soins	49
2.2.2 Retombées de l'empathie	51
2.2.2.1 Retombées pour le patient	51
2.2.2.2 Retombées pour le soignant	52
2.2.3 Facteurs influençant l'empathie	53
2.2.3.1 Genre	54
2.2.3.2 Formation académique	55
2.2.3.3 Profession	57
2.2.3.4 Caractéristiques personnelles	58
2.3 Santé mentale	59
2.3.1 Définitions du bien-être psychologique	59
2.3.2 Définition de la détresse psychologique	60
2.3.3 Définition de l'épuisement professionnel	61
2.3.4 Santé mentale chez les soignants : le constat	62

2.3.5 Conséquences d'une pauvre santé mentale du soignant	64
2.3.5.1 Conséquences personnelles	64
2.3.5.2 Conséquences professionnelles	65
2.4 Relations entre l'ACP, l'empathie et la santé mentale	66
2.5 Relations entre l'ACP et l'empathie du soignant	69
2.6 Relations entre l'ACP et la santé mentale du soignant	70
2.7 Relations entre l'empathie et la santé mentale du soignant	72
2.8 Stratégies d'évaluation de l'ACP et de l'empathie	74
2.9 Résumé de la recension des écrits	77
2.10 Objectifs de l'étude	79
2.10.1 Objectif principal	79
2.10.2 Objectifs secondaires	79
TROISIÈME CHAPITRE – ARTICLE 1	80
3.1 Avant-propos	80
3.2 Résumé	81
3.3 Manuscrit	82
QUATRIÈME CHAPITRE – ARTICLE 2	101
4.1 Avant-propos	101
4.2 Résumé	102
4.3 Manuscrit	103
CINQUIÈME CHAPITRE – ARTICLE 3	124
5.1 Avant-propos	124
5.2 Résumé	125
5.3 Manuscrit	126
SIXIÈME CHAPITRE – DISCUSSION	145
6.1 Résumé de la méthode	145
6.2 Résumé des principaux résultats	147
6.2.1 Traduction et validation du questionnaire PPOS	147
6.2.2 Développement et validation de la grille d'observation de l'ACP	148
6.2.3 Mesures de l'ACP, de l'empathie et de la santé mentale	149
6.3 Caractéristiques des participants	150
6.3.1 Utilisation de l'ACP	151
6.3.2 Empathie	152
6.3.3 Santé mentale	152
6.3.4 Effet d'une formation spécifique	153
6.4 Comparaisons de l'ACP et de l'empathie selon la perspective d'évaluation	154
6.5 Comparaisons de l'ACP et de l'empathie selon la présence de signes visibles	155
6.6 Associations entre l'ACP, l'empathie et la santé mentale	157
6.6.1 Associations entre l'ACP et l'empathie	158
6.6.2 Associations entre l'ACP et la santé mentale	159
6.6.3 Associations entre l'empathie et la santé mentale	160

6.7 Forces et limites	162
6.7.1 Forces	162
6.7.1.1 Validité interne	163
6.7.1.2 Validité externe	163
6.7.2 Limites	164
6.7.2.1 Validité interne	164
6.7.2.2 Validité externe	167
6.8 Retombées et perspectives	168
6.8.1 Retombées pour la recherche	168
6.8.2 Retombées pour la clinique	170
6.8.3 Retombées pour la société	171
LISTE DES RÉFÉRENCES	173
ANNEXE A	199
ANNEXE B	201
ANNEXE C	203
ANNEXE D	205
ANNEXE E	209
ANNEXE F	215
ANNEXE G	218
ANNEXE H	221
ANNEXE I	224
ANNEXE J	226
ANNEXE K	229
ANNEXE L	231
ANNEXE M	233
ANNEXE N	239
ANNEXE O	241

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Définitions des principaux concepts à l'étude	19
Tableau 2. Perception de l'ACP selon les professions	23
Tableau 3. Définitions des composantes de l'empathie dans un contexte de soins	49
Tableau 4. Retombées cliniques de l'empathie dans un contexte de soins	53
Tableau 5. Dimensions du bien-être psychologique	60
Tableau 6. Dimensions de la détresse psychologique	61

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Recension des écrits	20
Figure 2. Combinaison des deux modèles de l'ACP	36
Figure 3. Illustration de l'empathie dans un contexte clinique	50
Figure 4. Facteurs influençant l'ACP étudiés dans la présente étude	79

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACM	Approche centrée sur la maladie
ACP	Approche centrée sur le patient ou sur la personne
AIIAO	Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
CCA	Cortex cingulé antérieur
CCI	Coefficient de corrélation intra-classe
EMMBEP	Échelle de mesure des manifestations de bien-être psychologique
EMMDP	Échelle de mesure des manifestations de détresse psychologique
IASP	<i>International Association for the Study of Pain</i>
IRMf	Imagerie par résonance magnétique fonctionnelle
JSPE	<i>Jefferson Scale of Physician Empathy</i>
MBI	<i>Maslach Burnout Inventory</i>
OMS	Organisation mondiale de la santé
PES	Potentiels évoqués somesthésiques
PPOS	<i>Patient-Practitioner Orientation Scale</i>
RES	<i>Reynolds Empathy Scale</i>
SDRC	Syndrome de douleur régionale complexe
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SOS-PCC	<i>Sherbrooke Observation Scale for Patient-Centered Care</i>

INTRODUCTION

La douleur chronique est une problématique de santé fréquemment associée à des incapacités majeures et touche des personnes de tous âges (Boulangier *et al.*, 2007; Moulin *et al.*, 2002). En plus de cette prévalence élevée, cette clientèle ébranle souvent les repères des soignants puisqu'il n'existe pas de traitement curatif pour plusieurs de ces patients. Il est suggéré qu'une approche centrée sur le patient ou sur la personne (ACP), au contraire d'une approche davantage centrée sur la maladie (ACM), entraîne des résultats optimaux dans le traitement de la douleur chronique (Alamo *et al.*, 2002; Frantsve *et al.*, 2007; Monsivais et Engebretson, 2011). Bien que les bienfaits de ce type d'approche soient reconnus et vantés par plusieurs, les soignants et les futurs soignants l'utilisent peu (Bilodeau *et al.*, 2015; Haidet *et al.*, 2002; Parsons *et al.*, 2012). Afin d'expliquer cette sous-utilisation, bon nombre de facteurs ont été proposés, dont des facteurs liés aux patients et d'autres liés aux soignants (Epstein *et al.*, 2005; McCormack et McCance, 2006; Mead et Bower, 2000a). Si l'influence des facteurs liés aux patients, tels que leur âge, leur genre, leur statut socio-économique et la sévérité de leur maladie, a été largement investiguée (Bertakis et Azari, 2011; Krupat *et al.*, 2001; Willems *et al.*, 2005; Zandbelt *et al.*, 2006), celle des facteurs liés aux soignants, comme leur empathie ou leur santé mentale, demeure peu explorée (Tsimtsiou *et al.*, 2012; Zandbelt *et al.*, 2006). De façon surprenante, aucun chercheur ne s'est intéressé directement au rôle de l'empathie et de la santé mentale du soignant sur le type d'approche que ce dernier utilisera. De plus, l'évaluation de l'ACP et de l'empathie dans un contexte de soins s'avère être une tâche complexe qui nécessite le développement de nouvelles méthodes ayant une bonne faisabilité.

La présente thèse est fondée sur cette problématique et est divisée en six parties. Le premier chapitre consiste en l'introduction qui illustre d'abord la problématique à l'assise de cette étude doctorale. Le deuxième chapitre présente la recension des écrits qui dresse un portrait des connaissances actuelles sur le sujet. Les trois chapitres subséquents montrent les différents articles scientifiques qui sont issus de l'étude. Finalement, le sixième chapitre expose une discussion des résultats obtenus ainsi que la conclusion.

PREMIER CHAPITRE - PROBLÉMATIQUE

1.1 Douleur chronique

La douleur est une expérience subjective faisant appel à des mécanismes et des interprétations extrêmement différents qui peuvent être de nature physiologique, comme une lésion ou une coupure, ou encore de nature psychologique comme la perte d'un être cher (Marchand, 2009). Bien que la douleur soit une sensation désagréable, elle possède un rôle essentiel, protégeant notre intégrité physique. La douleur peut être classifiée en fonction de son origine ou de sa durée (Pasero et McCaffery, 2010).

Selon son origine, la douleur peut être divisée en deux grandes catégories, soit nociceptive et neurogène (Pasero et McCaffery, 2010; Paul-Savoie et Jarvis, 2015). La douleur nociceptive est associée au processus de nociception et elle peut être d'origine somatique, viscérale ou inflammatoire. La douleur nociceptive somatique peut être causée par une lésion cutanée, un traumatisme ou une fracture. Elle touche ainsi la peau, les muscles, les articulations et les os, alors que la douleur nociceptive viscérale est associée aux différents organes internes comme l'estomac, le cœur ou encore le foie. Ce type de douleur peut survenir à la suite d'une blessure directe, de la présence d'une tumeur, d'une ischémie ou d'une distension d'un organe. À titre d'exemple, un ulcère gastrique ou une colite sont considérés comme une douleur nociceptive viscérale. La douleur somatique est généralement bien localisée, ce qui n'est pas le cas de la douleur viscérale qui est souvent caractérisée comme étant diffuse et irradiante. Quant à la douleur nociceptive inflammatoire, elle est associée à des lésions tissulaires et à de l'inflammation, comme il en est le cas chez les personnes souffrant d'arthrite. Ce type de douleur s'explique par une hyperalgésie associée à un processus de réparation tissulaire qui peut devenir pathologique.

La douleur neurogène peut être catégorisée de causalgique ou fonctionnelle (Pasero et McCaffery, 2010; Paul-Savoie et Jarvis, 2015). La douleur neurogène causalgique est consécutive à une lésion du système nerveux central ou périphérique et peut se produire à la suite d'une blessure, d'une chirurgie ou encore résulter d'une maladie. La névralgie, la

sciatalgie ou une lésion spinale sont des exemples de ce type de douleur. Une sensation de choc électrique et de coups de couteaux est souvent rapportée par les personnes qui en sont atteintes. La douleur neurogène fonctionnelle résulte d'une dysfonction du système nerveux central, comme une hyperactivation ou une perte d'inhibition des voies nociceptives (Marchand, 2009). Malheureusement, l'étiologie de ce type de douleur est encore souvent incomprise et ne présente aucun signe visible de douleur. La fibromyalgie ou le syndrome thalamique en sont des exemples.

Selon sa durée, la douleur est classifiée comme étant aiguë ou chronique (Marchand, 2009; Paul-Savoie et Jarvis, 2015). Généralement, la douleur est sans conséquence et de courte durée, il s'agit alors de la douleur aiguë qui disparaît lorsque sa source est soignée. Par contre, la douleur peut perdurer et devenir problématique : il s'agit de la douleur chronique. Les définitions de la douleur chronique varient quant à la durée (trois à six mois) et à l'intensité. Selon l'Association internationale de l'étude de la douleur (*International Association for the Study of Pain - IASP*), ce type de douleur se définit comme étant une douleur persistant au-delà du délai normal de guérison des tissus, généralement fixé à trois mois (IASP, 2011). Cette douleur n'est alors plus essentielle et elle se doit d'être traitée comme une pathologie en soi. La douleur chronique atteint environ 10 % de la population mondiale (IASP, 2011), ce qui équivaut à environ 700 millions de personnes. Au Canada, selon les différentes études, il est estimé qu'entre 15 et 29 % de la population en est atteinte (Boulanger *et al.*, 2007; Moulin *et al.*, 2002; Reitsma *et al.*, 2012; Van Den Kerkhof *et al.*, 2003)¹. Fait intéressant, il est rapporté que la prévalence est plus élevée chez les femmes que chez les hommes (Moulin *et al.*, 2002; Reitsma *et al.*, 2012). Il s'agit d'une problématique de santé qui affecte des personnes de tous âges, mais qui atteint davantage les aînés (Reitsma *et al.*, 2012). Ces statistiques sont alarmantes puisque cette prévalence n'a cessé de progresser au cours des dernières années (Broemeling *et al.*, 2008), tendance qui risque de s'accroître avec le vieillissement actuel de la population.

¹ Cette variabilité dans les estimations peut être attribuable aux différentes méthodes utilisées pour effectuer les enquêtes ou encore aux différentes définitions de la douleur chronique qui peuvent être employées (Verhaak *et al.*, 1998).

Peu importe le type de douleur, lorsque cette dernière devient chronique, sa prise en charge par les divers professionnels de la santé représente souvent un défi important (IASP, 2011). La nature multidimensionnelle de la douleur requiert d'ailleurs une approche interdisciplinaire afin de bien la traiter (IASP, 2011). Parmi ces professionnels, les infirmières jouent un rôle particulièrement important car elles sont fréquemment en contact avec ces patients. Leurs principaux rôles consistent à i) identifier les patients qui ont de la douleur; ii) évaluer de façon exhaustive la douleur du patient incluant l'évaluation des impacts que cette dernière peut avoir sur sa vie et sur celle des membres de sa famille; iii) planifier et mettre en oeuvre la prise en charge de la douleur qui incorpore les objectifs du patient; iv) évaluer l'efficacité de ce plan de traitement et faire de l'enseignement au patient et aux membres de sa famille (IASP, 2011; AIIAO, 2013). Les médecins jouent également un rôle essentiel dans la prise en charge de la douleur qui peut se résumer à : i) prévenir l'apparition de la douleur; ii) diagnostiquer la présence de douleur et iii) offrir une prise en charge effective de la douleur, qu'elle soit aiguë ou chronique (IASP, 2011). Il importe de préciser que d'autres professionnels comme les physiothérapeutes, les ergothérapeutes et les psychologues occupent aussi une place importante dans la prise en charge de la douleur chronique, mais ceux-ci ne feront pas l'objet de la présente thèse.

La nécessité d'une approche interdisciplinaire pour une prise en charge optimale de la douleur chronique souligne bien la complexité de ce phénomène. Tous s'entendent pour dire que la douleur résulte d'une multitude de facteurs, dont des facteurs biologiques, mais également de facteurs psychologiques et sociaux (Chapman *et al.*, 1999; Pizzo et Clark, 2012; Vlaeyen et Linton, 2000). Ce phénomène invalidant est accompagné de nombreuses conséquences sociales pour les personnes qui en souffrent ainsi que pour leur entourage (Goldberg et McGee, 2011). En effet, plusieurs comorbidités sont fréquemment observées chez les patients atteints de douleur chronique, comme : i) la dépression; ii) une incapacité au travail; iii) des relations sociales perturbées et iv) des pensées suicidaires (Goldberg et McGee, 2011). Les conséquences économiques sont également faramineuses. Aux États-Unis seulement, la douleur chronique coûterait entre 560 et 635 milliards de dollars (Gaskin et Richard, 2012; Institute of Medicine, 2011). Selon ces données, au Canada, ces coûts se situeraient entre 56 et 60 milliards de dollars. De façon surprenante, les dépenses

annuelles reliées à cette problématique de santé surpassent celles attribuables à la fois aux cancers, aux maladies cardiaques et au diabète (Gaskin et Richard, 2012; Institute of Medicine, 2011). Devant de tels constats, force est d'admettre que la douleur chronique est un énorme problème de santé et qu'il s'agit d'une pathologie qui mérite une attention particulière.

En recherche, un grand intérêt a été porté à la douleur chronique au cours des dernières années. Malgré des percées importantes en regard de la neurophysiologie de la douleur et la découverte d'agents pharmacologiques fort prometteurs, les personnes atteintes de douleur chronique souffrent toujours autant. À titre d'exemple, une enquête européenne effectuée auprès de personnes atteintes de douleur chronique a rapporté que la majorité de ces patients souffrent de douleur modérée à sévère et ce, malgré que 60 % d'entre eux sont suivis par un médecin (Breivik *et al.*, 2006). Face à une absence de traitement curatif et autant de souffrance, il faut se tourner vers de nouvelles pistes de solution afin d'aider les gens à mieux vivre avec la douleur. En ce sens, une avenue prometteuse semble être l'utilisation d'une approche de soins centrés sur la personne ou sur le patient.

1.2 Utilisation de l'ACP dans un contexte de douleur chronique

Les soignants peuvent utiliser différents styles d'interaction avec leurs patients, allant d'une approche centrée sur le patient (ACP) à une approche davantage centrée sur la maladie (ACM) (Laine et Davidoff, 1996; Levenstein *et al.*, 1986; Stewart *et al.*, 1995). Plusieurs définitions de l'ACP ont été décrites par le passé. Ce type d'approche sera d'ailleurs décrit en détails subséquemment dans cette thèse. À ce jour, parmi toutes les définitions existantes, l'une des plus complètes est celle de Mead et Bower (2000a) qui est issue d'une revue de la littérature conceptuelle et empirique. Leur travail a fait ressortir cinq dimensions clés de l'ACP : i) la perspective biopsychosociale; ii) le patient en tant que personne; iii) le partage du pouvoir et des responsabilités; iv) l'alliance thérapeutique et v) le soignant en tant que personne. Il importe de préciser que le type d'approche privilégiée par le soignant est d'un intérêt particulièrement important dans le contexte de la maladie chronique où les rencontres médicales sont répétées et influencent davantage le parcours du patient que lors de la pathologie aiguë où les rencontres médicales sont ponctuelles et

isolées. De plus, il a été suggéré que plus la douleur se chronicise, plus l'importance des causes organiques diminuent au profit des facteurs psychosociaux et relationnels (Allaz, 2003; Jacobson et Mariano, 2011).

Les données empiriques démontrent que l'utilisation de l'ACP est cliniquement favorable (Bertakis et Azari, 2011; Olsson *et al.*, 2009; Sewitch *et al.*, 2004; Smith *et al.*, 2010; Wanzer *et al.*, 2004) et ce, particulièrement dans un contexte de douleur chronique (Alamo *et al.*, 2002; Frantsve et Kerns, 2007; Monsivais et Engebretson, 2011). À titre d'exemple, des chercheurs ont démontré qu'une communication centrée sur le patient atteint de fibromyalgie entraînait de meilleures retombées cliniques, notamment une diminution du nombre de points de sensibilité et de la détresse psychologique, en comparaison à un traitement usuel, davantage axé sur le biomédical (Alamo *et al.*, 2002). Des données qualitatives ont également suggéré que l'utilisation de l'ACP par les infirmières leur permet une meilleure évaluation de l'évolution de l'état de santé de leurs patients ainsi qu'un meilleur coaching (Monsivais et Engebretson, 2011). Ces résultats, bien que préliminaires, soutiennent les bienfaits potentiels d'une ACP et l'importance d'investiguer plus amplement ce type d'approche.

Or, l'utilisation de l'ACP dans un contexte de douleur chronique semble être un véritable défi. Il arrive souvent que les patients atteints de douleur chronique éprouvent de la frustration lors de leur rencontre avec les différents acteurs du système de santé, alors que ces interactions occupent une place prépondérante dans leur expérience (Good, 1994). Les résultats d'une revue de la littérature suggèrent que les patients atteints de douleur chronique et les soignants ont souvent tendance à avoir des attitudes et des buts opposés (Frantsve et Kerns, 2007). Plus concrètement, les patients cherchent à être compris en tant qu'individu et luttent afin de faire valoir leurs préoccupations par rapport à leur douleur et leur qualité de vie, tandis que leurs soignants ciblent davantage le diagnostic et le traitement. Ces auteurs ont également constaté que les femmes atteintes de douleur chronique ont plus de difficultés à communiquer leurs inquiétudes à leurs soignants, ce qui est particulièrement préoccupant dans cette pathologie où la prévalence est plus élevée chez les femmes (Moulin *et al.*, 2002; Reitsma *et al.*, 2012). Dans la même veine, une récente étude qualitative s'est intéressée aux croyances à la fois des patients et des soignants

concernant la douleur musculo-squelettique et son traitement (Parsons *et al.*, 2012). Cette équipe de recherche a mené des entrevues auprès d'un groupe de patients, mais aussi auprès de plusieurs groupes de soignants, incluant des physiothérapeutes, des ostéopathes et des chiropraticiens. Les entrevues auprès des patients ont révélé que dans leur recherche d'aide, ces derniers souhaitent trouver un thérapeute qui croit en leur condition et en leur souffrance. Des observations similaires ont d'ailleurs été rapportées dans une autre étude de notre équipe de recherche (Bourgault *et al.*, 2008). D'un autre côté, les entrevues auprès des soignants ont démontré que ces derniers reconnaissent ce besoin de légitimation de la part des patients, mais que leurs tentatives à explorer les facteurs psychosociaux qui peuvent avoir une influence sur la douleur de leurs patients entraînent souvent l'effet inverse, c'est-à-dire que les patients se sentent remis en question (Parsons *et al.*, 2012). Les auteurs ont conclu que l'adoption d'une ACP peut être une stratégie utile dans un contexte de maladie chronique, mais qu'il est souvent plus facile de l'affirmer que de le mettre en pratique. Une récente étude québécoise va d'ailleurs dans le même sens : le discours des soignants révèle qu'ils prônent l'utilisation de l'ACP, mais leur approche est davantage centrée sur la maladie (Bilodeau *et al.*, 2015). Ces dernières évidences suggèrent qu'il reste encore beaucoup de travail à faire afin de bien comprendre la sous-utilisation de ce type d'approche qui semble pourtant prometteuse dans un contexte de prise en charge médicale de douleur chronique.

À ce titre, plusieurs facteurs ont été identifiés comme étant en mesure d'influencer l'utilisation d'une ACP, notamment des facteurs liés aux patients, mais également des facteurs liés aux soignants (McCormack et McCance, 2006; Mead et Bower, 2000a; Epstein *et al.*, 2005). Si, à ce jour, le premier groupe de facteurs a été largement étudié (Bertakis et Azari, 2011; Krupat *et al.*, 2001; Willems *et al.*, 2005; Zandbelt *et al.*, 2006), peu de chercheurs se sont attardés au rôle des facteurs liés au soignant dans le choix du type d'approche utilisée (Tsimtsiou *et al.*, 2012; Zandbelt *et al.*, 2006). Selon Mead et Bower (2000a), qui intègrent la dimension « le soignant en tant que personne » à leur définition de l'ACP, les caractéristiques du soignant ont un rôle clé dans le type d'approche privilégiée. De plus, certaines études soutiennent que les traits de personnalité du soignant, comme son empathie ou sa santé mentale, peuvent influencer son degré d'utilisation de l'ACP, mais les données empiriques manquent (Krasner *et al.*, 2009; Passalacqua et Segrin, 2012).

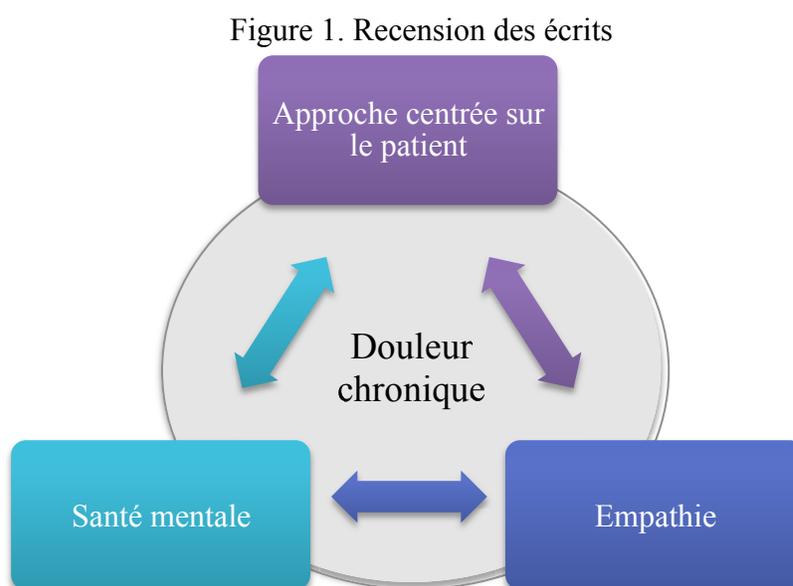
Dans la présente thèse, le but est d'explorer, dans un contexte de douleur chronique, les associations entre le type d'approche utilisée préférentiellement par le soignant et certaines caractéristiques personnelles de ce dernier. L'étude proposée répond au besoin de mieux comprendre les facteurs liés au soignant qui influencent son type d'approche avec le patient atteint de douleur chronique, afin de mieux les outiller pour qu'ultimement les patients souffrants puissent bénéficier de l'ACP, une approche reconnue en maladie chronique. Plus spécifiquement, dans cette thèse, les concepts d'ACP, d'empathie, de bien-être psychologique, de détresse psychologique et d'épuisement professionnel seront traités à tour de rôle. Il importe de préciser qu'il existe un bon nombre de définitions pour chacune de ces variables. Afin de faciliter la compréhension des prochains paragraphes, les définitions des principaux concepts retenues dans le cadre de notre étude sont résumées dans le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1. Définitions des principaux concepts à l'étude

Variables	Définitions
Approche centrée sur le patient	Approche de soins qui inclus cinq dimensions : i) perspective biopsychosociale; ii) patient en tant que personne; iii) partage du pouvoir et des responsabilités; iv) alliance thérapeutique (McCormack et McCance, 2006; Mead et Bower, 2000a; Stewart <i>et al.</i> , 1995).
Empathie	Attribut qui consiste à comprendre la situation, la perspective et les sentiments du patient (compréhension); à communiquer sa compréhension au patient et vérifier son exactitude (communication) et à agir à partir de cette compréhension en collaboration avec le patient, dans une voie thérapeutique aidante (action) (Mercer et Reynolds, 2002).
Bien-être psychologique	Syndrome non spécifique qui inclut les construits suivants : i) l'estime de soi; ii) l'équilibre; iii) l'engagement social; iv) la sociabilité; v) le contrôle de soi et des événements et vi) le bonheur (Massé <i>et al.</i> , 1998a, 1998c).
Détresse psychologique	Syndrome non spécifique qui inclut les construits suivants : i) l'auto-dévalorisation; ii) l'anxiété/dépression; iii) le désengagement social, et iv) l'irritabilité/agressivité (Massé <i>et al.</i> , 1998a, 1998b).
Épuisement professionnel	Syndrome caractérisé par l'épuisement émotionnel; la dépersonnalisation et une diminution de l'accomplissement personnel pouvant survenir chez les travailleurs (Maslach et Jackson, 1981).

DEUXIÈME CHAPITRE – RECENSION DES ÉCRITS

La présente recension des écrits fait ressortir les connaissances actuelles ainsi que les études qui ont été menées en lien avec l'utilisation de l'ACP et certaines caractéristiques personnelles du soignant. Plus spécifiquement, dans les prochains paragraphes, les trois variables suivantes seront traitées successivement : i) l'ACP; ii) l'empathie et iii) la santé mentale du soignant, incluant le bien-être psychologique, la détresse psychologique et l'épuisement professionnel. Pour terminer, les diverses associations pouvant être établies entre ces trois variables seront présentées et discutées. Ces associations sont d'ailleurs illustrées dans la figure 1 ci-dessous.



De façon plus détaillée, la recension des écrits a été effectuée à l'aide des bases de données Pubmed, Cinhal, PsycINFO et SocINDEX. Diverses combinaisons des mots-clés suivants ont été recherchées : *Patient-centered care*, *physician-patient relation*, *nurse-patient relation*, *patient-centered communication*, *empathy*, *distress*, *well-being*, *burnout*, *chronic pain*. Les articles ont été analysés à l'aide des grilles d'analyse de Fortin (2010), permettant la critique d'une publication en recherche quantitative et qualitative. Les articles dont les forces l'emportaient sur les faiblesses ont été retenus pour une analyse plus en profondeur,

puisqu'ils peuvent apporter une contribution à la connaissance (Fortin, 2010; Burns et Grove, 2007). En lien avec les définitions des variables d'intérêt retenues dans cette étude, seuls les articles considérés pertinents à notre question de recherche et disponibles soit en français ou en anglais, ont été retenus.

2.1 Définitions conceptuelles de l'ACP

Au cours des dernières décennies, les chercheurs et les éducateurs en sciences de la santé ont démontré un intérêt marqué pour cette notion, ce qui a entraîné une prolifération des termes, comme l'approche centrée sur le patient, sur la personne, sur l'utilisateur ou sur le client. Ces diverses appellations sont souvent utilisées de façon interchangeable (Leplege *et al.*, 2007; Slater, 2006) et réfèrent à une idée similaire (McCance *et al.*, 2011; Stichler, 2011). Néanmoins, il est possible de constater une tendance à ce que le terme approche centrée sur le patient soit plus largement utilisé en médecine, tandis que le terme approche centrée sur la personne soit davantage employé dans les sciences infirmières et sociales. Dans les deux cas, ces appellations désignent un standard de soins qui place le patient en son centre, mais certaines nuances peuvent être observées. L'approche centrée sur le patient met davantage l'accent sur le bénéficiaire de soins, tandis que l'approche centrée sur la personne met l'emphasis sur l'importance des relations à visée thérapeutique entre les soignants, le patient et les autres personnes significatives dans la vie de ce dernier (Binnie et Titchen, 1999; Dewig, 2004; McCormack, 2004; Nolan *et al.*, 2004). Le mot « personne » réfère ici à « toutes les personnes impliquées dans une interaction de soins, incluant les patients, les clients, les familles, les collègues de travail et les autres membres de l'équipe multidisciplinaire » (p.4, McCormack et McCance, 2010).

Bien qu'il existe de nombreux écrits et modèles concernant l'approche centrée sur la personne ou sur le patient (ACP)², ce concept est encore considéré comme ambigu (Bensing, 2000) et demeure méconnu de certains soignants (Gachoud *et al.*, 2012). À ce

² Dans le cadre de cette thèse, l'abréviation ACP sera utilisée pour désigner l'approche centrée sur le patient et l'approche centrée sur la personne.

jour, la majorité des études concernant l'ACP ont été menées dans la discipline³ médicale. Néanmoins, au cours des dernières années, il est possible de constater un essor notable pour ce sujet dans la recherche en sciences infirmières. Plusieurs définitions d'une ACP ont été décrites par le passé, autant dans la discipline médicale qu'infirmière. Dans les prochains paragraphes, la perception de l'ACP selon les différents soignants sera présentée, puis les diverses définitions recensées dans la littérature seront discutées afin de justifier le choix de la définition qui a été utilisée dans le cadre de ce présent projet doctoral.

2.1.1 Perception de la définition de l'ACP selon les professions

Récemment, une équipe canadienne a mené une étude phénoménologique qui avait pour but d'explorer comment l'ACP était opérationnalisée par les travailleurs sociaux, les infirmières et les médecins (Gachoud *et al.*, 2012). Leur analyse a permis la génération de plusieurs thèmes, dont la définition de l'ACP. Plus spécifiquement, les auteurs ont identifié huit dimensions issues des propos des participants : i) une approche holistique pour les soins du patient; ii) une bonne communication; iii) une protection des patients; iv) une prise de décision partagée et une autonomie du patient; v) l'*empowerment*⁴; vi) une bonne qualité des soins; vii) une implication de la famille dans le processus de soins et viii) une bonne relation avec le patient. Généralement, les travailleurs sociaux, les infirmières et les médecins ont fait ressortir l'importance de l'approche holistique (biopsychosociale) ainsi que de la bonne communication entre le patient et le soignant lors de l'utilisation d'une ACP. Par contre, certaines différences spécifiques à chacune des professions ont été révélées par l'analyse. Tout d'abord, les travailleurs sociaux ont mentionné que l'autonomie et l'*empowerment* étaient les deux dimensions les plus importantes dans une ACP, tandis que la qualité des soins était moins souvent mentionnée. Chez les infirmières, c'est la qualité de la relation avec les patients qui semblait primer. Fait intéressant, la

³ Une discipline est spécifique au domaine académique et réfère à une branche de l'éducation, à un département d'apprentissages ou à un domaine de connaissances (Donaldson et Corwley, 1978; Orem, 2001).

⁴ L'*empowerment* réfère à un processus d'accroissement de la capacité d'agir sur les facteurs affectant la santé et, plus globalement, les conditions de vie, par l'entremise de la participation des personnes et des communautés à des actions en ce sens (Lessard *et al.*, 2000).

mention de cette dimension était pratiquement inexistante dans les définitions rapportées par les autres professionnels. Toujours chez les infirmières, l'autonomie du patient semblait occuper une moins grande priorité. Concernant les médecins, une situation particulière a été observée: trois des huit participants n'ont pas été en mesure de décrire l'ACP. Un médecin a même précisé qu'il n'avait jamais vu de définition précise de ce type d'approche. De plus, en comparaison aux travailleurs sociaux et aux infirmières, les médecins avaient moins tendance à parler de l'*empowerment* et de la relation avec le patient. Les principales similitudes et différences révélées dans cette étude sont résumées dans le tableau 2.

Tableau 2. Perception de l'ACP selon les professions

Similitudes			
<ul style="list-style-type: none"> • Approche holistique pour les soins du patient • Bonne communication avec le patient 			
Différences			
	Travailleurs sociaux	Infirmières	Médecins
Dimensions plus importantes	<ul style="list-style-type: none"> • Autonomie • <i>Empowerment</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Relation avec patient 	---
Dimensions moins importantes	<ul style="list-style-type: none"> • Qualité des soins 	<ul style="list-style-type: none"> • Autonomie 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Empowerment</i> • Relation avec patient

Tiré, adapté et traduit librement de Gachoud D, Albert M, Kuper A, Stroud L, Reeves S. (2012). Meanings and perceptions of patient-centeredness in social work, nursing and medicine: A comparative study. *Journal of Interprofessional Care* 26(6): 484-490.

Il est possible d'identifier la présence de certains biais dans cette étude, notamment la proportion plus faible de femmes dans l'échantillon de médecins en comparaison aux autres professions. Sachant que les femmes médecins utilisent davantage une ACP que leurs collègues masculins (Bertakis et Azari, 2011; Zandbelt *et al.*, 2006), il est probable que cette faible proportion ait contribué à la moindre importance qu'occupe la relation avec les patients dans les définitions données par les médecins en comparaison aux deux autres professions.

Fait intéressant, les résultats de cette étude soulignent bien la complémentarité de ces professions puisqu'elles ciblent différentes dimensions de l'ACP. Ceci fait ressortir l'importance de travailler en collaboration et non en silo, de façon individuelle et mono-disciplinaire. L'étude de l'équipe de Gachoud (2012) démontre bien les différences de perceptions en regard de la définition de l'ACP selon la profession de la santé. Or, dans un contexte de douleur chronique, où l'interdisciplinarité est à privilégier (Carter *et al.*, 2014; IASP, 2011), il devient primordial de s'attarder aux diverses définitions existantes dans la littérature.

Les prochaines sections présenteront donc les principales définitions utilisées dans les disciplines médicale et infirmière, deux professions qui jouent un rôle clé dans le traitement de la douleur chronique (IASP, 2011). Il est à noter que d'autres professions de la santé occupent également un rôle important dans la prise en charge des patients atteints de douleur chronique, comme les physiothérapeutes ou les ergothérapeutes. Néanmoins, puisque ces derniers ne sont pas à l'étude dans cette présente thèse, la définition du concept d'ACP dans ces disciplines ne sera pas abordée davantage en détails.

2.1.2 Définition de l'ACP dans la discipline médicale

Plusieurs définitions d'une ACP ont été décrites par le passé dans la discipline médicale. Dans leur revue de la littérature, Mead et Bower (2000a) dressent un portrait complet de l'histoire de l'ACP. Selon leurs écrits, en 1969, Edith Balint aurait été la pionnière en décrivant ce type d'approche comme étant une compréhension du patient en tant qu'être humain unique. Au cours des années suivantes, il a été possible de discerner deux grandes perspectives complémentaires de ce concept. La première perspective a été mise en lumière par Byrne et Long (1976) qui ont décrit sept styles de comportements du médecin, allant d'une ACP à une ACM. Le principal critère de cette classification reposait sur le partage du pouvoir, à savoir si le médecin adoptait une attitude égalitariste ou plutôt autoritariste. Selon cette vision, l'ACP était caractérisée comme étant un style de consultation où le médecin utilise les connaissances et les expériences du patient pour guider son interaction en vue de promouvoir le partage du pouvoir décisionnel. Quelques années plus tard,

d'autres chercheurs soulignaient à leur tour l'importance de l'implication du patient dans la prise de décision concernant les différentes options de traitements, tel que l'équipe de Lipkin en 1984 et celle de Grol en 1990. La seconde perspective a été décrite par Levenstein et collaborateurs (1989), qui ont suggéré qu'au contraire d'une ACM, « l'essence d'une approche centrée sur le patient reposait sur le fait que le médecin doit essayer d'entrer dans le monde du patient afin de voir la maladie à travers ses yeux, de sorte que le médecin puisse comprendre les idées, les attentes et les sentiments de chaque patient par rapport à sa maladie » (traduction libre, p. 111). Selon cette définition, l'élément clé d'une ACP serait que l'attention du médecin repose davantage sur la compréhension subjective du patient que sur la définition biomédicale objective du problème. Ainsi, l'importance de considérer le patient dans sa globalité et de façon plus holistique, incluant la dimension psychosociale, a pris tout son sens.

Selon une équipe québécoise, qui a récemment effectué une revue de la littérature électronique sur les différents instrument utilisés en médecine de famille pour mesurer l'ACP, deux définitions sont largement citées, où les perspectives discutées précédemment y ont été intégrées (Hudon *et al.*, 2011). La revue de la littérature a été effectuée à l'aide des bases de données Medline (1980 à 2009), Embase (1980 à 2009) et Cochrane (1991 à 2009) et d'un processus d'évaluation rigoureux à la suite duquel les auteurs ont retenu 26 articles pour leur analyse. La première définition suggérée est celle de l'équipe de Stewart (1995) qui comprend six dimensions : i) l'exploration de la maladie biologique et de l'expérience de la maladie; ii) la compréhension de la personne dans son ensemble; iii) l'engagement dans une prise de décision commune concernant le traitement; iv) l'intégration de la prévention et de la promotion de la santé; v) la promotion de la relation patient-médecin et vi) la considération des limites personnelles, tels que le temps et les ressources. La seconde définition est issue du modèle conceptuel⁵ de l'ACP élaboré par Mead et Bower (2000a), fournissant ainsi une autre définition fort complète, mais davantage d'actualité. Pour ce faire, ces auteurs ont effectué une revue de la littérature empirique de 1969 à 1998, à l'aide de bases de données scientifiques tel que Medline et

⁵ « Un modèle conceptuel fournit un cadre distinct de référence pour ses adhérents... Qui suggère comment observer et interpréter les phénomènes d'intérêt pour la discipline » (p. 16, Fawcett, 2000).

Psychlit. Peu de détails sont mentionnés par les auteurs concernant la méthode utilisée pour l'élaboration de leur modèle conceptuel. Leur travail a fait ressortir cinq dimensions clés de l'ACP : i) la perspective biopsychosociale; ii) le patient en tant que personne; iii) le partage du pouvoir et des responsabilités; iv) l'alliance thérapeutique et v) le médecin en tant que personne. Parmi ces cinq dimensions, quatre sont également retrouvées dans la précédente définition de l'équipe de Stewart (1995). L'équipe de Hudon (2011) a donc repris les dimensions communes de ces deux définitions afin de créer un modèle conceptuel. De plus, cette définition est toujours d'actualité puisque ces quatre dimensions font partie intégrante d'un modèle conceptuel issu d'une récente analyse de concept (Scholl *et al.*, 2014) ainsi que de la définition utilisée par Santé Canada (2006), ce qui justifie le choix de cette définition dans notre étude. Même si ce modèle a été conçu plus spécifiquement pour l'ACP en médecine, l'intérêt de son utilisation peut également être indiqué dans d'autres professions de la santé, comme en sciences infirmières. Les quatre dimensions de ce modèle sont décrites dans les prochains paragraphes.

2.1.2.1 Perspective biopsychosociale

Face à une même maladie, tous ne la vivent pas de la même façon. Selon Mead et Bower (2000a), ceci va à l'encontre d'une hypothèse clé du modèle biomédical présenté par Friedson en 1970, qui suggère que la maladie biologique et l'expérience de la maladie sont limitrophes, c'est-à-dire qu'être « malade » se résume à « avoir une maladie biologique ». La réalité est pourtant tout autre, particulièrement pour les personnes qui souffrent de douleur chronique, où les facteurs biologiques, mais également psychologiques et sociaux, jouent un rôle primordial dans la symptomatologie (Chapman *et al.*, 1999). Chapman et collaborateurs (1999) proposent d'ailleurs un modèle biopsychosocial de la douleur chronique qui souligne bien l'importance du rôle de toutes ces variables dans l'apparition et le maintien de cette pathologie. Dans leur définition, l'équipe de Stewart (1995, p.283) affirme que ce type d'approche nécessite « une volonté de s'impliquer dans la gamme complète des difficultés que les patients rapportent à leurs médecins, et non seulement leurs problèmes biomédicaux ». De leur côté, Mead et Bower (2000a, p. 1088) ont également rapporté une façon de penser de l'équipe de Grol (1990), qui va jusqu'à affirmer que le médecin qui utilise une ACP « doit se sentir responsable des aspects non-médicaux des

problèmes ». Ainsi, selon ces auteurs, la considération des facteurs biopsychosociaux doit occuper une grande place chez le médecin qui utilise une telle approche.

2.1.2.2 Patient en tant que personne

Dans leur revue de la littérature, Mead et Bower (2000a) ont rapporté les propos d'Armstrong (1979), qui suggèrent que la perspective biopsychosociale à elle seule, n'est pas suffisante pour comprendre l'expérience globale du patient face à sa maladie, qui dépend également du vécu du patient. À titre d'exemple, une fracture à la main peut être perçue différemment par l'ouvrier qui pourra profiter d'un congé, puis revenir au travail après son rétablissement et par le pianiste qui aura la crainte de ne jamais retrouver sa grande dextérité qui lui permet de jouer ses mélodies laborieuses. Ainsi, Mead et Bower (2000a) proposent que dans une ACP, le médecin doit considérer le patient comme une personne unique plutôt que l'objet d'une maladie. Si la perspective biopsychosociale reflète la compréhension de la maladie du patient en général, en regard des facteurs biopsychosociaux, la dimension « patient en tant que personne » concerne la compréhension de l'expérience individuelle du patient, incluant ses valeurs, sa culture et sa spiritualité. Afin de suggérer un traitement effectif, le médecin doit bien comprendre le contexte unique du patient (Bower, 1998).

2.1.2.3 Partage du pouvoir et des responsabilités

Toujours selon Mead et Bower (2000a), une préférence pour une ACM était autrefois coutume et reposait sur une relation médecin-patient davantage paternaliste, tel que proposé par Parsons (1951). Ces auteurs font ressortir qu'à la fin des années 1970, ce type de relation en médecine a fait l'objet de nombreuses critiques par plusieurs auteurs (Doyal, 1979; Ehrenreich et English, 1979; Illich, 1976). Ces critiques sont d'ailleurs appuyées par d'autres études, qui ont démontré qu'une mauvaise adhésion aux recommandations thérapeutiques et l'insatisfaction des patients étaient attribuables à certaines attitudes des médecins, comme ne pas considérer le patient comme l'expert de sa propre maladie (Tuckett *et al.*, 1985; Vermeire *et al.*, 2001), ne pas donner suffisamment d'information et d'explications (Korsch *et al.*, 1968) ou interrompre le récit du patient par des questions contraignantes (Mishler, 1984). Cela est tout particulièrement pertinent dans le contexte de

maladies chroniques où le patient devient réellement un expert de sa condition médicale (IASP, 2011). L'arrivée de l'internet a également été un facteur clé dans le déclin de l'approche plus autoritaire des soignants, en rendant accessible à tous un éventail de renseignements médicaux (Herman *et al.*, 2014; Strum, 1997). Cette grande disponibilité de l'information pour les patients a forcé les soignants à discuter de la problématique de la santé et des différentes options de traitement, en impliquant les patients dans l'interprétation de leur problème de santé et la prise de décision (Sharf, 1997). Dans leurs écrits, Mead et Bower (2000a) rapportent que cette dimension a d'abord été introduite à la définition de l'ACP par Byrne et Long (1976) et est rapidement devenue un élément ubiquitaire des descriptions subséquentes (de Monchy *et al.*, 1988; Lipkin *et al.*, 1984; Stewart *et al.*, 1995).

Le « partage du pouvoir et des responsabilités » ou la « prise de décision partagée » sont deux appellations utilisées pour évoquer la participation du patient et du soignant dans le processus de soins. La participation, qui est un terme central à cette dimension, réfère à une personne qui s'engage ou qui a la possibilité de s'engager dans le processus décisionnel ou dans la prestation d'un service (Brearly, 1990; Gottlieb et Feeley, 2007). Dans cette optique, la prise de décision appartient conjointement aux deux partenaires, soit le patient et le soignant. Selon Brody (1980), plusieurs conditions doivent être présentes pour qu'une prise de décision partagée puisse être réalisée. Dans un premier temps, l'atmosphère doit être favorable à une participation active du patient, c'est-à-dire que le soignant doit faire sentir au patient que sa contribution est importante. Quant au patient, il se doit d'être honnête à propos de ses objectifs et de ses préférences concernant son état de santé, sa tolérance pour la douleur ou l'inconfort ou encore, les perspectives à long terme. À la suite de ce processus, le travail du soignant est de consolider les buts et les préférences du patient avec les différentes options de traitements. En d'autres termes, les deux partenaires doivent apporter leur contribution à la relation, que ce soit leurs connaissances, leur expérience ou leur expertise (Gottlieb et Feeley, 2007). Durant une interaction entre le soignant et le patient, le soignant possède les connaissances biomédicales liées à la maladie, mais le patient est la source narrative de l'information concernant l'expérience de sa maladie (Patel *et al.*, 2002). Il faut faire la distinction entre la prise de décision partagée et la simple

obtention d'un consentement du patient. Après avoir considéré les différentes options, la décision finale doit être basée sur un mutuel accord entre le patient et le soignant (Charles *et al.*, 1997). Plus concrètement, prenons pour exemple une rencontre entre un médecin et un patient atteint d'une lombalgie chronique. Le médecin cherchera activement à obtenir des renseignements concernant l'état de santé du patient et à identifier quelles valeurs de ce dernier auront une influence importante dans sa prise de décision, en plus de donner des renseignements concernant les différentes options de traitement (Frantsve et Kerns, 2007). Si le patient mentionne préférer ne pas subir de chirurgie, le patient et le médecin devront travailler en collaboration pour déterminer un plan de traitement en harmonie avec les préférences du patient. Ce partage des décisions a d'ailleurs été reconnu pour être bénéfique pour les deux parties. En effet, son utilisation est associée à de meilleures retombées cliniques, comme une amélioration du statut fonctionnel (Kaplan *et al.*, 1989) et une plus grande responsabilité ressentie par le patient (Grol *et al.*, 1990).

2.1.2.4 Alliance thérapeutique

La qualité de la relation entre le médecin et le patient est primordiale et peut avoir des impacts directs sur les retombées cliniques. À titre d'exemple, il a été démontré qu'une bonne qualité de soins techniques, mais offerts dans un environnement considéré comme insatisfaisant combiné à des interactions insatisfaisantes avec les médecins n'améliorent pas l'état de santé des patients (Koehler *et al.*, 1992). En contrepartie, une attitude chaleureuse de la part du médecin peut augmenter l'adhésion thérapeutique du patient, tandis que certaines émotions négatives, comme la colère ou le ressentiment, véhiculées par le patient ou par le médecin, peuvent mener à des erreurs diagnostiques (Crow *et al.*, 1999). Fait intéressant, dans un contexte de douleur chronique, un groupe de recherche a constaté une diminution de la détresse psychologique et de la douleur de personnes atteintes de fibromyalgie lorsque leur médecin avait suivi une formation pour améliorer leur technique de communication avec les patients (Alamo *et al.*, 2002). Dans le modèle de Mead et Bower (2000a), l'importance du médecin dans sa relation avec le patient a été soulignée, particulièrement en regard de ses compétences à développer un environnement émotionnel désiré par le patient lors d'une consultation.

Bien que l'ACP ait d'abord été définie dans la discipline médicale, ce type d'approche est de plus en plus considéré dans un discours interprofessionnel. En effet, l'éducation interprofessionnelle pour une approche collaborative centrée sur le patient a été retenue dans une initiative majeure de Santé Canada (2006). Ainsi, il devient primordial de définir de façon claire en quoi consiste ce type d'approche dans d'autres disciplines de la santé, notamment en sciences infirmières.

2.1.3 Définition de l'ACP dans la discipline infirmière

Jusqu'à tout récemment, l'appellation approche centrée sur le patient était utilisée par les infirmières (McCance *et al.*, 2011), mais aujourd'hui, il est plus fréquent de rencontrer le terme approche centrée sur la personne dans cette discipline (Binnie et Titchen, 1999; McConkey, 2000; McCormack, 2001; McCormack, 2003; Wystanski, 2000). Récemment, une revue de la littérature ciblant l'ACP en sciences infirmières a été publiée par McCance et collaborateurs (2011). Les auteurs ont recensé plusieurs études dans lesquelles l'objectif consistait à clarifier la signification de l'ACP (Edvardsson *et al.*, 2010; Slater, 2006) et d'autres études qui avaient pour but d'identifier les retombées de l'utilisation d'une telle approche pour le patient, sa famille et les soignants impliqués (Slater *et al.*, 2009; Smith *et al.*, 2010). Il est intéressant d'observer l'intégration de la famille dans cette définition, ce qui illustre la tradition en sciences infirmières voulant que le patient et sa famille sont indissociables (Duhamel, 2006). Dans leur revue de la littérature, McCance et collaborateurs (2011) ont identifié différents modèles de l'ACP utilisés dans la discipline infirmière, comme le *Authentic Consciousness Framework* (McCormack, 2003), le *Sense Framework* (Nolan *et al.*, 2004) et le *Person-Centered Nursing Framework* (McCormack et McCance, 2006). Parmi ces modèles, le plus cité est le plus récent, soit celui de McCormack et McCance (2006). Ce modèle conceptuel a été élaboré à la suite d'un processus itératif impliquant une série d'étapes qui a permis de combiner les deux modèles conceptuels précédemment développés plus spécifiquement pour une population de personnes âgées (McCormack, 2001; 2003). De plus, il comprend des points communs avec les analyses de concept de l'ACP réalisées dans la discipline infirmière (Leplege *et al.*, 2007; Slater, 2006). Pour ces raisons, ce modèle ainsi que les principales conclusions des

analyses de concept seront présentés dans les prochains paragraphes. Certains parallèles seront faits avec le modèle de l'ACP proposé par Hudon et collaborateurs (2011) qui a été conçu plus spécifiquement pour la discipline médicale.

Depuis sa création, le modèle conceptuel de McCormack et McCance (2006) a été testé dans plusieurs contextes infirmiers et ce, dans différents pays (McCance *et al.*, 2011). Il a d'ailleurs été récemment adapté pour la pratique interprofessionnelle centrée sur le patient dans le contexte québécois par l'équipe de Bilodeau (2013). Il comprend quatre dimensions: i) les prérequis; ii) l'environnement de soins; iii) le processus d'une pratique centrée sur la personne et iv) les résultats. Ce modèle comporte en son centre « les résultats » qui peuvent être influencés directement par le processus centré sur la personne. Cette troisième dimension peut à son tour être modulé par les prérequis de l'infirmière et l'environnement de soins. Ainsi, toutes les dimensions sont étroitement reliées entre elles. Une attention particulière doit être portée à la troisième dimension qui cible spécifiquement le patient et qui correspond à la définition de l'ACP chez les infirmières. Pour cette raison, cette dimension sera davantage discutée en profondeur.

2.1.3.1 Prérequis

Selon McCormack et McCance (2006), cette dimension réfère aux attributs de l'infirmière, comme sa compétence professionnelle, ses habiletés interprofessionnelles et sa connaissance d'elle-même. En regard des compétences professionnelles, elles réfèrent principalement aux connaissances et habiletés de l'infirmière concernant les aspects techniques et physiques, ainsi que sa capacité à prendre des décisions. Quant aux habiletés interpersonnelles, elles correspondent surtout à la capacité de communication de l'infirmière. Finalement, la connaissance de soi, incluant les croyances et les valeurs de l'infirmière, constitue un attribut essentiel. Il est primordial que les infirmières soient conscientes que ces derniers éléments peuvent influencer les décisions que prendront leurs patients (Warfield et Manley, 1990). Comme il a été mentionné précédemment, tous ces attributs sont étroitement reliés au à la troisième dimension (les processus centrés sur la personne) qui sera vu plus en détail subséquemment.

2.1.3.2 Environnement de soins

McCormack et McCance (2006) se sont inspirés des écrits de McCormack et collaborateurs (2002) et de Rycroft-Malone et collaborateurs (2002) pour décrire cette deuxième dimension qui fait référence aux éléments contextuels dans lesquels les soins sont offerts, comme par exemple la présence d'un système qui favorise la prise de décision partagée, des relations interpersonnelles fluides entre les différents soignants, le soutien du système organisationnel et l'environnement physique. Ces éléments contextuels peuvent ainsi favoriser l'utilisation de l'ACP (McCormack, 2004). L'impact de ces éléments sur l'utilisation de l'ACP a aussi été étudié dans la discipline médicale, puisque Mead et Bower (2000a) ont reconnu l'importance de ces influences contextuelles, notamment les normes professionnelles et les politiques administratives ou gouvernementales.

2.1.3.3 Processus centré sur la personne

Toujours selon le modèle de McCormack et McCance (2006), le processus centré sur la personne comprend à son tour cinq dimensions : i) travailler avec les croyances et les valeurs du patient; ii) s'engager; iii) partager la prise de décision; iv) avoir une présence sympathique et v) offrir des soins holistiques. Ces dimensions ont d'ailleurs été identifiées et discutées dans l'analyse de concept de l'équipe de Leplege (2007).

A) Travailler avec les croyances et les valeurs du patient. Il s'agit d'une dimension considérée comme étant un principe fondamental de l'ACP dans la discipline infirmière, puisqu'elle soutient l'importance de développer une image claire de ce que sont les valeurs du patient concernant sa vie et comment ce dernier donne un sens à son vécu (McCormack et McCance, 2006). Il a même été précisé que l'infirmière devrait voir les conséquences invalidantes de la maladie du patient à travers les yeux de ce dernier afin d'identifier ses besoins affectifs et ses préoccupations (Leplege *et al.*, 2007), ce qui est particulièrement important dans le cas d'une maladie chronique. À titre d'exemple, une personne souffrant d'une lombalgie qui effectue un retour au travail pourra se sentir isolée ou même abandonnée dans le contexte de son travail de par sa condition limitative. Elle peut également ne pas savoir où trouver de l'aide. L'infirmière pourra donc aborder ce sujet ou référer le patient à des services adéquats. Une ACP doit considérer les activités

quotidiennes du patient et adresser les réelles difficultés rencontrées à tous les jours (Leplege *et al.*, 2007). L'essence de cette dimension rejoint plus particulièrement la dimension « le patient en tant que personne » du modèle de Hudon et collaborateurs (2011). En effet, cette dimension soulève l'importance de considérer le vécu et le caractère unique du patient. Ainsi, il est possible de constater la pertinence de cette composante, autant pour les médecins que pour les infirmières.

B) S'engager. Cette deuxième dimension réfère à la qualité de la relation infirmière-patient. Il est possible de classer l'engagement de l'infirmière avec le patient en trois niveaux décroissants, soit un engagement complet, un désengagement partiel et un désengagement complet (McCormack, 2003). Un engagement est considéré complet si l'infirmière et le patient se rejoignent dans leur relation. Un désengagement partiel peut survenir quand un problème affecte la façon dont l'infirmière et le patient interagissent et finalement, un désengagement complet peut être présent si l'infirmière et le patient restent bloqués devant la situation et ne sont pas en mesure de formuler le problème. Outre les différents niveaux d'engagement, l'équipe de Leplege (2007) a ajouté un point intéressant à cette composante, soit le respect de la personne qui est derrière la maladie. Trop souvent, certains patients sont stigmatisés, comme c'est parfois le cas avec les personnes atteintes de la fibromyalgie. En effet, ces patients sont fréquemment considérés comme des cas lourds souffrant d'une maladie imaginaire puisqu'aucune étiologie biologique n'est encore acceptée ou reconnue (Abeles *et al.*, 2007). Dans une ACP, tout patient doit être traité avec respect et dignité, peu importe sa maladie, qu'elle soit objectivement diagnostiquée ou qu'elle ne soit visible que par ses conséquences (Leplege *et al.*, 2007). L'engagement se retrouve également dans le modèle de l'équipe de Hudon (2011), à travers la dimension de l'alliance thérapeutique, puisqu'il s'agit d'un élément à la base de cette alliance.

C) Partager la prise de décision. Afin de promouvoir une prise de décision partagée, les infirmières doivent faciliter la participation des patients en leur donnant des renseignements dans le but de les aider à intégrer les nouvelles connaissances apprises au cours de leurs soins. En d'autres termes, dans une perspective d'ACP, le patient ne doit pas avoir une attitude passive et être dans l'ignorance de ces options de traitement (Leplege *et al.*, 2007).

Il doit être tenu au courant des différentes alternatives de traitement afin de maintenir une certaine autonomie. Les patients doivent être considérés comme les experts de leur propre situation, capables d'évaluer leur qualité de vie et les interventions désirées afin d'obtenir les bénéfices escomptés (Leplege *et al.*, 2007). De plus, l'implication des membres de la famille ou du réseau du patient doit être considérée dans cette dimension. Comme il a été souligné par Cott (2004), les infirmières doivent également offrir du soutien émotionnel aux membres de la famille et leur fournir de l'information concernant la condition et les options de traitement du patient dans le but de les impliquer dans le processus de décision partagée, le tout avec l'accord du patient. La prise de décision partagée est une dimension également retrouvée dans le modèle de Hudon et collaborateurs (2011). Par contre, il faut considérer que le type de décisions peut varier selon le soignant et que chacun possède des expertises différentes et complémentaires. Par exemple, un patient atteint de lombalgie pourra discuter des différentes options de traitement pharmacologique avec son médecin, tandis qu'avec son infirmière, il discutera davantage des effets secondaires et des conséquences dans son quotidien et les implications pour sa famille.

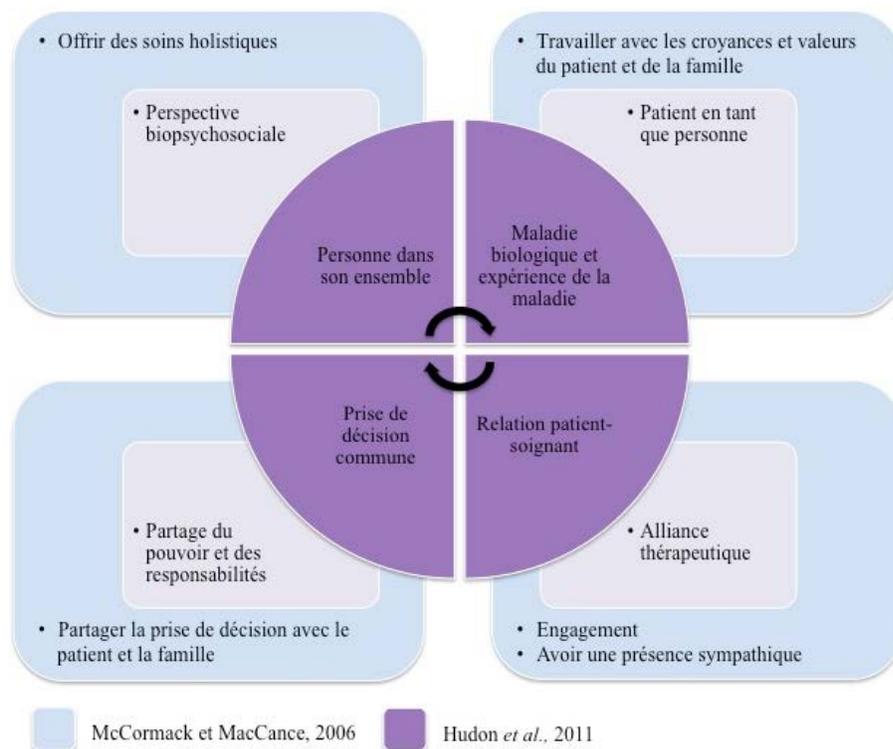
D) Avoir une présence sympathique. Une présence chaleureuse et empathique de la part de l'infirmière est à la base d'un engagement qui reconnaît la valeur unique de l'individu en répondant avec des signes appropriés. Ici le terme sympathie est à utiliser avec prudence, puisque la sympathie est définie comme étant un attribut émotionnel qui implique de ressentir et partager les émotions, comme la souffrance ou la douleur du patient (Hojat, 2007). Dans le modèle de McCormack et McCance (2006), cette dimension fait plutôt référence à une attitude chaleureuse et empathique et non au sentiment viscéral de sympathie. D'ailleurs, dans le modèle adapté de Bilodeau et collaborateurs (2013), l'appellation de cette dimension a été modifiée par « Avoir une présence empathique ». Cette différence entre la sympathie et l'empathie sera d'ailleurs discutée plus en détails subséquentement dans cette thèse. Ainsi, selon ce modèle, l'empathie ferait partie intégrante de la définition de l'ACP. Il est possible de constater que la dimension « Avoir une présence sympathique/empathique » n'est pas directement retrouvée dans le modèle de l'équipe de Hudon (2011). Il serait donc pertinent d'investiguer plus en profondeur les liens potentiels entre ces variables.

E) Offrir des soins holistiques. La dernière dimension réfère aux soins donnés aux patients de façon holistique. Dans leur analyse de concept, l'équipe de Leplege (2007) mentionne que l'approche holistique consiste à offrir des soins à une personne dans sa globalité (aspects biologiques, psychologiques et sociaux) et ne pas seulement traiter la maladie biologique. Il ne faut pas omettre de cibler les facteurs psychosociaux, puisque l'ACP se doit d'être une approche individualisée et non une approche standard de routine. Néanmoins, il ne faut pas sous-estimer l'importance des soins physiques. D'autres auteurs ont également suggéré que les soins physiques offerts par les infirmières sont essentiels à l'obtention des retombées positives d'une ACP (Hallsdorsdottir et Hamrin, 1997; James, 1992; McCance *et al.*, 1997; McCance, 2003). Comme il a été mentionné précédemment, la symptomatologie de la maladie, particulièrement en douleur chronique, est influencée par tous ces facteurs (Chapman *et al.*, 1999). Cette composante s'apparente à la perspective biopsychosociale du modèle de Hudon et collaborateurs (2011).

En somme, le modèle de l'ACP dans la discipline médicale (Hudon *et al.*, 2011) et le modèle de l'ACP dans la discipline infirmière (McCormack et McCance, 2006) partagent plusieurs similitudes. Tous deux soulignent l'importance de considérer le patient en tant que personne unique avec ses valeurs et ses croyances, la nécessité de l'engagement, la pertinence de la prise de décision partagée ainsi que l'intégration de la perspective biopsychosociale. Néanmoins, il est possible d'identifier une principale divergence en regard de la place qu'occupe l'alliance thérapeutique dans ces modèles. En effet, deux des cinq composantes du modèle en sciences infirmières sont en lien avec l'alliance thérapeutique, soit l'engagement et avoir une présence sympathique, en comparaison à une seule composante pour le modèle en médecine. Ceci est cohérent avec la principale distinction faite précédemment entre l'approche centrée sur le patient et l'approche centrée sur la personne où il est mentionné que l'approche centrée sur la personne met davantage l'emphase sur les relations entre les soignants, les patients et les personnes significatives dans la vie de ces derniers (Binnie et Titchen, 1999; Dewig, 2004; McCormack, 2004; Nolan *et al.*, 2004). La considération de la famille dans la définition de l'ACP est

également unique à la discipline infirmière. La figure 2 présente une combinaison de ces deux modèles, permettant de bien voir les similitudes entre les deux.

Figure 2. Combinaison des deux modèles de l'ACP



Adaptée de McCormack B, McCance T (2006) Developing a conceptual framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing* 56: 472-479 et de Hudon C, Fortin M, Haggerty JL, Lambert M, Poitras ME (2011) Measuring Patients' Perception of Patient-Centered Care: A Systematic Review of Tools for Family Medicine. *Annals of Family Medicine* 9 : 155-164.

2.1.3.4. Résultats pour le patient, sa famille et le soignant

Le but ultime de l'utilisation d'une ACP est bien sûr l'obtention de retombées positives pour le patient, sa famille ainsi que les soignants impliqués. Ainsi, cette dernière dimension du modèle de McCormack et McCance (2006) sera abordée dans la prochaine section, puisque les retombées sont également d'une grande importance dans la discipline médicale.

2.1.4 Retombées de l'utilisation de l'ACP

2.1.4.1 Retombées en médecine et en sciences infirmières

L'importance de l'utilisation de l'ACP dans la discipline médicale a été soutenue par plusieurs chercheurs, puisque de nombreuses retombées positives pour le patient lui sont attribuables. À titre d'exemple, déjà en 1987, une équipe de recherche avait démontré que l'utilisation de l'ACP par des médecins de famille était associée à une plus grande satisfaction des patients (Roter *et al.*, 1987). Plus spécifiquement, dans cette étude, les chercheurs ont filmé des rencontres entre des patients simulés et des médecins de famille. Le comportement du médecin était évalué à l'aide d'une grille d'observation exhaustive et les patients simulés devaient évaluer leur satisfaction à l'aide de questionnaires auto-administrés. Les bienfaits de l'utilisation d'une ACP ont également été identifiés dans des études en sciences infirmières. À titre d'exemple, un groupe de recherche a trouvé une association positive entre l'utilisation d'une communication centrée sur la personne par les infirmières et la satisfaction des parents en regard des soins reçus pour leurs enfants malades (Wanzer *et al.*, 2004). Il est à noter que peu de détails ont été mentionnés par les auteurs en regard de la méthode d'évaluation de la satisfaction des parents. Dans une autre étude, des chercheurs ont observé que des soins davantage centrés sur la personne et une attitude de compassion étaient liés à une augmentation du temps de qualité entre le patient et sa famille et une meilleure opportunité pour la famille de donner un sens à leur situation (Smith *et al.*, 2010). Fait intéressant, ces auteurs ont également démontré que les infirmières qui utilisaient ce type d'approche comprenaient davantage l'expérience des patients, ce qui a mené à des changements directs dans leur pratique, comme une meilleure communication subséquente avec d'autres familles. Diverses méthodes de collecte de données ont été utilisées dans cette étude, dont des entrevues, des observations et des questionnaires. Néanmoins, dans cet article, les chercheurs n'ont pas défini le concept d'ACP qu'ils ont retenu, ne permettant pas de confirmer si les retombées rapportées sont attribuables à une approche similaire à celle retenue dans la présente étude doctorale.

2.1.4.2 Retombées pour les patients atteints de douleur chronique

D'autres études ont également trouvé des résultats intéressants pour une clientèle atteinte de douleur chronique, comme l'équipe de Sewitch (2004) qui a investigué l'adhésion aux traitements de patientes atteintes de fibromyalgie suivies par des rhumatologues. Les médecins et leurs patientes ont rempli individuellement le questionnaire *Patient-Physician Discordance Scale* (Sewitch *et al.*, 2003) permettant de mesurer leur perception de l'importance de différents aspects de la prise en charge, incluant la reconnaissance des symptômes et leur traitement, le bien-être, la communication et la satisfaction générale. L'observance à la médication des patientes a également été évaluée à l'aide d'un autre questionnaire. Les auteurs ont observé qu'une mauvaise adhésion aux traitements pharmacologiques était reliée à une discordance entre la perception du médecin et celle de la patiente en regard des soins. Toujours auprès d'une clientèle atteinte de fibromyalgie, Alamo et collaborateurs (2002) ont évalué l'effet d'une formation spécifique sur l'ACP destinée à des médecins de famille sur l'état de santé de ces patients. Plus spécifiquement, deux groupes de patients ont été suivis pendant une année. Le premier groupe était suivi par des médecins ayant reçu une formation spécifique sur l'ACP alors que l'autre groupe bénéficiait d'un suivi usuel par des médecins n'ayant pas reçu cette formation. Leurs résultats ont démontré que le premier groupe présentait une diminution du nombre de points de sensibilité et de détresse psychologique après un an de suivi, ce qui n'a pas été observé dans le deuxième groupe. Fait intéressant, une équipe allemande a récemment effectué une étude auprès de 256 patients atteints de fibromyalgie afin d'identifier leurs préférences concernant le type d'approche utilisée par leurs soignants et les résultats ont démontré que ces patients préfèrent largement une ACP (Ullrich *et al.*, 2014).

Si plusieurs études démontrent un impact positif de l'utilisation de l'ACP dans les soins de santé, certaines n'ont néanmoins pas obtenu de résultats concluants, suggérant que son utilisation n'améliore pas certaines retombées cliniques, comme la satisfaction générale des patients, leur adhérence à la médication ou encore leur assiduité aux rencontres (Betz *et al.*, 1999; Joos *et al.*, 1996). Il a été suggéré que cette absence de consensus soit expliquée par l'importance de la congruence entre les attitudes des patients et celle de leurs soignants concernant le rôle du patient dans le processus décisionnel du traitement (Cvengros *et al.*,

2007). Ceci souligne l'existence de certaines limites à l'utilisation de l'ACP et mérite une attention particulière.

2.1.5 Limites de l'ACP

L'utilisation de l'ACP peut être accompagnée d'un lot de défis, particulièrement en regard de la prise de décision partagée. À titre d'exemple, dans des situations d'urgence, il n'est pas toujours possible de consulter les patients concernant leurs perspectives sur leur état de santé et leurs préférences de traitement (Charles *et al.*, 1997). De plus, certains problèmes de santé peuvent être moins propices à la prise de décision partagée où le traitement approprié est plus évident, comme dans le cas du diabète de type 1, où l'insuline est un traitement essentiel.

Bien qu'un intérêt croissant pour une interaction collaborative entre le soignant et le patient ait été observé au cours des dernières années, certains patients ne désireraient pas participer activement au processus décisionnel de traitement (Robinson et Thomson, 2001). Ainsi, le soignant doit ajuster son approche et faire preuve de flexibilité pour répondre aux besoins particuliers de chaque patient. Il s'agit d'une question importante que le soignant doit se poser dans un contexte d'ACP, à savoir à quel degré le patient souhaite participer à la prise de décision. À la lumière de cette réalité, l'équipe de Epstein (2005) souligne qu'une « flexibilité éclairée » devrait être considérée comme une qualité fondamentale de l'ACP. Les auteurs utilisent le terme « flexibilité éclairée » afin d'en faire la distinction avec un simple acquiescement aux demandes du patient. Ces derniers suggèrent même une légère modification à la définition de l'ACP de McCormack et McCance (2006) afin qu'elle soit davantage opérationnelle. Ainsi, le soignant devrait favoriser le partage du pouvoir et des responsabilités du patient en l'impliquant dans les différents choix à un degré qu'il souhaite, sans pour autant tomber dans une complète passivité.

L'utilisation de l'ACP doit être considérée à la fois comme un trait, c'est-à-dire un style général de pratique (McWhinney, 1995), mais également comme un état, c'est-à-dire caractérisé par des comportements spécifiques à une interaction particulière (Roter *et al.*,

1987) et donc influencé par les facteurs liés au patient (Epstein *et al.*, 2005; McCormack et McCance, 2006; Mead et Bower, 2000a). Encore une fois, le soignant qui favorise généralement l'utilisation de l'ACP ne doit pas aller contre les valeurs et les intérêts du patient, mais collaborer avec ce dernier, ce qui inclut également d'être capable d'ajuster son approche selon le niveau d'implication désiré du patient. Néanmoins, comme il a été mentionné précédemment, un soignant ne peut accepter une complète passivité et peut encourager le patient ou encore négocier avec lui, dans le but de l'impliquer davantage car au final, il s'agit de sa maladie. Selon Brearly (1990), l'équilibre idéal entre le degré d'activité du patient et celui du soignant devrait donc dépendre du problème de santé, du contexte ainsi que des préférences et du potentiel de participation du patient. En ce sens, une étude a démontré l'importance de la congruence des attitudes des patients et de leurs soignants concernant la prise de décision partagée (Cvengros *et al.*, 2007). Dans cette recherche, les auteurs avaient recruté 16 médecins de soins primaires et 146 de leurs patients qui ont complété des questionnaires concernant le type d'approche qu'ils préféraient. Parmi les questionnaires utilisés, notons le *Patient-Practitioner Orientation Scale* (PPOS) et le *Multidimensional HLOC Scale*. Les résultats ont démontré que les patients qui avaient une attitude similaire à celle de leur médecin étaient davantage satisfaits et avaient une meilleure adhésion aux recommandations de traitement. Cette dernière étude suggère donc qu'une attitude du patient congruente avec celle du médecin optimiserait les retombées cliniques encourues par l'ACP. Devant ces évidences, l'idée de « flexibilité éclairée » a donc été considérée dans la définition de l'ACP qui a été utilisée dans la présente thèse. Il importe cependant de mentionner que le PPOS est un questionnaire qui a été conçu et validé pour une population de professionnels de la santé (Krupat *et al.*, 1999; 2000) et que le *Multidimensional HLOC Scale* a été élaboré et validé dans une population de patients (Wallston *et al.*, 1978). Dans le cadre de cette étude, les auteurs ont adapté ces questionnaires afin que les médecins et les patients puissent les remplir, mais la validité n'a pas été analysée. Or, la validité et la fidélité d'un instrument sont propres à une population et un contexte particulier. Il est donc possible que que l'adaptation de ces questionnaires à d'autres populations que celles pour lesquelles ils ont été conçus puisse influencer la validité et la fidélité.

En somme, bien que les soignants reconnaissent que l'ACP puisse être une stratégie bénéfique pour les patients, force est de constater que sa réelle utilisation comporte son lot de défis et qu'aucune recette universelle ne peut être utilisée, puisque les soignants doivent avoir un style flexible et s'adapter à leurs patients (Epstein *et al.*, 2005; Krupat *et al.*, 2000). Il a d'ailleurs été démontré que le type d'approche adoptée par les soignants pouvait varier de façon intra-individuelle, mais également inter-individuelle (Bensing, 2000; Zandbelt *et al.*, 2006). Or, cette variation n'est pas toujours synonyme d'adaptation, puisque certains soignants utilisent une ACM et ce, même avec des patients qui préfèrent une ACP (Cvengros *et al.*, 2007). Ainsi, même si un intérêt grandissant pour l'ACP a été remarqué depuis quelques années (Dale *et al.*, 2008), bon nombre de soignants demeurent davantage orientés sur la tâche et impliquent peu leurs patients dans la consultation (Bensing *et al.*, 2006). Des évidences soulignent un autre phénomène inquiétant, puisque qu'un déclin de l'utilisation de l'ACP au cours de la formation académique des résidents en médecine a été constaté (Haidet *et al.*, 2002). Il est donc pertinent de s'attarder aux différents facteurs pouvant influencer le type d'approche privilégiée par le soignant afin de trouver des solutions pour contrer cette sous-utilisation.

2.1.6 Facteurs influençant l'utilisation de l'ACP

Bon nombre de facteurs ont été suggérés comme étant en mesure d'influencer le type d'approche privilégiée par le soignant pour un patient en particulier. Dans leur modèle, Mead et Bower (2000a) suggèrent différentes classes de facteurs qui peuvent influencer le type d'approche utilisée, dont les facteurs liés au patient et ceux liés au soignant. Ces classes de facteurs ont également été rapportées par des auteurs dans la discipline infirmière (Epstein *et al.*, 2005; McCormack et McCance, 2006). De plus, il est possible de constater que certaines influences contextuelles et environnementales s'ajoutent à ces facteurs qui peuvent avoir un impact direct ou indirect sur le type d'approche privilégié par le soignant (McCormack et McCance, 2006; Mead et Bower, 2000a).

Depuis plus de 25 ans, un intérêt marqué est observé en regard des facteurs liés au patient (Benbassat *et al.*, 1998; Blanchard *et al.*, 1988; Bradley *et al.*, 1996; Butow *et al.*, 1995;

Cassileth *et al.*, 1980; Degner et Sloan, 1992; Irish, 1997; Johnson *et al.*, 1995; Kinnersley *et al.*, 1999; Krupat *et al.*, 2001; Mead et Bower, 2000a; Robinson et Thomson, 2001; Stewart *et al.*, 1995; Stewart, 2001; Willems *et al.*, 2005; Zandbelt *et al.*, 2006). À l'opposé, les facteurs liés au soignant ont été moins investigués (Bertakis *et al.*, 1995; Bertakis et Azari, 2011; Chan et Ahmad, 2012; Tsimtsiou *et al.*, 2012; Zandbelt *et al.*, 2006). Les prochains paragraphes présenteront les principales connaissances actuelles en regard de ces deux groupes de facteurs ainsi que les facteurs environnementaux.

2.1.6.1 Facteurs liés au patient

A) Caractéristiques du patient préférant l'ACP

Les auteurs s'étant intéressés aux caractéristiques des patients qui souhaitent bénéficier d'une ACP se sont surtout attardés à leurs préférences en regard de la dimension de la prise de décision commune. Certains patients ne désireraient pas participer activement au processus décisionnel de traitement (Robinson et Thomson, 2001). Deux revues de la littérature ainsi qu'une étude plus récente ayant utilisé des questionnaires auto-administrés ont obtenu des résultats fort congruents (Benbassat *et al.*, 1998; Irish, 1997; Krupat *et al.*, 2001). Ainsi, leurs observations suggèrent que les personnes plus âgées (Benbassat *et al.*, 1998; Irish, 1997; Krupat *et al.*, 2001) et les hommes (Benbassat *et al.*, 1998; Krupat *et al.*, 2001) seraient plus passifs dans la prise de décision. Les patients avec un plus faible niveau d'éducation (Benbassat *et al.*, 1998; Krupat *et al.*, 2001) et ceux avec une pathologie plus grave (Benbassat *et al.*, 1998) démontreraient également moins d'intérêt à participer au processus décisionnel. Néanmoins, il ne faut pas prendre pour acquis que tous les patients possédant ces caractéristiques préfèrent être plus passifs. Certains de ces patients souhaiteraient malgré tout prendre une part active à leur plan de traitement, comme il en est le cas pour les jeunes patients atteints de cancer (Cassileth *et al.*, 1980). Il est donc important de demander les préférences des patients puisque ces derniers ne les expriment que lorsqu'elles sont spécifiquement demandées par le médecin (Zandbelt *et al.*, 2006).

B) Caractéristiques du patient influençant le type d'approche privilégiée par le soignant

Dans la littérature, il est également possible d'identifier certaines caractéristiques des patients qui influencent les soignants en regard du type d'approche que ces derniers

utiliseront. À titre d'exemple, une revue de la littérature a conclu que les médecins avaient davantage tendance à être directifs et moins collaboratifs avec les patients ayant un faible statut socio-économique (Willems *et al.*, 2005). Dans la même veine, des chercheurs ont évalué le type d'approche des soignants à l'aide de la grille d'observation *Davis Observation Code* (Callahan et Bertakis, 1991) et ont découvert que les médecins utilisaient davantage une ACP lorsque le niveau d'éducation du patient était plus élevé (Bertakis et Azari, 2011). Cette dernière observation est cohérente avec le fait que certains soignants se questionnent à savoir si les patients peuvent réellement comprendre certaines informations médicales (Frantsve et Kerns, 2007). Les résultats de l'équipe de Bertakis et Azari (2011) soutiennent également que les soignants auraient tendance à opter davantage pour l'ACP avec les femmes, les adultes plus âgés, les non-fumeurs et les patients ayant une pathologie plus sévère (Bertakis et Azari, 2011). Des résultats similaires ont également été rapportés dans une étude (Zandbelt *et al.*, 2006).

Paradoxalement, certaines évidences suggèrent que les patients plus âgés qui ont une maladie plus grave préfèrent habituellement des soins centrés sur la maladie. Afin d'expliquer ces observations, l'équipe de Zandbelt (2006) a avancé que les médecins utiliseraient davantage une ACP lorsque le patient présente plus de symptômes physiques. Néanmoins, dans un contexte de douleur chronique, peu est connu concernant l'impact de la présence de signes physiques apparents sur le type d'approche privilégiée par le soignant. Plusieurs patients atteints de douleur chronique ne présentent aucun signe physique et demeurent souvent stoïques face à la douleur (Bouckenaere, 2007; Monsivais, 2013). Il serait intéressant de vérifier si la présence de signes physiques apparents est en mesure d'influencer l'approche des soignants. Il est à noter qu'à ce jour, aucun chercheur ne s'est intéressé à l'influence de ce facteur sur l'utilisation de l'ACP dans un contexte de douleur chronique.

Ces études soutiennent que les caractéristiques des patients peuvent influencer le type d'approche utilisée par le soignant. Par contre, l'effet de ces caractéristiques ne semblent pas être suffisant pour prédire l'utilisation d'une ACP, puisque selon une revue de la littérature, ces dernières expliqueraient moins de 20 % de la variabilité (Benbassat *et al.*,

1998). Ainsi, d'autres facteurs sont susceptibles d'être impliqués, suggérant un rôle potentiel des caractéristiques du soignant.

2.1.6.2 Facteurs liés au soignant

Bien que les facteurs liés au soignant aient été systématiquement moins étudiés jusqu'à présent, des observations permettent de cibler certaines caractéristiques susceptibles d'influencer le type d'approche utilisée par ce dernier. Il est démontré que les femmes médecins utilisent davantage une ACP que leurs collègues masculins (Bertakis *et al.*, 1995; Bertakis et Azari, 2011; Zandbelt *et al.*, 2006). Cet effet du genre a également été retrouvé chez les résidents (Krupat *et al.*, 1999), ce qui suggère que cette différence dans les attitudes entre les femmes et les hommes existe dès la formation académique. Une récente étude a démontré que le jeune âge du médecin et un plus faible statut socioéconomique sont deux prédicteurs de l'utilisation d'une ACP (Tsimtsiou *et al.*, 2012), suggérant que l'utilisation de cette approche s'érode avec l'âge. De plus, les soignants plus satisfaits de leur travail, ceux qui ont reçu une formation antérieure sur la communication et ceux qui ont de fortes croyances religieuses, ont davantage tendance à utiliser une ACP (Tsimtsiou *et al.*, 2012). Il est à noter que ces études ont utilisé des méthodes rigoureuses où le type d'approche privilégiée par le soignant a été mesurée à l'aide de questionnaires auto-administrés (Krupat *et al.*, 1999; Tsimtsiou *et al.*, 2012) ou à l'aide de grilles d'observation complétées lors de consultations cliniques (Bertakis *et al.*, 1995; Bertakis et Azari, 2011; Zandbelt *et al.*, 2006). Il est intéressant de faire le parallèle avec le modèle conceptuel de Mead et Bower (2000a) précédemment présenté, qui propose que la personnalité du soignant, incluant certaines caractéristiques psychosociales, peuvent avoir un rôle à jouer dans le type d'approche privilégiée. Ces caractéristiques n'ont toutefois pas été investiguées directement par ces auteurs et méritent une attention particulière.

2.1.6.3 Facteurs environnementaux

En plus des facteurs liés au patient ou au soignant, d'autres éléments peuvent être en mesure d'influencer le type d'approche privilégiée, tel que le suggère le modèle conceptuel de Mead et Bower (2000a). Plusieurs barrières à l'utilisation de l'ACP peuvent découler de facteurs environnementaux. À titre d'exemple, des facteurs organisationnels peuvent avoir

un rôle à jouer, comme le fait que certains soignants craignent qu'une collaboration active avec le patient puisse augmenter leur charge de travail (Reschovsky *et al.*, 2001). Récemment, un chercheur a effectué une revue de la littérature concernant la définition, les modèles et les méthodes d'implantation de l'ACP (Pelzang, 2010). Pour ce faire, l'auteur a fait une recherche exhaustive dans plusieurs bases de données reconnues, dont Medline, CINHAL et ProQuest, où plusieurs mots-clés ont été utilisés. Néanmoins, peu de renseignements sont mentionnés concernant la méthode retenue pour évaluer la qualité des articles retenus. Un aspect intéressant issu de cette revue concerne les principales barrières de l'utilisation de l'ACP. Parmi les principales barrières recensées, l'une des plus importantes consiste en l'environnement de travail, dont le manque de personnel (Pelzang, 2010), le manque de temps et le manque de motivation (Dunn, 2003). Néanmoins, au contraire de ce que plusieurs croient, l'utilisation de l'ACP ne prolongerait pas de façon significative la durée des consultations, en les allongeant de tout au plus une minute (Henbest et Fehrsen, 1992; McLean et Armstrong, 2004). Il serait donc pertinent de sensibiliser les soignants à cette réalité. Pelzang (2010) mentionne également d'autres barrières à ne pas négliger, tel qu'une éducation inadéquate en regard de l'ACP et une dominance du modèle biomédical dans le système de santé. Ceci peut également être soutenu par le déclin de l'utilisation de l'ACP au cours de la formation des résidents en médecine (Haidet *et al.*, 2002). Finalement, il existerait certaines craintes concernant une augmentation des coûts liés à l'utilisation d'une ACP, mais ces appréhensions seraient non fondées puisque de récentes études ont démontré que l'intégration de l'ACP dans les soins pouvait réduire jusqu'à 40 % des coûts totaux attribuables aux traitements (Olsson *et al.*, 2009). Cette diminution des coûts serait, entre autre, attribuable à la diminution de la demande soins et de tests diagnostiques de la part du médecin. Des résultats similaires ont également été obtenus par une équipe québécoise (Coulmont *et al.*, 2013). Ce groupe a également noté un plus haut niveau de rétention des employés et une meilleure atmosphère de travail, ce qui contribue aussi à une diminution des coûts.

En somme, plusieurs facteurs sont en mesure d'influencer le degré d'utilisation de l'ACP par les soignants. Si le rôle du patient a été étudié sous plusieurs angles, l'importance des caractéristiques du soignant n'a pas fait l'objet d'une investigation aussi exhaustive,

puisque'un moins grand nombre de chercheurs s'y sont attardés. Plus spécifiquement, l'influence des caractéristiques psychosociales du soignant peut certainement occuper un rôle primordial dans son choix du type d'approche à utiliser. En ce sens, des évidences suggèrent que l'empathie et la santé mentale du soignant sont deux caractéristiques pouvant potentiellement influencer l'approche du soignant (Krasner *et al.*, 2009; Passalacqua et Segrin, 2012). Mais avant de présenter ces diverses évidences, les définitions de l'empathie et de la santé mentale qui ont été utilisées dans le cadre de cette étude doctorale, ainsi que l'état actuel des connaissances concernant les liens entre l'ACP et ces concepts seront présentés dans les prochaines sections.

2.2 Empathie

Dans son ouvrage *Empathy in Patient Care*, Hojat (2007) dresse un portrait complet de l'histoire de l'empathie. La notion d'empathie a d'abord été introduite en 1873 par Robert Vischer, un historien en arts qui utilisait alors le mot allemand *Einfühlung* pour désigner l'empathie. Ce terme était employé pour représenter les sentiments ressentis lors de l'appréciation d'une œuvre d'art. Quelques années plus tard, soit en 1887, Theodore Lipps, un psychologue et philosophe allemand, a introduit l'usage du mot *Einfühlung* en psychologie, mais la première utilisation de ce terme dans un contexte de relations humaines revient à Wilhelm Wundt, le père de la psychologie expérimentale. Puis en 1909, le psychologue Edward Bradner Titchener inventa le terme anglais *Empathy*, issu des racines grecques *em* (dans, à l'intérieur) et *pathos* (souffrance, douleur) (Coulehan *et al.*, 2001), qui signifie l'appréciation des sentiments d'une autre personne (Wispé, 1986). Ce n'est que quelques années plus tard que Elmer Southard suggéra l'importance de l'empathie dans la relation entre le patient et le soignant afin de faciliter le diagnostic. Depuis, un intérêt grandissant pour l'empathie a été observé, mettant à contribution plusieurs domaines de recherche, notamment la philosophie, la psychologie, la sociologie et plus récemment les neurosciences. Nous sommes néanmoins toujours devant une absence de consensus en ce qui concerne la nature de ce phénomène (Hojat, 2007; Preston et de Waal, 2002). Le large éventail de définitions de l'empathie retrouvées dans la littérature

peut en témoigner, découlant probablement du fait qu'il s'agit d'un processus évolutif qui possède de multiples composantes (Halpern, 2007).

2.2.1 Définitions de l'empathie

Une revue de la littérature permet de constater qu'il existe de nombreuses ambiguïtés en ce qui concerne la définition de l'empathie (Hojat, 2007). Les différentes perspectives ont été volontairement rassemblées dans cette thèse, afin de présenter une vue d'ensemble des principales définitions qui ont été émises jusqu'à aujourd'hui. En général, l'empathie est décrite comme étant un attribut cognitif ou affectif ou encore une combinaison de ces deux composantes (Hojat, 2007), ce qui a donné naissance à trois grandes perspectives, soit i) la perspective cognitive; ii) la perspective émotionnelle et iii) la perspective cognitive et émotionnelle.

2.2.1.1 Perspective cognitive

Selon Hojat (2007), un groupe de chercheurs a décrit l'empathie comme étant un attribut à prédominance cognitive (Basch, 1983; Dymond, 1949). En effet, l'empathie a d'abord été décrite comme étant une « capacité à comprendre la situation d'une autre personne sans en faire sa propre situation » (Mackay *et al.*, 1990) ou encore comme étant un processus cognitif complexe impliquant des fonctions cognitives, comme le jugement, le raisonnement et l'évaluation. En d'autres termes, la perspective cognitive réfère à la capacité de comprendre l'expérience intérieure d'autrui ainsi que ses sentiments, et d'être en mesure de voir le monde extérieur à travers les expériences, la perspective et les préoccupations de l'autre personne (Gladstein et Feldstein, 1983; Hojat *et al.*, 2001a). Elle est davantage associée à la compréhension de la qualité des sentiments et non au degré et à la quantité de ces derniers.

2.2.1.2 Perspective émotionnelle

Dans son ouvrage, Hojat (2007) présente également un autre groupe de chercheurs qui a plutôt prôné que l'empathie soit une caractéristique émotionnelle ou affective (Eisenberg et

Lennon, 1983; Hoffman, 1981). Dans cette perspective, la composante émotionnelle serait plutôt liée à la capacité d'entrer dans l'expérience et les sentiments de l'autre personne (Aring, 1958; Hojat *et al.*, 2001a). Certains vont même un peu plus loin en définissant l'empathie comme étant une réponse émotionnelle suscitée par, et congruente avec les sentiments perçus de quelqu'un d'autre (Batson et Coke, 1981). Néanmoins, selon Wispé (1986), cette perspective ne serait pas suffisante pour définir l'empathie et elle correspondrait davantage au concept de sympathie.

2.2.1.3 Perspective cognitive et émotionnelle

Dans un article publié à la fin des années 80 par Wispé (1986), il est possible de bien distinguer l'empathie de la sympathie. Cet auteur soulignait l'importance de la distinction entre *Feeling into* (composante cognitive) et *Feeling with* (composante émotionnelle), suggérant que l'empathie implique ces deux composantes à divers degrés. Dans cette perspective, le processus d'information cognitive impliquerait des activités mentales spécifiques, comme le raisonnement et l'évaluation, tandis que le processus d'information émotionnelle entraînerait une réponse affective spontanée qui ne requiert pas un processus mental comme c'est le cas dans le raisonnement (Hojat, 2007). En d'autres termes, le raisonnement et l'évaluation seraient liés à la réponse cognitive tandis que la spontanéité serait liée à la réponse affective. Dans cette perspective, l'empathie serait donc une combinaison de ces deux composantes, mais il faut être prudent pour ne pas la confondre avec la sympathie, où la composante émotionnelle occupe une plus grande place.

En effet, même si les termes sympathie et empathie sont souvent mis dans le même panier, des évidences soutiennent que ces deux concepts reflètent différentes qualités humaines qui, dans un contexte clinique, ont des impacts bien distincts. Cette distinction est particulièrement pertinente dans un contexte de soins, puisque l'expérience de la sympathie serait impliquée dans l'épuisement professionnel des personnes aidantes (Black et Weinreich, 2003). L'origine étymologique du mot sympathie découle des termes grecques *sym* (être avec) et *pathos* (souffrance, douleur) (Black, 2004). Selon certains auteurs, dans un contexte de soins, la sympathie est définie comme étant un état émotionnel qui implique de ressentir la douleur et la souffrance du patient (Hojat, 2007; Hojat *et al.*, 2011). Selon

Decety (2010), dans certaines situations, l'empathie peut être précurseur à la sympathie. Cette expérience de la sympathie réfère alors à des sentiments de préoccupation pour le bien-être de l'autre personne, où la motivation est davantage orientée sur l'autre personne, tandis que l'expérience de l'empathie implique la reconnaissance des émotions et sentiments de l'autre personne, mais nécessite une distinction claire entre soi-même et l'autre (Decety, 2010; Decety et Michalska, 2010). En d'autres termes, l'empathie et la sympathie impliquent les composantes émotionnelles et cognitives, mais à différents degrés. Plus spécifiquement, l'empathie engage des processus davantage cognitifs, tandis que la sympathie est un processus majoritairement émotionnel (Hojat, 2007).

2.2.1.4 Définition de l'empathie dans un contexte de soins

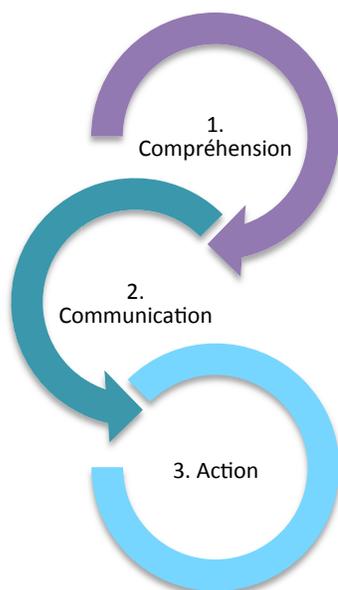
Bien que les sciences psychosociales ne semblent pas s'entendre sur une définition universelle du concept d'empathie, au cours des dernières années, un consensus semble s'être peint dans un contexte de soins. Si *a priori* la définition de l'empathie a surtout été débattue sous forme de deux grandes perspectives (cognitive et émotionnelle), dans un contexte de soins une troisième composante vient s'ajouter, soit la composante comportementale (Hojat, 2007; Irving et Dickson, 2004). L'ajout de cette composante à la définition de l'empathie n'est pas exclusif au contexte des soins de santé, mais l'importance de la communication et du comportement est particulièrement notable dans ce contexte. Plus spécifiquement, le soignant doit comprendre le monde du patient (composante cognitive), doit le ressentir avec ce dernier (composante émotionnelle), mais doit aussi communiquer sa compréhension au patient (composante comportementale). Les définitions de ces composantes (Morse *et al.*, 1992) sont d'ailleurs présentées dans le tableau 3.

Tableau 3. Définitions des composantes de l'empathie dans un contexte de soins

Composante	Définition
Émotionnelle	La capacité à vivre et à partager subjectivement l'état psychologique ou les sentiments intrinsèques de l'autre.
Cognitive	La capacité intellectuelle du soignant à identifier et à comprendre les sentiments et les perspectives de l'autre.
Comportementale	La communication à l'autre de la compréhension de sa perspective.

Plus récemment, certains auteurs ont précisé que la composante comportementale devait inclure la reconnaissance des émotions présentes qui ne sont pas nécessairement exprimées par le patient (indices non-verbaux) et la communication efficace de ces émotions afin que le patient se sente compris (Stein-Parbury, 2005; Suchman *et al.*, 1997). Cette définition laisse donc une plus grande place aux composantes cognitives et comportementales dans un contexte de soins. Cependant, certains chercheurs défendent l'importance du raisonnement émotionnel qui serait impliqué dans le processus d'empathie clinique (Halpern, 2007), mais le terme intelligence émotionnelle serait préféré pour décrire cette composante (Goleman, 1995). Cette plus grande importance de la composante cognitive dans un contexte de soins est d'ailleurs mise de l'avant dans l'une des définitions les plus citées de la littérature, soit celle de Mercer et Reynolds (2002) qui propose que l'empathie soit la capacité à : i) comprendre la situation, la perspective et les sentiments du patient (compréhension); ii) communiquer sa compréhension au patient et vérifier son exactitude (communication); iii) agir à partir de cette compréhension en collaboration avec le patient, dans une voie thérapeutique aidante (action). Une illustration de cette définition est proposée à la figure 3.

Figure 3. Illustration de l'empathie dans un contexte clinique



De par la prédominance de la communication et de l'action, la définition de Mercer et Reynolds (2002) peut suggérer que l'empathie soit une compétence professionnelle acquise plutôt qu'une expérience purement subjective ou innée (Neumann *et al.*, 2012). Une fois de

plus, cette définition n'exclue pas la composante émotionnelle, mais souligne l'importance des composantes cognitives et comportementales.

2.2.2 Retombées de l'empathie

Depuis déjà plusieurs années, l'empathie est étudiée dans un contexte de soins et est considérée comme une caractéristique essentielle d'un bon médecin (Spiro, 1992). Plusieurs auteurs s'entendent pour dire que l'empathie est un élément clé dans le développement d'une relation thérapeutique avec le patient (Dixon *et al.*, 1999; Hojat *et al.*, 2002; Mercer et Reynolds, 2002; Morse *et al.*, 1992; Neumann *et al.*, 2012). Selon l'*Association of American Medical Colleges* (2012), les écoles médicales doivent former les médecins afin qu'ils soient empathiques dans les soins qu'ils offrent à leurs patients. Ces suggestions reposent sur les nombreuses recherches qui vantent les impacts positifs de l'empathie dans les soins. Si la grande majorité des études se sont intéressées aux retombées de l'empathie pour le patient, certaines évidences soutiennent également ses bienfaits pour le soignant. En effet, l'utilisation de l'empathie dans un contexte de soins a des répercussions bidirectionnelles, affectant à la fois le patient et le soignant.

2.2.2.1 Retombées pour le patient

Au cours des dernières années, un intérêt croissant a été constaté en regard de la recherche sur l'empathie et ses potentielles retombées cliniques pour le patient. Les observations soulignent que les patients rapportent davantage leurs préoccupations et leurs symptômes lorsque le médecin utilise une communication empathique (Beckman et Frankel, 2003; Coulehan *et al.*, 2001; Halpern, 2007; Larson et Yao, 2005; Neumann *et al.*, 2007), ce qui pourrait expliquer que l'empathie serait aussi liée à une meilleure précision des diagnostics (Beckman et Frankel, 2003; Coulehan *et al.*, 2001; Halpern, 2007; Hojat, 2007; Larson et Yao, 2005). Certaines évidences suggèrent également que l'empathie favoriserait la participation du patient (Kim *et al.*, 2004; Mercer et Reynolds, 2002; Price *et al.*, 2006) et son adhésion thérapeutique (Levinson *et al.*, 2000; Nightingale *et al.*, 1991). L'empathie de l'infirmière face à son patient est associée à une diminution de la détresse psychologique, de l'anxiété, de la dépression et de l'hostilité de celui-ci (La Monica *et al.*,

1987; Murphy *et al.*, 1992; Olson et Hanchett, 1997; Olson, 1995; Reid-Ponte, 1992). De façon similaire, l'empathie du médecin serait associée à des niveaux plus faibles de dépression et une meilleure qualité de vie des patients (Neumann *et al.*, 2007; 2008). D'autres résultats soutiennent que l'empathie soit associée à une meilleure relation thérapeutique (Bertakis *et al.*, 1991; Levinson et Roter, 1995), puisque les patients se sentiraient plus à l'aise et importants quand ils ressentent de l'empathie de la part de leur médecin (Colliver *et al.*, 1998). Récemment, des chercheurs ont démontré les bienfaits de l'empathie sur des retombées cliniques considérées plus objectives. En effet, une étude auprès de patients atteints de rhume a démontré que le niveau d'empathie du médecin était un prédicteur significatif de la durée et de la sévérité de l'infection et était même associé à des changements physiologiques du système immunitaire, comme les niveaux d'interleukines-8 et de neutrophiles (Rakel *et al.*, 2009). De façon surprenante, l'équipe de Hojat (2011) a découvert que des patients diabétiques avaient des meilleurs indices glycémiques et lipidiques quand leur médecin était très empathique. Selon ces auteurs, une plus grande empathie de la part du médecin pourrait améliorer la confiance mutuelle entre le médecin et le patient. Ce lien de confiance rendrait le patient plus enclin à partager ses besoins et permettrait l'élaboration d'un plan de traitement mieux adapté à ce dernier, favorisant une meilleure observance. Le tableau 4 résume les nombreuses retombées positives de l'utilisation de l'empathie par le soignant dans un contexte de soins, soutenant d'autant plus son importance pour les patients.

2.2.2.2 Retombées pour le soignant

Outre les bienfaits de l'empathie pour les patients, certaines évidences suggèrent également des retombées bénéfiques pour les soignants. Par contre, elles ont été beaucoup moins documentées. Parmi les quelques retombées positives observées, des chercheurs ont rapporté que les soignants qui utilisaient une communication empathique avec leurs patients étaient davantage satisfaits de leurs rencontres cliniques (Suchman *et al.*, 1993). De plus, l'empathie a été proposée comme étant un facteur protecteur contre le stress vécu par le soignant (Shamasundar, 1999) et un joueur possiblement impliqué dans son bien-être (Hyypä *et al.*, 1991). Cette potentielle relation entre l'empathie et le bien-être psychologique du soignant sera d'ailleurs discutée ultérieurement.

Tableau 4. Retombées cliniques de l'empathie dans un contexte de soins

Retombées	Études	
Évaluation du patient	Augmentation du nombre de symptômes et de préoccupations rapportées	<ul style="list-style-type: none"> • Beckman et Frankel, 2003 • Coulehan <i>et al.</i>, 2001 • Halpern, 2007 • Larson et Yao, 2005 • Neumann <i>et al.</i>, 2008
	Meilleure précision du diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> • Beckman et Frankel, 2003 • Coulehan <i>et al.</i>, 2001 • Halpern, 2007 • Hojat, 2007 • Larson et Yao, 2005
	Meilleure relation thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> • Bertakis <i>et al.</i>, 1991 • Levinson et Roter, 1995
Relation patient-soignant	Meilleur aisance du patient	<ul style="list-style-type: none"> • Colliver <i>et al.</i>, 1998
	Meilleure observance thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> • Levinson <i>et al.</i>, 2000 • Nightingale <i>et al.</i>, 1991
	Meilleure participation	<ul style="list-style-type: none"> • Kim <i>et al.</i>, 2004 • Mercer et Reynolds, 2002 • Price <i>et al.</i>, 2006
État de santé du patient	Amélioration de la santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> • LaMonica <i>et al.</i>, 1987 • Murphy <i>et al.</i>, 1992 • Neumann <i>et al.</i>, 2007 • Neumann <i>et al.</i>, 2008 • Olson, 1995 • Olson et Hanchett, 1997 • Reid-Ponte, 1992
	Meilleures retombées cliniques physiologiques	<ul style="list-style-type: none"> • Hojat <i>et al.</i>, 2011 • Rakel <i>et al.</i>, 2009

2.2.3 Facteurs influençant l'empathie

Bien que les bienfaits de l'empathie dans un contexte de soins soient reconnus, force est de constater qu'il y a une variation dans son utilisation clinique, comme c'est le cas pour le type d'approche. Ceci peut, entre autre, s'expliquer par l'existence de deux types d'empathie, soit l'empathie de base (*basic empathy*) et l'empathie acquise (*trained empathy*) (Alligood, 1992). Selon Alligood (1992), l'empathie de base désigne le trait humain lié au naturel (Zderad, 1969), à l'état brut (Ehmann, 1971) ou encore à l'ordinaire de la personne (Forsyth, 1980), tandis que l'empathie acquise peut être apprise au cours de

la formation professionnelle ou du processus d'aide (La Monica, 1981; Truax, 1967). D'autres appellations peuvent être utilisées pour désigner ce dernier type d'empathie, comme l'empathie clinique (Zderad, 1969) ou l'empathie professionnelle (Forsyth, 1980). Puisqu'il s'agit d'une compétence apprise, il est donc probable que l'empathie acquise des soignants soit en lien étroit avec plusieurs facteurs psychosociaux et environnementaux, comme le genre, la formation académique reçue, la profession et finalement, les caractéristiques personnelles. Les connaissances à propos de l'influence de ces différents facteurs sur l'empathie sont présentées dans les prochains paragraphes.

2.2.3.1 Genre

Plusieurs différences entre les hommes et les femmes existent en regard des caractéristiques psychosociales et l'empathie n'y fait pas exception. Dans la population générale, il a été démontré que l'empathie auto-évaluée est plus élevée chez la femme que chez l'homme (Eisenberg et Lennon, 1983). Plus récemment, des chercheurs ont voulu vérifier cette hypothèse d'un point de vue neurophysiologique. Il faut d'abord savoir que le cortex cingulé antérieur (CCA) et l'insula, sont deux structures clés impliquées dans l'expérience de l'empathie pour la douleur (Botvinick *et al.*, 2005; Jackson *et al.*, 2005; 2006). Les résultats d'une étude d'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf) ont démontré que le degré d'activation de ces deux structures lors d'une situation empathique était comparable chez les hommes et chez les femmes (Singer *et al.*, 2006). Ces observations suggèrent une absence de différences entre les hommes et les femmes en ce qui concerne les mécanismes neurophysiologiques sous-jacents à l'empathie. Cependant, une autre équipe de recherche a investigué les différences entre les hommes et les femmes dans les mécanismes neuronaux en comparant leurs réponses électrophysiologiques (potentiels évoqués somesthésiques - PES) (Han *et al.*, 2008). Leurs résultats démontrent de plus fortes amplitudes des PES chez les femmes, suggérant une réponse électrophysiologique plus importante. La contradiction entre ces résultats peut s'expliquer, en partie, par les différentes méthodologies utilisées. En effet, l'IRMf et les PES sont deux technologies qui permettent l'étude de l'activité corticale, possédant chacune leurs avantages et leurs désavantages. L'IRMf est reconnue pour avoir une résolution temporelle

relativement faible en comparaison aux PES. Avec l'IRMf, il peut donc être plus difficile d'enregistrer les réponses empathiques qui peuvent survenir rapidement.

Dans un contexte de soins, des différences entre les femmes et les hommes sont également rapportées. En effet, 55 médecins, 41 résidents et 193 étudiants en médecine ont complété un questionnaire permettant l'auto-évaluation de leur niveau d'empathie dans leur pratique (Hojat *et al.*, 2001). Les résultats ont démontré que les femmes avaient des niveaux significativement plus élevés que les hommes. Ces résultats ont également été répliqués par d'autres groupes de recherche s'étant intéressés à l'empathie chez d'autres étudiants en médecine (DiLalla *et al.*, 2004; Stratton *et al.*, 2008) et chez les étudiants au baccalauréat en sciences infirmières (Fields *et al.*, 2011; Ward *et al.*, 2009). Fait intéressant, ces observations ont été constatées à l'aide de divers questionnaires, dont le *Jefferson Scale of Physician Empathy* (JSPE) (Fields *et al.*, 2011; Hojat *et al.*, 2001; Ward *et al.*, 2009), une version adaptée de l'*Interpersonal Reactivity Index* (Stratton *et al.*, 2008) et l'*Empathy, Spirituality, and Wellness in Medicine Survey* (DiLalla *et al.*, 2004), suggérant que les différences selon le genre ne sont pas isolées à un seul questionnaire. Néanmoins, les auteurs de ces études ne se sont pas attardés à la comparaison du comportement empathique selon le genre. Il serait donc intéressant de vérifier si le genre peut également influencer les comportements empathiques des soignants dans leur pratique, incluant leur attitude avec le patient.

2.2.3.2 Formation académique

Au cours des dernières années, une préoccupation importante s'est dessinée concernant les potentiels effets négatifs de la formation académique des soignants sur leur empathie envers leurs patients. Cette inquiétude découle des nombreux constats qui soutiennent que l'empathie des étudiants en médecine (Chen *et al.*, 2007; DiLalla *et al.*, 2004; Hojat *et al.*, 2004; Hojat *et al.*, 2009; Kliszcz *et al.*, 1998; Newton *et al.*, 2008; Stratton *et al.*, 2008; Thomas *et al.*, 2007), des résidents en médecine (Bellini *et al.*, 2002; Rosen *et al.*, 2006; Shanafelt *et al.*, 2005) et des étudiantes en sciences infirmières (Ozcan *et al.*, 2010; Ward *et al.*, 2012), décline tout au cours de leur formation universitaire.

Face à ce grand intérêt pour cette question, l'équipe de recherche de Neumann (2011) a fait une revue de la littérature sur le sujet. Pour ce faire, les auteurs ont recensé les articles ayant été publiés entre janvier 1990 et janvier 2010. Ces derniers ont identifié 18 études pertinentes sur le sujet. Leur analyse a fait ressortir que la grande majorité des études, qu'elles soient longitudinales (Bellini *et al.*, 2002; Hojat *et al.*, 2004; Hojat *et al.*, 2009; Newton *et al.*, 2008; Rosen *et al.*, 2006) ou transversales (Chen *et al.*, 2007; DiLalla *et al.*, 2004; Kliszcz *et al.*, 1998; Shanafelt *et al.*, 2005; Stratton *et al.*, 2008; Thomas *et al.*, 2007), avaient observé une diminution significative de l'empathie au cours de la formation. Une étude a démontré une tendance à un déclin (Newton *et al.*, 2000) et une seule étude a proposé que les niveaux d'empathie soient stables au cours de la formation (Todres *et al.*, 2010). Dans cette revue de la littérature, les auteurs ont également identifié les raisons potentielles derrière cette diminution de l'empathie. Parmi plusieurs hypothèses étudiées, dont un effet de l'âge et du genre, les résultats mènent à la conclusion que l'exposition à la réalité clinique et la détresse psychologique seraient les deux principales raisons de ce déclin de l'empathie au cours de la formation. Le postulat concernant l'exposition clinique est fondé sur le fait que 10 des 11 études portant sur les étudiants en médecine ont démontré que l'empathie diminuait significativement entre la troisième année de formation et les premières expériences cliniques. Sept études ont également observé un phénomène similaire auprès des résidents. Devoir faire face à la mortalité et aux nombreuses morbidités des patients rencontrés dans le cadre de leur travail rendrait les étudiants et les résidents plus vulnérables et pourrait les faire souffrir eux-mêmes. Afin de se protéger contre cette souffrance et cette détresse, ces derniers auraient tendance à offrir des soins moins humanistes en démontrant notamment moins d'empathie (Neumann *et al.*, 2011). L'influence de l'exposition clinique sur l'empathie peut également être appuyée par une étude d'IRMf où les auteurs ont investigué l'activité corticale chez des médecins et des sujets contrôles exposés à une série de stimuli visuels présentant des parties du corps dans des situations douloureuses et non douloureuses (Cheng *et al.*, 2007). Leurs résultats ont démontré que chez les sujets contrôles, l'insula antérieure et le CCA étaient activés à la vue des situations douloureuses, alors qu'elles ne l'étaient pas chez les médecins. Ces données suggèrent que l'activité hémodynamique de ces deux structures impliquées dans l'empathie pour la douleur semble être modulée par l'exposition clinique à laquelle les médecins font

face quotidiennement. En ce qui concerne le rôle plus spécifique de la détresse psychologique dans le déclin de l'empathie, il sera discuté davantage ultérieurement.

Il est important de mentionner que dans les 18 études recensées dans la revue de littérature de Newmann *et al.* (2011), l'empathie des étudiants et des résidents en médecine a été auto-évaluée à l'aide de questionnaires. Or, les auteurs d'une étude récente chez des étudiants en sciences infirmières ont également démontré un tel déclin dans l'empathie auto-évaluée, mais ils ont observé une augmentation de la communication empathique (Ozcan *et al.*, 2010). Ceci soulève donc la possibilité que les différentes composantes de l'empathie puissent varier différemment au cours de la formation académique et souligne l'importance d'évaluer l'empathie à l'aide de différentes méthodes, telles que l'auto-évaluation et l'observation. Les résultats de l'équipe de Ozcan (2010) soulignent une limite des études s'attardant seulement à l'auto-évaluation puisqu'il est possible que d'autres composantes de l'empathie ne subissent pas un tel déclin.

2.3.3.3 Profession

Quelques chercheurs se sont intéressés à comparer l'empathie selon la profession, mais il existe encore à ce jour, que très peu d'évidences empiriques. Néanmoins, il est possible de constater une variation de l'empathie à travers différentes spécialités médicales. Plus spécifiquement, l'équipe de Hojat (2002) a fait un envoi postal du questionnaire JSPE à 1 007 médecins afin d'évaluer leur niveau d'empathie. Les données collectées ont permis aux auteurs de comparer les niveaux d'empathie entre 12 spécialités médicales. Leurs résultats ont démontré que les psychiatres étaient les plus empathiques, suivi par les médecins généralistes, les pédiatres, les urgentologues et les médecins de famille. À l'opposé, les anesthésistes, les orthopédistes, les neurochirurgiens, les radiologistes et les chirurgiens cardiaques ont obtenu les plus faibles scores d'empathie. Cette tendance semble déjà être installée lors de la formation, puisqu'il a été observé que les étudiants en médecine qui planifient poursuivre leurs études en médecine de famille ou en pédiatrie, sont plus empathiques que ceux qui souhaitent s'orienter en radiologie ou en pathologie (Chen *et al.*, 2007). Fait intéressant, cette équipe de recherche a utilisé le même instrument de mesure pour évaluer l'empathie, ce qui facilite la comparaison. Leurs résultats suggèrent donc que

ce serait plutôt les niveaux d'empathie qui guideraient le choix de spécialité, plutôt que la spécialité qui entraînerait un déclin de l'empathie.

2.3.3.4 *Caractéristiques personnelles*

Le rôle des caractéristiques personnelles dans l'empathie a également fait l'objet de bon nombre d'investigations depuis plusieurs années. Selon l'équipe de Hojat (2001), la communauté scientifique s'intéresse depuis plusieurs années à ce domaine d'étude. En effet, on peut apprendre dans leur article que déjà en 1969, Hogan rapportait des corrélations positives entre les scores d'empathie auto-évaluée d'étudiants en médecine, la flexibilité, la tolérance et l'extraversion, alors que des corrélations négatives ont été observées avec la dépression, l'anxiété et l'introversion. Toujours selon les écrits de Hojat (2001), cette relation entre l'empathie et la dépression chez les étudiants en médecine n'est pas isolée, puisqu'elle a été retrouvée par un autre groupe de recherche quelques années plus tard (Streit-Forest, 1982). Récemment, une équipe de recherche s'est intéressée au lien entre l'épuisement professionnel et l'empathie (Brazeau *et al.*, 2010). Pour ce faire, les chercheurs ont distribué un éventail de questionnaires à des étudiants de quatrième année en médecine, dont le *Maslach Burnout Inventory* (MBI) et le JSPE. Leurs analyses ont démontré que de hauts niveaux d'épuisement professionnel étaient associés à des niveaux plus bas d'empathie. Ces observations proposent que l'épuisement professionnel pourrait contribuer à l'érosion de l'empathie, néanmoins le type de devis utilisé ne permet pas de confirmer une relation de cause à effet.

Ainsi, ces dernières études indiquent que l'empathie auto-évaluée et l'épuisement professionnel du soignant peuvent s'influencer, sans nécessairement identifier la direction de la relation. La détresse psychologique a également été suggérée pour expliquer le déclin de l'empathie perçue chez les étudiants et résidents en médecine, alors que les évidences empiriques sont peu nombreuses. Face à une telle mise en garde des potentiels effets néfastes de l'épuisement professionnel et de la détresse psychologique du soignant sur son empathie, il est pertinent de s'attarder davantage à cette caractéristique personnelle de ce dernier. Dans le cadre de ce projet doctoral, nous nous sommes intéressés à l'épuisement

professionnel, mais également au concept plus large de la santé mentale du soignant, qui inclut la détresse et le bien-être psychologique (Massé *et al.*, 1998a; 1998b; 1998c).

2.3 Santé mentale

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé mentale comme étant « ... un état de bien-être dans lequel l'individu a la capacité de faire face aux tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et fructueux et est en mesure d'apporter une contribution à sa communauté » (*World Health Organization*, 2001, p. XVII). Selon cette définition, une bonne santé mentale consiste non seulement en l'absence de maladie mentale, tels que l'épuisement professionnel ou la dépression, mais doit également comprendre le bien-être (Herrman *et al.*, 2005). Le concept de santé mentale inclut deux volets, soit le bien-être et la détresse psychologique (Massé *et al.*, 1998a). Même s'il est possible de croire que le bien-être et la détresse psychologique soient deux pôles du même concept, l'équipe de Massé (1998a) souligne qu'il s'agit de deux dimensions bien distinctes de la santé mentale, puisque ces deux concepts ne sont que modérément corrélés. De plus, l'épuisement professionnel, une problématique de santé bien présente chez les soignants, peut affecter la santé mentale (Gopal *et al.*, 2005; Shanafelt *et al.*, 2002; West *et al.*, 2006). Ainsi, le bien-être psychologique, la détresse psychologique et l'épuisement professionnel sont trois concepts de santé mentale qui seront investigués dans la présente thèse. Ils seront abordés plus en détails dans les prochains paragraphes.

2.3.1 Définitions du bien-être psychologique

À la fin des années 1990, une équipe québécoise a fait une revue de la littérature dans le but d'élaborer un instrument de mesure de la santé mentale, adapté à la population québécoise (Massé *et al.*, 1998a; 1998b; 1998c). Leur travail a identifié quelques définitions du bien-être psychologique qui ont vu le jour au cours des dernières décennies. Ainsi, l'équipe de Massé (1998a) nous apprend que Cherlin et Reeder (1975) ont suggéré que le bien-être psychologique recouvre deux axes, soit un axe « agréable-désagréable » qui réfère à des émotions comme la gaieté et la dépression, et un axe « activité-inertie » qui réfère au

potentiel d'action d'une personne. Quelques années plus tard, d'autres chercheurs ont suggéré que le bien-être psychologique soit plutôt composé de trois dimensions, soit le bonheur ou l'affect développé envers la vie quotidienne, la satisfaction face à la vie comme une évaluation cognitive de l'évolution d'un individu vers l'atteinte de ses buts, et le moral comme condition morale d'un individu envers la discipline et la confiance (Okun et Stock, 1987). Quant à l'équipe de Massé (1998c), elle a effectué une étude qualitative auprès de la population québécoise, où elle a identifié six dimensions au bien-être psychologique, soit i) l'estime de soi; ii) l'équilibre; iii) l'engagement social; iv) la sociabilité; v) le contrôle de soi et des événements; et vi) le bonheur. Ces dimensions ainsi que leur définition sont présentées dans le tableau 5.

Tableau 5. Dimensions du bien-être psychologique

Dimension	Définition
Estime de soi	Réfère au fait de se sentir en confiance, être apprécié, aimé, utile, fier de soi et de ses réalisations.
Équilibre	Réfère à la stabilité émotionnelle et au niveau des activités professionnelles et familiales.
Engagement social	Réfère à l'intérêt pour son environnement par l'envie de pratiquer des loisirs et d'entreprendre des activités ainsi que par la présence d'ambitions.
Sociabilité	Réfère au partage avec l'entourage et ce avec humour, joie et écoute de l'autre.
Contrôle de soi et des événements	Réfère à l'affrontement de façon constructive et calmement des difficultés de la vie.
Bonheur	Réfère au fait de se sentir bien dans sa peau et en forme, profiter de la vie et avoir un bon moral.

Tiré de Massé R, Poulin C, Dassa C, Lambert J, Bélair S, Battaglini MA (1998a) Élaboration et validation d'un outil de mesure de la santé mentale. Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

2.3.2 Définition de la détresse psychologique

En ce qui concerne la détresse psychologique, la même tendance est observée en ce qui a trait aux multiples définitions du concept. Toujours selon l'équipe de Massé (1998a; 1998b), certains chercheurs auraient suggéré que la détresse psychologique soit composée

de quatre dimensions, soit la dépression, l'anxiété, l'irritabilité et les problèmes cognitifs (Ilfeld, 1976; Prévile *et al.*, 1990), tandis que d'autres auraient plutôt proposé trois dimensions, soit l'anxiété, la dépression et le contrôle émotif/comportemental (Veit et Ware, 1983). À la suite de leur étude qualitative, l'équipe de Massé (1998a; 1998b) a identifié quatre dimensions du concept de détresse psychologique, soit : i) l'auto-dévalorisation; ii) l'anxiété/dépression; iii) le désengagement social, et iv) l'irritabilité/agressivité. Ces dimensions ainsi que leur définition sont présentées dans le tableau 6.

Tableau 6. Dimensions de la détresse psychologique

Dimension	Définition
Auto-dévalorisation	Réfère à la perte de confiance en soi qui se traduit par un sentiment d'inutilité, une faible estime de soi et un isolement.
Anxiété/dépression	Réfère à des symptômes anxieux et dépressifs, couplés à un état de stress.
Désengagement social	Réfère au désintérêt généralisé.
Irritabilité/agressivité	Réfère à l'arrogance et conflit avec l'entourage.

Tiré de Massé R, Poulin C, Dassa C, Lambert J, Bélair S, Battaglini MA (1998a) Élaboration et validation d'un outil de mesure de la santé mentale. Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

2.3.3 Définition de l'épuisement professionnel

Dans un contexte de soins, il ne faut pas confondre l'épuisement professionnel avec la détresse psychologique. La distinction de ces termes peut parfois s'avérer ardue. L'épuisement professionnel est plus spécifiquement associé à la situation de travail, tandis que la détresse psychologique ne s'applique pas à une situation ou à un lieu spécifique (Marchand, 2004). Le concept d'épuisement professionnel s'est particulièrement développé dans les années 1980, mais à ce jour, il n'existe toujours pas de définition universellement reconnue et cette problématique de santé mentale n'apparaît pas dans les classifications communes des désordres de santé mentale (Wolfgang *et al.*, 2011). Néanmoins, l'une des définitions les plus citées est celle de Maslach et Jackson (1981) qui a été élaborée à la suite

de nombreuses recherches empiriques et qui proposent trois dimensions pour caractériser l'épuisement professionnel : i) l'épuisement émotionnel; ii) la dépersonnalisation et iii) l'accomplissement personnel (diminution). La première dimension, soit l'épuisement émotionnel, occupe un rôle central dans le processus d'épuisement professionnel et renvoie au manque d'énergie et au sentiment que les ressources émotionnelles sont épuisées. Elle se caractérise plus particulièrement par une démotivation face au travail, la sensation de frustration et de tension. La deuxième dimension, la dépersonnalisation, renvoie au développement d'attitudes impersonnelles, détachées, négatives et cyniques envers les clients. Finalement, la troisième dimension, la diminution de l'accomplissement personnel, réfère à un manque d'accomplissement, de productivité et à l'incompétence. Ces trois dimensions sont d'ailleurs intégrées dans l'un des questionnaires les plus communément utilisés pour mesurer le niveau d'épuisement professionnel, soit le MBI.

En somme, puisque les dimensions du bien-être et de la détresse psychologique proposées par l'équipe de Massé (1998a; 1998b; 1998c) sont issues de la population québécoise et qu'elles livrent un reflet plus juste de notre réalité, ces définitions ont été privilégiées dans la présente thèse. Pour ce qui est de l'épuisement professionnel, la définition de Maslach et Jackson (1981) est la plus utilisée dans la littérature et a donc été retenue.

2.3.4 Santé mentale chez les soignants : le constat

Au cours des dernières années, plusieurs préoccupations ont vu le jour en regard de la santé mentale des soignants. Dans les milieux professionnels, l'épuisement professionnel est le concept de santé mentale le plus souvent rapporté et apparaît fréquemment chez les personnes dont le travail requiert une implication interpersonnelle importante, incluant les médecins et les infirmières (Maslach *et al.*, 1996). D'ailleurs, une étude récente menée aux États-Unis a démontré que la présence d'épuisement professionnel était plus fréquente chez les étudiants en médecine, les résidents et les jeunes médecins, en comparaison à la population générale (Dyrbye *et al.*, 2014). Plus spécifiquement, selon les études, entre 25 à 80 % des médecins seraient victimes d'épuisement professionnel (Grassi et Magnagni, 2000; Isaksson *et al.*, 2008; Shanafelt *et al.*, 2002; Thommasen *et al.*, 2001). Ce phénomène

se forgerait dès la formation puisque ces pourcentages atteignent déjà 30 à 80 % des résidents (Gopal *et al.*, 2005; Shanafelt *et al.*, 2002; Thomas, 2004; West *et al.*, 2006; Willcock *et al.*, 2004). À preuve, les étudiants qui débutent leur formation en médecine ont des niveaux de dépression similaires à ceux de leurs pairs d'autres disciplines universitaires (Carson *et al.*, 2000; Rosal *et al.*, 1997), mais leur santé mentale semble se détériorer tout au cours de leurs parcours académique (Aktekin *et al.*, 2001; Ball et Bax, 2002; Carson *et al.*, 2000; Givens et Tjia, 2002; Moffat *et al.*, 2004; Roberts *et al.*, 2001; Rosal *et al.*, 1997; Tyssen *et al.*, 2011). Les infirmières ne sembleraient pas y échapper, puisqu'une étude a rapporté que 33 % des infirmières travaillant aux soins intensifs en souffrent (Embriaco *et al.*, 2007). Il est également rapporté que 56 % des infirmières qui travaillent en médecine aiguë ont des niveaux élevés d'épuisement émotionnel (Gillespie et Melby, 2003). Au Québec, 43 % des jeunes infirmières vivaient un haut niveau de détresse psychologique (Lavoie-Tremblay *et al.*, 2008), ainsi que 41 % des infirmières d'urgence (Lavoie *et al.*, 2010), ce qui est 2 fois plus élevé que dans la population québécoise (Camirand et Nanhu, 2008). En combinaison à cette forte détresse, les infirmières d'urgence démontrent également de faibles niveaux de bien-être psychologique (Bourgault *et al.*, 2015).

Face à cet inquiétant fléau, plusieurs facteurs ont été proposés pour prédire l'épuisement professionnel, comme certaines variables sociodémographiques dont l'âge et le genre, des caractéristiques personnelles comme des traits obsessifs ou agressifs, la surcharge de travail, la dépression ou encore le manque de sommeil (Mazurkiewicz *et al.*, 2012; Thomas, 2004). Un modèle conceptuel a été proposé afin d'illustrer les facteurs néfastes et les facteurs protecteurs contre l'épuisement professionnel, où le concept de santé mentale est illustré sous forme de réservoir (Dunn *et al.*, 2008). Ce réservoir possède une structure interne qui correspond à la personnalité et au tempérament de chaque individu. Cette structure interne peut être drainée par plusieurs facteurs environnementaux, dont le stress, les conflits internes et les demandes en temps et en énergie. Elle peut néanmoins être renforcée par des facteurs protecteurs, comme un soutien psychologique, des activités sociales ou sportives, du mentorat et des stimulations intellectuelles.

En regard du bien-être et de la détresse psychologique des soignants, à ce jour, peu de données sont disponibles. Il a été proposé qu'une faible latitude décisionnelle, la tension au travail et une absence de soutien par les collègues ou les supérieurs peuvent contribuer à la détérioration de la santé mentale des infirmières (Lavoie-Tremblay *et al.*, 2008). La tension au travail, plus spécifiquement la demande psychologique, a également été identifiée comme étant un facteur pouvant influencer la santé mentale des infirmières des soins intensifs, puisqu'une association entre cette variable, le bien-être et la détresse psychologiques a été rapportée (Gosselin *et al.*, 2015b).

Les statistiques sur l'épuisement professionnel et la détresse psychologique sont alarmantes et soutiennent l'importance de s'attarder à ce phénomène qui ne semble pas s'améliorer dans un contexte de soins. De plus, il a été suggéré que l'interaction avec un patient lourdement malade et souffrant peut avoir une influence sur la santé mentale du soignant (Alacacioglu *et al.*, 2009). Particulièrement dans les troubles chroniques, les repères des soignants sont ébranlés (Wise, 2007) puisque les patients sont perçus comme un échec ou une atteinte à la compétence du soignant (Emanuel et Emanuel, 1992; Rice *et al.*, 2008). Ceci soutient l'importance particulière d'explorer ces variables dans un contexte de chronicité.

2.3.5 Conséquences d'une pauvre santé mentale du soignant

Bien entendu, une mauvaise santé mentale peut entraîner des répercussions négatives sur le plan personnel pour le soignant qui en souffre (Shanafelt *et al.*, 2002; 2003). En plus de ces conséquences personnelles malheureuses, la détresse psychologique des soignants, incluant l'épuisement professionnel, la dépression, l'anxiété et le stress, peut également avoir des conséquences professionnelles importantes (Bellini *et al.*, 2002; Ramirez *et al.*, 1995; Shanafelt *et al.*, 2002).

2.3.5.1 Conséquences personnelles

Plusieurs études ont démontré les impacts négatifs d'une mauvaise santé mentale pour le soignant lui-même. À titre d'exemple, l'épuisement professionnel du médecin a été associé

à l'abus de substances, à l'intention de quitter son travail et même au suicide (Balch et Shanafelt, 2010; Dyrbye *et al.*, 2008; Shanafelt *et al.*, 2003). D'autres études ont observé des conséquences comme une hausse de l'absentéisme (Parker et Kulik, 1995), le cynisme (Firth-Cozens, 1987; Shanafelt *et al.*, 2002) et une diminution de la satisfaction reliée au travail (Goldberg *et al.*, 1996). Chez les infirmières, le bien-être et la détresse psychologique ont également été associés à la satisfaction au travail (Siu, 2002). Si dans un premier temps, les répercussions se font davantage ressentir au travail, elles peuvent ensuite mener à des conséquences personnelles et familiales (Campbell *et al.*, 2001; Geurts *et al.*, 1999). Afin d'illustrer ce dernier constat, au Canada, 62 % des médecins considèrent que leur charge de travail est trop élevée et plus de la moitié ont mentionné que leur vie personnelle en souffrait (Sullivan et Buske, 1998).

2.3.5.2 Conséquences professionnelles

D'un autre côté, des répercussions d'une mauvaise santé mentale du soignant peuvent également être ressenties par les patients. Certaines études ont démontré que la détresse personnelle vécue durant les années de résidence pouvait avoir un effet négatif sur la qualité des soins offerts par les futurs médecins (Shanafelt *et al.*, 2002). Plus spécifiquement, les auteurs ont observé que les résidents souffrant d'épuisement professionnel prenaient moins le temps de discuter des différentes options de traitement avec leurs patients, faisaient davantage d'erreurs de traitement ou de prescriptions et portaient beaucoup moins d'attention aux impacts personnels et sociaux de la maladie de leurs patients. Puisqu'il s'agit de composantes importantes de l'ACP, il est logique de croire que l'épuisement professionnel puisse avoir des répercussions sur ce type d'approche. Dans la même veine, une autre équipe de recherche a démontré un lien entre la hausse de la détresse psychologique et le déclin de l'empathie auprès des résidents (Bellini *et al.*, 2002), alors qu'inversement, le bien-être favoriserait une plus grande empathie (Shanafelt *et al.*, 2005). Il est à noter que ces diverses variables ont toutes été mesurées à l'aide de questionnaires auto-administrés. Un phénomène similaire est retrouvé chez les infirmières d'urgence, où une relation a été observée entre le bien-être psychologique et l'empathie auto-évaluée (Bourgault *et al.*, 2015). D'autres études, cette fois-ci chez les médecins, ont permis d'observer que la détresse de ces derniers pouvait diminuer la

satisfaction et le degré de confiance des patients (Haas *et al.*, 2000; Linn *et al.*, 1985). Finalement, des auteurs ont distribué des questionnaires à des médecins afin que ces derniers auto-évaluent la qualité des soins qu'ils offriraient à leurs patients ainsi que leur niveau d'épuisement professionnel (Schmoldt *et al.*, 1994). Leurs résultats soutiennent que lorsque les médecins présentent de plus hauts niveaux d'épuisement professionnel, ces derniers perçoivent les soins qu'ils offrent comme étant de moindre qualité.

L'importance d'une bonne santé mentale des soignants est mise de l'avant par les nombreuses recherches qui pointent du doigt les conséquences néfastes de son altération, autant pour le soignant lui-même que pour ses patients. De plus, certaines évidences suggèrent une probable influence de l'épuisement professionnel sur le type d'approche du soignant (Shanafelt *et al.*, 2002). D'autres soutiennent la présence d'associations entre le bien-être ou la détresse psychologique avec l'empathie du soignant (Bellini *et al.*, 2002; Shanafelt *et al.*, 2005; Bourgault *et al.*, 2015). Ceci appuie d'autant plus l'importance de s'attarder à la santé mentale du soignant dans le cadre de ce projet doctoral.

2.4 Relations entre l'ACP, l'empathie et la santé mentale

Au cours des dernières années, un certain nombre de chercheurs ont suggéré l'implication de caractéristiques personnelles dans le choix du type d'approche du soignant (McCormack et McCance, 2006; Mead et Bower, 2000a), mais peu ont investigué la relation entre le type d'approche utilisée par le soignant, son empathie et sa santé mentale (Krasner *et al.*, 2009; Passalacqua et Segrin, 2012). Il importe de préciser qu'aucune étude ne s'est spécifiquement déroulée dans un contexte de douleur chronique. Celle de l'équipe de Krasner (2009) avait pour but d'investiguer l'effet d'une formation intensive destinée aux médecins, visant la conscience de soi, la méditation pleine conscience (*mindfulness*) et les compétences de communication sur leur épuisement professionnel, leur empathie et leurs croyances concernant l'importance de la dimension biopsychosociale. Plus spécifiquement, 70 médecins de soins primaires ont participé à cette formation qui était échelonnée sur une année et était divisée en 2 phases, soit une phase intensive (8 premières semaines) et une phase de maintien (10 mois subséquents). Lors de la phase intensive, les médecins avaient

des sessions hebdomadaires de 2,5 heures, où diverses stratégies pédagogiques étaient utilisées (matériel didactique, méditation pleine conscience, exercices narratifs et appréciatifs, discussions de groupe). Pour la phase de maintien, la même formule était conservée, mais à un rythme d'une session mensuelle. Au cours de cette année de formation, plusieurs thèmes ont été abordés, dont la conscience des sensations et pensées agréables ou désagréables, l'épuisement professionnel, la signification de la médecine, la gestion des conflits et des limites professionnelles, la connaissance de soi et finalement, comment vivre avec la souffrance et les soins de fin de vie. Plusieurs mesures ont été collectées avant, pendant et après cette formation. Les participants devaient remplir à cinq reprises une batterie de questionnaires afin d'évaluer le *mindfulness* (*2-Factor Mindfulness Scale*), l'épuisement professionnel (MBI), l'empathie (JSPE), les croyances des médecins en regard de l'importance de la dimension biopsychosociale dans l'évaluation du problème du patient (*Physician Belief Scale*), la personnalité du médecin (*Mini-markers of Big Five Factor Structure*) et l'humeur (*Profile of Mood States*). Leurs résultats ont démontré que la formation avait diminué l'épuisement professionnel, augmenté l'empathie et renforcé les croyances sur l'importance de la dimension biopsychosociale dans l'évaluation du problème d'un patient. Ces résultats proposent donc qu'une formation soit en mesure de moduler ces trois variables. Néanmoins, il est impossible de savoir si la formation a amélioré à la fois l'épuisement professionnel, l'empathie et les croyances des médecins ou encore si ces variables se sont influencées entre elles. De plus, il est important de mentionner l'absence de groupe contrôle dans cette étude, ce qui ne permet pas de vérifier l'effet du temps, de maturation ou d'autres facteurs environnementaux sur ces variables. Une autre limite concerne l'instrument de mesure choisi pour l'évaluation du type d'approche utilisée par les médecins participants. En effet, seule une dimension de l'ACP a été mesurée par le questionnaire, soit la dimension biopsychosociale. Les trois autres dimensions (patient en tant que personne, alliance thérapeutique et partage du pouvoir et des responsabilités) n'ont pas été évaluées. Il est donc impossible de vérifier l'impact de la formation sur ces autres dimensions tout aussi importantes de l'ACP. Finalement, les auteurs ont opté pour une stratégie d'auto-évaluation pour mesurer les variables d'intérêts, en utilisant des questionnaires. Or, il est recommandé d'employer différentes sources de données, comme l'auto-évaluation combinée à l'observation, pour mesurer le type

d'approche utilisée (Epstein *et al.*, 2005) ainsi que l'empathie (Teherani *et al.*, 2008; Wear et Varley, 2008).

Plus récemment, une autre équipe de recherche s'est intéressée au type d'approche du soignant, son empathie et sa santé mentale (Passalacqua et Segrin, 2012). Cette fois-ci, les auteurs avaient pour but d'étudier comment l'épuisement professionnel affectait l'empathie des résidents durant une longue journée de travail et comment ces variations de l'empathie pouvaient influencer l'utilisation d'une communication centrée sur le patient. Il est important de préciser que les auteurs ont mesuré l'empathie situationnelle (*state*) et non l'empathie de base (*trait*). Il est connu que l'empathie situationnelle peut varier au cours d'une même journée selon l'influence de certains événements (Nezlek *et al.*, 2001), ce qui n'est pas nécessairement le cas de l'empathie de base. Dans cette étude, les chercheurs ont recruté 93 résidents en médecine interne. Les résidents participants devaient remplir une série de questionnaires avant et après leur journée de travail qui variait de 24 à 30 heures. Plus spécifiquement, des questionnaires sur le stress (*Perceived Stress Scale*), sur l'épuisement professionnel (MBI) et sur l'empathie situationnel (*Tsang and Stanford's State Empathy Scale*) ont été distribués au début de la journée de travail des résidents. Puis, les auteurs ont demandé aux participants de remplir une seconde fois le questionnaire sur l'empathie, puis un questionnaire sur la communication centrée sur le patient (*Patient-Centered Communication*) à la fin de cette même journée de travail. Leurs résultats ont démontré que l'épuisement professionnel prédisait un déclin de l'empathie chez les résidents et que ce déclin de l'empathie était associé à une diminution de la communication centrée sur le patient. Cette étude présente néanmoins quelques limites. Tout comme l'étude de Krasner (2009), seule une méthode d'auto-évaluation a été utilisée pour mesurer le type d'approche et l'empathie du soignant. Il aurait été intéressant de vérifier si l'observation de ces variables variait également au cours de cette longue journée de travail. De plus, les auteurs ont évalué l'épuisement professionnel seulement et non la détresse et le bien-être psychologique. Sachant que certaines études ont démontré que le bien-être psychologique était relié à l'empathie (Bourgault *et al.*, 2015; Shanafelt *et al.*, 2005), il aurait été intéressant de mesurer cette variable.

En somme, ces deux études suggèrent des associations potentielles entre le type d'approche utilisée par le soignant, son empathie et sa santé mentale. Par contre, les variables d'intérêt n'ont été investiguées qu'auprès des résidents et des médecins, mais aucune étude n'a investigué auprès des infirmières. De plus, aucune de ces recherches ne s'est déroulée dans un contexte particulier de la douleur chronique. Finalement, seules des auto-évaluations des variables d'intérêt ont été collectées.

2.5 Relations entre l'ACP et l'empathie du soignant

Il est souvent pris pour acquis que l'empathie soit un prérequis à l'application d'une ACP (Cox, 2011; Irving et Dickson, 2004; Tait, 2008), mais de façon surprenante, les évidences empiriques sont limitées. Ceci découle probablement du fait que plusieurs observations suggèrent une association entre ces deux variables. En effet, comme il a été mentionné précédemment, les patients ont tendance à davantage rapporter leurs préoccupations et symptômes (Halpern, 2007; Hojat, 2007; Larson et Yao, 2005) et à participer dans leur plan de traitement lorsque leur soignant est empathique (Kim *et al.*, 2004; Mercer et Reynolds, 2002; Price *et al.*, 2006). Le fait que le soignant soit empathique favorise également l'établissement et le maintien d'une meilleure relation avec le patient (Levinson et Roter, 1995; Neumann *et al.*, 2009). Ces retombées de l'empathie peuvent donc avoir une influence sur les quatre dimensions de l'ACP, à savoir la perspective biopsychosociale, le patient en tant que personne, le partage du pouvoir et des responsabilités et l'alliance thérapeutique (Hudon *et al.*, 2011; McCormack et McCance, 2006; Mead et Bower, 2000a; Stewart *et al.*, 1995).

Néanmoins, dans les faits, seules deux études ont identifié de façon empirique un possible lien entre l'ACP et l'empathie (Chen *et al.*, 2007; Passalacqua et Segrin, 2012). Dans la première étude, qui a d'ailleurs été discutée précédemment, les chercheurs avaient pour objectif principal de mesurer les niveaux d'empathie des étudiants au cours de leur formation en médecine en utilisant un devis transversal (Chen *et al.*, 2007). Ils avaient comme objectif secondaire de vérifier si les scores d'empathie différaient selon le choix de spécialité anticipé par les étudiants. L'empathie de 658 étudiants de la première à la

quatrième année de médecine a été évaluée à l'aide du questionnaire JSPE. Des renseignements sociodémographiques ont également été collectés, incluant leurs préférences en regard de leur choix de spécialité. Les résultats ont démontré que les étudiants préférant une spécialité orientée vers le patient, comme la médecine de famille, la pédiatrie ou la psychiatrie, étaient plus empathiques que leurs collègues préférant une spécialité orientée vers la technologie, comme la chirurgie ou l'anesthésiologie. Les résultats de cette étude suggèrent donc un lien potentiel entre l'empathie et le type d'approche du soignant. Néanmoins, il ne s'agit là que d'un proxy, puisqu'aucune mesure directe du type d'approche n'a été collectée. Cette étude présente également d'autres limites, dont le choix de n'avoir évalué l'empathie qu'avec un questionnaire auto-administré. La relation entre le type d'approche du soignant et l'empathie est également appuyée par une autre étude, soit celle de Passalacqua et Segrin (2012) qui a été présentée et discutée précédemment. Cette fois-ci, les auteurs avaient démontré qu'un déclin dans l'empathie situationnelle prédisait une diminution de la communication centrée sur le patient. Leur observation soutient qu'une érosion de l'empathie influence la communication avec le patient, ce qui peut compromettre la qualité de leurs soins. Mais comme il a été mentionné au préalable, cette étude comporte certaines limites.

Tout compte fait, les évidences empiriques soutenant une association entre l'ACP et l'empathie chez le soignant sont peu nombreuses, voire inexistantes dans le contexte particulier de la douleur chronique. Bien que cette association soit souvent évoquée comme étant logique, sa démonstration empirique manque, ce qui soutient bien le besoin d'étudier davantage ce phénomène.

2.6 Relations entre l'ACP et la santé mentale du soignant

Très peu de chercheurs se sont intéressés aux possibles associations entre le type d'approche utilisée par le soignant et sa santé mentale, que ce soit le bien-être, la détresse psychologique, ou encore l'épuisement professionnel. Plus spécifiquement, trois études se sont intéressées à l'effet de la santé mentale du soignant sur son type d'approche (Krasner *et al.*, 2009; Passalacqua et Segrin, 2012; Ratanawongsa *et al.*, 2008).

L'étude de l'équipe de Ratanawongsa (2008) avait pour objectif d'investiguer la relation entre l'épuisement professionnel des médecins et la communication entre le médecin et ses patients. Ils ont opté pour une étude longitudinale où 40 médecins et 235 de leurs patients ont été recrutés. Les médecins ont d'abord rempli un questionnaire composé de six items dérivés du MBI pour évaluer leur niveau d'épuisement, puis ils ont été filmés lors de certaines rencontres avec leurs patients. Le style de communication des médecins a ensuite été analysé à l'aide de la grille d'observation *Roter Interaction Analysis System* (RIAS). Leurs résultats ont démontré qu'il n'y avait pas de relation statistiquement significative entre le niveau d'épuisement professionnel et la communication centrée sur le patient. Bien que cette étude comporte plusieurs forces, notamment l'utilisation d'un devis longitudinal, une bonne taille d'échantillon et l'observation de rencontres réelles et authentiques, certaines limites peuvent être identifiées. En effet, les auteurs ont utilisé une grille d'observation qui ne permet pas de mesurer l'ACP telle que définie par Mead et Bower (2000a), Hudon et collaborateurs (2011) ou encore Stewart (1995) qui correspond aux définitions les plus couramment citées dans la littérature. De plus, le questionnaire MBI n'a pas été administré dans sa forme complète, ce qui limite la validité et les comparaisons avec d'autres études.

Comme il a été mentionné précédemment, l'étude de Krasner et collaborateurs (2009) a démontré qu'une formation était en mesure d'améliorer à la fois l'épuisement professionnel et les croyances en regard de l'importance de la dimension biopsychosociale chez les médecins, tandis que celle de Passalacqua et Segrin (2012) soutient que l'épuisement professionnel prédit un déclin de l'empathie qui lui, est associé à une diminution de la communication centrée sur le patient. Ainsi, les résultats de ces deux dernières études permettent de croire que le type d'approche du soignant et sa santé mentale peuvent être associés. Fait intéressant, dans l'étude de Passalacqua et Segrin (2012), les auteurs suggèrent que le déclin de la communication centrée sur le patient soit une conséquence de l'érosion de l'empathie. Ceci laisse supposer l'existence d'une association entre l'empathie et la santé mentale, qui pourrait expliquer l'effet indirect de la santé mentale du soignant sur le type d'approche qu'il préconise.

2.7 Relations entre l'empathie et la santé mentale du soignant

Au cours de la dernière décennie, plusieurs équipes de recherche se sont attardées à la santé mentale des soignants et l'empathie. Bien que plusieurs résultats aient été obtenus, certains sont contradictoires. Des évidences soutiennent qu'un haut niveau de bien-être psychologique soit associé à une plus grande empathie et ce, autant chez les étudiants en médecine (Shanafelt *et al.*, 2005; Thomas *et al.*, 2007) que chez les infirmières (Bourgault *et al.*, 2015). Fait intéressant, une étude descriptive-corrélacionnelle de notre équipe de recherche a permis d'investiguer plus particulièrement les relations entre le bien-être, la détresse psychologique et l'empathie (Bourgault *et al.*, 2015). Dans cette recherche, 30 infirmières travaillant à l'urgence ont complété une batterie de questionnaires permettant d'évaluer les variables d'intérêt. Leurs résultats ont démontré que l'empathie était associée au bien-être psychologique, mais pas à la détresse psychologique. Néanmoins, il est possible que la petite taille d'échantillon n'ait pas permis de détecter certaines relations entre ces variables. De plus, encore une fois, seule l'auto-évaluation de l'empathie a été collectée.

Une autre étude de notre équipe de recherche a également exploré les associations potentielles entre l'empathie, le bien-être et la détresse psychologique, mais cette fois-ci chez des infirmières aux soins intensifs (Gosselin *et al.*, 2015b). Ce devis a permis d'évaluer le bien-être et la détresse psychologique à l'aide de questionnaires auto-administrés, mais également l'empathie à l'aide de diverses stratégies, dont l'auto-évaluation et l'observation par des pairs externes. Plus spécifiquement, afin de mesurer l'empathie, le questionnaire JSPE a été utilisé pour l'auto-évaluation, alors qu'une adaptation de la grille de Reynolds a été choisie pour évaluer l'empathie observée lors d'une simulation clinique standardisée. Cette fois-ci, les résultats ont démontré qu'un plus haut niveau d'empathie était corrélé à un niveau plus élevé de détresse psychologique. Fait intéressant, les résultats ont montré que seule l'empathie observée corrélait avec la détresse psychologique, ce qui n'était pas le cas pour l'empathie auto-évaluée. Ceci soutient une fois de plus l'importance de mesurer l'empathie à l'aide de diverses méthodes d'évaluation.

Une des hypothèses des auteurs pour expliquer cette association entre l'empathie et la détresse des infirmières consiste en le fait que les infirmières victimes de détresse psychologique sont davantage sensibles aux sentiments des patients, ce qui peut faciliter une attitude empathique.

En ce qui concerne l'épuisement professionnel, quelques études ont observé une relation avec l'empathie, suggérant que les soignants plus empathiques ont des scores moins élevés d'épuisement professionnel (Brazeau *et al.*, 2010; Lamothe *et al.*, 2014; Passalacqua et Segrin, 2012; Thomas *et al.*, 2007). Toutes ces études ont exploré la relation entre l'empathie et l'épuisement professionnel évalués à l'aide de questionnaires auto-administrés auprès de groupes d'étudiants (Brazeau *et al.*, 2010; Thomas *et al.*, 2007), de résidents en médecine (Passalacqua et Segrin, 2012) ou encore de médecins en pratique (Lamothe *et al.*, 2014). Les instruments de mesure pour l'évaluation de l'empathie variaient selon les études, alors que tous les groupes de recherche ont opté pour le questionnaire MBI pour évaluer l'épuisement professionnel. Ce questionnaire possède trois sous-échelles permettant d'évaluer les différentes dimensions de l'épuisement professionnel (épuisement émotionnel, dépersonnalisation et accomplissement personnel). Les résultats de deux de ces études suggèrent que l'empathie est inversement associée au score total de l'épuisement professionnel (Lamothe *et al.*, 2014; Passalacqua et Segrin, 2012), alors qu'une étude a retrouvé une relation entre l'empathie et chacune des sous-échelles (Brazeau *et al.*, 2010). La dernière étude a quant à elle identifié une relation négative entre l'empathie et la sous-échelle de la dépersonnalisation pour tous les participants, alors qu'une relation avec la sous-échelle de l'épuisement émotionnel a été observée chez les hommes seulement (Thomas *et al.*, 2007). Il semble donc y avoir un consensus quant à une relation entre l'empathie et l'épuisement professionnel, néanmoins les résultats varient selon certaines variables, notamment le genre, l'instrument de mesure choisi pour l'empathie et le groupe investigué. En ce qui concerne la relation de ces variables auprès des infirmières, elle ne semble pas avoir été investiguée encore à ce jour.

À la lumière de ces dernières études, il est possible de constater une absence de consensus quant aux potentielles associations entre l'empathie et la santé mentale, ce qui justifie

l'importance d'explorer davantage ce phénomène. Si plusieurs auteurs ont réussi à démontrer une relation entre l'empathie et l'épuisement professionnel chez les médecins et futurs médecins (Brazeau *et al.*, 2010; Lamothe *et al.*, 2014; Passalacqua et Segrin, 2012; Thomas *et al.*, 2007), la présence d'un tel lien avec le bien-être ou la détresse psychologique semble moins évidente (Bourgault *et al.*, 2015; Gosselin *et al.*, 2015b). De plus, les résultats de l'étude de l'équipe de Gosselin (2014; 2015b), soulèvent l'importance de l'utilisation de plusieurs stratégies d'évaluation pour mesurer le concept d'empathie. Ceci est également soutenu par les propos d'autres auteurs qui ont démontré que les différentes stratégies d'évaluation de cette variable ne corrèlent pas toujours entre elles (Hemmerdinger *et al.*, 2007; Teherani *et al.*, 2008; Wear et Varley, 2008). Il est donc important de se pencher sur les différentes stratégies possibles, leurs avantages et leurs désavantages, afin d'évaluer l'empathie et les autres variables d'intérêt de cette étude.

2.8 Stratégies d'évaluation de l'ACP et de l'empathie

Plusieurs stratégies d'évaluation de l'ACP et de l'empathie existent et peuvent être divisées en trois grandes catégories : i) l'évaluation à la première personne ou l'auto-évaluation; ii) l'évaluation à la deuxième personne ou l'évaluation par le patient; et iii) l'évaluation à la troisième personne ou l'évaluation par un observateur externe (Epstein *et al.*, 2005; Hemmerdinger *et al.*, 2007).

Au cours des dernières années, plusieurs groupes de recherche ont rapporté une absence de corrélation entre ces différentes perspectives d'évaluation, que ce soit pour l'ACP (Epstein *et al.*, 2005; Mead et Bower, 2000b) ou l'empathie (Gosselin *et al.*, 2014; Hemmerdinger *et al.*, 2007; Teherani *et al.*, 2008; Wear et Varley, 2008). Plus spécifiquement, l'équipe de Hemmerdinger (2007) a effectué une revue de la littérature sur les différents instruments de mesure de l'empathie en médecine. Les auteurs ont identifié 36 différents instruments de mesure de l'empathie, où seulement 8 instruments possédaient des propriétés psychométriques acceptables. Ils ont également observé que les mesures auto-évaluées de l'empathie ne corrélaient pas de façon statistiquement significative avec celles de l'empathie évaluée par une tierce personne, tout comme il avait été observé dans une étude

précédente de notre équipe de recherche (Gosselin *et al.*, 2014). De plus, des résultats similaires ont été rapportés dans la revue de littérature de l'équipe de Epstein (2005) concernant les mesures de l'ACP.

Face à de tels constats, le choix des stratégies d'évaluation de ces variables soulève un défi particulier. Il est d'ailleurs recommandé de combiner différentes stratégies d'évaluation afin d'obtenir des perspectives complémentaires de ces variables (Epstein *et al.*, 2005; Hemmerdinger *et al.*, 2007). Bien que l'utilisation de questionnaires auto-administrés soit la stratégie la plus utilisée, elle est plus susceptible d'intégrer un biais de désirabilité sociale et elle ne permet pas de considérer l'influence de certains facteurs particuliers liés aux patients (Epstein *et al.*, 2005), telle que la présence ou l'absence de signes physiques. Puisque l'ACP doit être une approche flexible devant s'ajuster selon les situations cliniques, il est donc pertinent d'opter pour une stratégie d'évaluation qui permet de considérer ces facteurs. Néanmoins, la popularité de cette stratégie de mesure permet la comparaison des résultats avec ceux d'autres études. Les questionnaires PPOS (Krupat *et al.*, 1999) et JSPE (Hojat *et al.*, 2001), qui sont auto-administrés, sont d'ailleurs largement utilisés pour mesurer l'ACP et l'empathie respectivement et possèdent de bonnes propriétés psychométriques. Il devient alors pertinent d'utiliser cette stratégie en combinaison avec une observation afin de suivre les recommandations.

De ce côté, différentes stratégies peuvent être utilisées pour permettre l'observation des comportements associés à l'ACP et l'empathie, dont les plus communes sont l'observation de rencontres cliniques réelles et l'observation de simulations de patients standardisés (Epstein *et al.*, 2005; Hemmerdinger *et al.*, 2007; Teherani *et al.*, 2008). Bien que les rencontres cliniques réelles représentent le milieu le plus authentique, son utilisation peut soulever plusieurs difficultés éthiques et méthodologiques, incluant l'impossibilité d'avoir des visites standardisées et répétitives, permettant de comparer les participants entre eux. L'utilisation de simulations avec patients standardisés peut outrepasser ces difficultés, mais cette procédure est très coûteuse et nécessite des infrastructures complexes (Childs, 2002; Peteani, 2004).

Afin de permettre l'observation de ces variables, tout en favorisant une bonne faisabilité, le développement d'une nouvelle stratégie de recherche s'avère nécessaire. Une stratégie souvent utilisée afin de susciter et d'étudier l'empathie pour la douleur dans un contexte de recherche est l'utilisation de photographies ou de très courtes vidéos présentant des situations douloureuses (Decety *et al.*, 2009; Jackson *et al.*, 2006; Lamm *et al.*, 2011). Par contre, cette stratégie ne peut permettre l'évaluation du type d'approche privilégiée par les soignants ou encore leur comportement empathique dans le cadre d'une situation clinique. Inspiré de cette stratégie, le développement de courtes vidéos de patients réels représente une procédure simple, abordable et permet une évaluation répétitive et standardisée du type d'approche utilisée et de l'empathie des soignants. Cette stratégie ne place pas le soignant dans une interaction réelle et humaine avec le patient, mais possède l'avantage de présenter une situation dynamique se rapprochant de la réalité clinique tout en permettant une comparaison standardisée entre les différents soignants participants.

À notre connaissance, de telles vidéos n'étaient pas disponibles dans un contexte de douleur chronique. Il était donc nécessaire de développer des instruments afin de mesurer les comportements associés à l'ACP et à l'empathie. Afin de mesurer l'ACP et l'empathie suscitées par les vidéos, il était également nécessaire d'utiliser des grilles d'observation. Une revue de la littérature a donc été effectuée afin d'identifier les grilles déjà existantes. La revue de la littérature de l'équipe de Epstein (2005) rapportent différentes mesures existant pour évaluer l'ACP dans un contexte de médecine et inclut trois grilles d'observation fréquemment utilisées : i) *Euro-Communication Scale* (Mead et Bower, 2000b); ii) *Measure of Patient-Centered Communication* (Brown *et al.*, 2001); iii) *Roter Interaction Analysis System* (RIAS) (Ford *et al.*, 1996). Par contre, aucune de ces grilles d'observation ne permet de mesurer le degré d'ACP, telle que définie par l'équipe de Hudon (2011). Ces grilles ne permettraient donc pas de mesurer le concept d'ACP tel que défini dans le cadre de ce présent projet de doctorat. La grille *Davis Observation Scale* (Callahan et Bertakis, 1991) a également été analysée. Cette dernière est composée de 20 items incluant les éléments suivants : prévention, éducation, promotion de la santé et vérification de la compliance. Ces thèmes ne permettent donc pas de couvrir toutes les dimensions de l'ACP.

Ainsi, aucune grille identifiée dans la littérature ne permettait de mesurer l'ACP dans notre contexte particulier selon la définition retenue.

Pour ce qui est de l'empathie, selon la revue de la littérature de Hemmerdinger *et al.* (2007), une seule grille d'observation permettant d'évaluer l'empathie à la troisième personne possède des propriétés psychométriques acceptables. Il s'agit de la grille *Four Habits Coding Scheme* (Krupat *et al.*, 2006) qui permet d'évaluer l'empathie, mais également les habiletés de communication générale du médecin. Cette grille n'alloue donc pas une évaluation exclusive de l'empathie. Quelques années plus tard, une revue de la littérature des mesures de l'empathie en sciences infirmières a été publiée (Yu et Kirk, 2009). Les auteurs ont recensé trois grilles permettant l'évaluation de l'empathie selon la troisième personne : i) *Carkhuff Indices of Discrimination and Communication* (Carkhuff, 1969); ii) *Visual Analog Scale* (Wheeler *et al.*, 1996) et iii) *Reynolds Empathy Scale* (Reynolds, 2000). Parmi ces trois instruments de mesure, seul le dernier possède de bonnes propriétés psychométriques. Cet instrument a d'ailleurs été traduit en français et validé dans une étude antérieure de notre équipe de recherche (Gosselin *et al.*, 2015a).

Ainsi, dans la présente étude doctorale, l'utilisation de questionnaires auto-administrés a été retenue. Afin de suivre les recommandations concernant l'évaluation de l'ACP et l'empathie et de répondre à nos différents objectifs qui seront présentés subséquentement, l'utilisation de vidéos standardisées présentant des patientes réelles atteintes de douleur chronique combinée à l'usage de grilles d'observation permettant d'évaluer l'ACP et l'empathie par un observateur externe a également été retenue.

2.9 Résumé de la recension des écrits

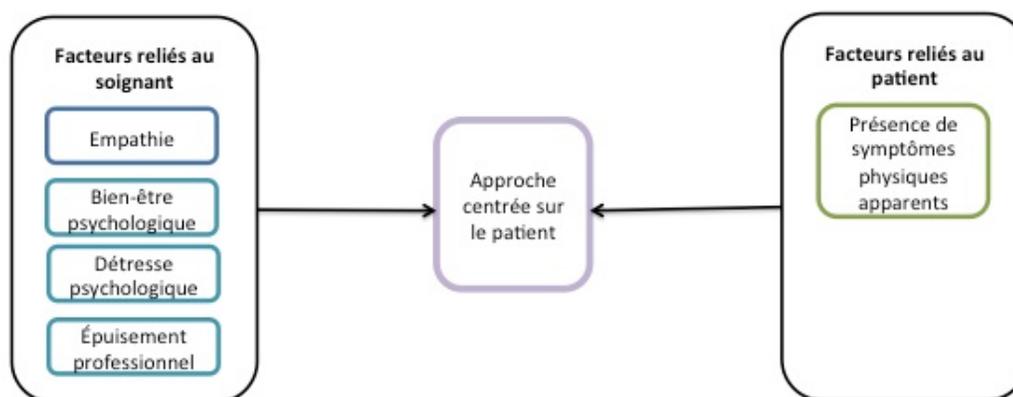
En somme, des constats inquiétants ont été identifiés concernant la sous-utilisation de l'ACP, puisque ce type d'approche est reconnue pour entraîner des bénéfices intéressants pour les patients atteints de douleur chronique (Alamo *et al.*, 2002; Frantsve *et al.*, 2007; Monsivais et Engebretson, 2011). Afin de mieux comprendre cette sous-utilisation de l'ACP, il a été suggéré que le degré d'utilisation de cette approche pouvait être influencé

par plusieurs facteurs, notamment des facteurs liés aux patients et d'autres liés aux soignants (Epstein *et al.*, 2005; McCormack et McCance, 2006; Mead et Bower, 2000a). Bien que les facteurs liés aux patients aient été largement étudiés, l'impact de la présence de signes physiques apparents chez les patients atteints de douleur chronique demeure inexploré. Ce facteur est particulièrement important car bon nombre de ces patients ne démontrent pas de symptômes visibles et demeurent même impassibles en situation de douleur (Bouckenaere, 2007; Monsivais, 2013).

Du côté des facteurs liés aux soignants, peu d'études se sont intéressées particulièrement au rôle de l'empathie et de la santé mentale de ce dernier sur le type d'approche qu'il utilisera avec ses patients. Parmi toutes les études recensées, aucune n'a investigué les associations entre le type d'approche privilégiée par le soignant, son empathie et sa santé mentale (bien-être, détresse psychologique et épuisement professionnel) dans un contexte de douleur chronique. Seule deux études se sont intéressées à la fois à l'ACP, l'empathie et la santé mentale des soignants (Krasner *et al.*, 2009; Passalacqua et Segrin, 2012). Néanmoins, dans les deux cas, le concept d'ACP n'a pas été évalué dans son entièreté, puisque seules certaines dimensions ont été mesurées, comme la perspective biopsychosociale (Krasner *et al.*, 2009) ou encore la communication centrée sur le patient (Passalacqua et Segrin, 2012). Concernant le lien entre l'ACP et l'empathie, bien que ces deux variables soient souvent instinctivement associées, peu d'évidences empiriques ont été recensées. Une seule étude avait pour but de comparer les niveaux d'empathie selon les préférences de spécialités médicales chez les résidents (Chen *et al.*, 2007), utilisant ainsi un proxy pour mesurer l'ACP. En regard de l'empathie et de la santé mentale, un plus grand nombre d'articles ont été retrouvés dans la littérature. Par contre, à la suite de l'analyse de leurs observations, il est possible de constater une absence de consensus, soulevant le besoin d'investiguer davantage ces variables. Parmi toutes les études répertoriées, la majorité ont investigué la discipline médicale, laissant la discipline infirmière encore peu explorée. De plus, la plupart de ces études ont mesuré le type d'approche et l'empathie à l'aide d'une seule méthode d'évaluation, omettant l'utilisation d'évaluations dites plus objectives, comme l'observation par un observateur externe. Finalement, l'épuisement professionnel est généralement la seule mesure choisie pour refléter la santé mentale du soignant,

l'évaluation du bien-être psychologique étant souvent laissée de côté. La figure 4, inspirée du modèle de Mead et Bower (2000a), présente un résumé des principales variables faisant l'objet de cette thèse.

Figure 4. Facteurs influençant l'ACP étudiés dans la présente étude



2.10 Objectifs de l'étude

2.10.1 Objectif principal

À la lumière de cette recension des écrits, l'objectif principal de cette thèse était d'explorer chez les soignants (médecins et infirmières), dans un contexte de douleur chronique, les associations entre le type d'approche privilégiée et : i) leur empathie; ii) leur bien-être psychologique; iii) leur détresse psychologique et iv) leur niveau d'épuisement professionnel.

2.10.2 Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont les suivants :

- 1) Mesurer le type d'approche privilégiée, l'empathie, le bien-être psychologique, la détresse psychologique et l'épuisement professionnel des médecins et infirmières.
- 2) Comparer les différentes perspectives d'évaluation (auto-évaluation et observation) de l'approche centrée sur le patient et l'empathie.
- 3) Comparer le type d'approche privilégiée et l'empathie démontrées par les médecins et infirmières selon la pathologie des patients (signes visibles et non visibles).

TROISIÈME CHAPITRE – ARTICLE 1

Afin de mesurer les variables d'intérêt du présent projet doctoral, certains instruments ont dû être développés, adaptés ou encore validés. Ce premier article présente la traduction et la validation du questionnaire *Patient-Practitioner Orientation Scale* (PPOS) qui est le questionnaire le plus largement utilisé pour mesurer le type d'approche utilisée par le soignant. Ce questionnaire n'était pas disponible en français et sa forme originale n'était pas adaptée aux infirmières. Notre équipe de recherche a donc procédé à sa traduction, son adaptation et sa validation. Ce premier article présente les détails de ce processus ainsi que l'évaluation de certaines propriétés psychométriques.

3.1 Avant-propos

Titre: Assessing patient-centered care: Validation of the French Version of the Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS)

Auteurs : Emilie Paul-Savoie, M.Sc.; Patricia Bourgault, inf., Ph.D.; Emilie Gosselin, inf., M.Sc.; Stéphane Potvin, Ph.D.; Sylvie Lafrenaye, MD, Ph.D.

Statut de l'article : Accepté – *European Journal for Person Centered Healthcare*

Contribution : Cet article a été entièrement rédigé en anglais par l'étudiante et a ensuite été soumis aux co-auteurs. La preuve d'acceptation de cet article dans le journal *European Journal for Person Centered Healthcare* est présentée à l'annexe A. La traduction du F-PPOS a été effectuée selon la méthode de traduction à rebours. L'étudiante a participé aux différentes étapes de ce processus et était membre du comité d'experts qui a statué sur les items à retenir dans la version finale. L'étudiante a également mené les pré-tests et la collecte de données auprès des 42 participants. Finalement, elle a effectué l'analyse statistique pour déterminer les qualités psychométriques de l'instrument sous la supervision d'un membre de l'équipe de recherche ayant des connaissances approfondies dans ces techniques d'analyse.

3.2 Résumé

Objectif : L'approche centrée sur le patient (ACP) est largement considérée comme une composante centrale des soins de santé de haute qualité et est associée à plusieurs retombées cliniques positives pour les patients. Bien que plusieurs études aient démontré les bénéfices de l'ACP, son degré d'utilisation varie d'un soignant à un autre. Afin de pouvoir évaluer l'utilisation de l'ACP et ainsi mieux identifier les facteurs pouvant l'influencer, il est nécessaire d'avoir des instruments de mesure rigoureux. Donc, le but de cette étude était d'adapter et valider la version française du questionnaire *Patient-Practitioner Orientation Scale* (F-PPOS) pour permettre l'évaluation de l'utilisation de l'ACP auprès des infirmières et des médecins qui travaillent avec une clientèle atteinte de douleur chronique.

Méthode : Le PPOS a été traduit et validé dans une population francophone d'infirmières et de médecins selon les recommandations méthodologiques de Hébert concernant la traduction et la validation d'instruments de mesure. La version finale du F-PPOS a été distribuée à 21 infirmières et 21 médecins ayant une clientèle atteinte de douleur chronique. La validité de contenu et la cohérence interne ont été évaluées.

Résultats : Le comité d'experts était satisfait de la validité de contenu de cet instrument. La cohérence interne était acceptable pour le score total pour tous les participants (alpha de Cronbach = 0,60), pour les infirmières (alpha de Cronbach = 0,62) et pour les médecins (alpha de Cronbach = 0,54). Ces résultats proposent que le F-PPOS possède une bonne validité de contenu et une cohérence interne acceptable.

Conclusions : Le F-PPOS pourra être utilisé dans des études futures auprès de populations francophones d'infirmières et de médecins. Cet instrument peut également être utilisé pour comparer le type d'approche utilisée par les soignants à travers les différents pays puisqu'il est présentement disponible en plusieurs langues.

3.3 Manuscript

Summary

Rationale, aims and objectives: Patient-centered care (PCC) is widely acknowledged as a central component of high-quality health care and it has been associated with many positive outcomes for patients. Although many studies support the benefits of PCC, the style of practice may vary from a caregiver to another. To measure PCC and investigate the factors that may be related to this concept, it is necessary to have rigorous instruments. Thus, the aim of this study was to adapt and validate a French version of the PPOS (F-PPOS) for the assessment of PCC in both nurses and physicians who work with chronic pain patients.

Method: The PPOS was translated and validated in a French population of nurses and physicians according to the Hébert methodological recommendations for translation and validation. The final version of the F-PPOS was distributed to 21 nurses and 21 physicians working with chronic pain patients. The content validity and the internal consistency were assessed.

Results: The expert panel was satisfied with the content validity of this instrument. The internal consistency was acceptable for the total score for all participants (Cronbach's alpha = 0.60), for nurses (Cronbach's alpha = 0.62) and for physicians (Cronbach's alpha = 0.54). The F-PPOS showed good content validity and acceptable internal consistency.

Conclusions: The F-PPOS could be used in future studies in French populations, in both nurses and physicians. This instrument can also be used to compare the type of approach between caregivers in worldwide since it is available in several languages.

Keywords: Patient-centered care; questionnaire; physician; nurse; assessment; education

Introduction

Caregivers use different style of interaction with their patients. Some prefer a patient-centered care (PCC), while others prefer a disease-centered care [1]. In recent years, a growing interest has been observed for patient-centredness, which has led to a proliferation of terms, such as “person-centredness”, “client-centredness” and “user-centredness” in the literature [2]. These various terms are often used interchangeably [2,3] and refer to a similar idea [4]. As a result, PCC has several definitions. Recently, a conceptual framework was proposed by Hudon *et al.* [5] to define the PCC in the context of family medicine. The authors used the two definitions frequently cited in the literature [6,7]. The definition of Mead and Bower [6] has five dimensions: biopsychosocial perspective; the patient-as-person; sharing power and responsibility; the therapeutic alliance and the doctor-as-person. The definition given by Stewart *et al.* [7] has six interconnected dimensions: exploring both the disease and the illness experience; understanding the whole person; finding common ground regarding management; incorporating prevention and health promotion; enhancing the doctor-patient relationship and being realistic. In their conceptual framework, Hudon *et al.* [5] decided to pool the four common dimensions of these definitions: patient-as-person; biopsychosocial perspective; sharing power and responsibility; and therapeutic alliance. These four dimensions are also found in the conceptual framework of McCormack and McCance [8], used in the nursing discipline.

PCC is widely acknowledged as a central component of high-quality health care [9] and it has been associated with many positive outcomes for patients [10-12] and their families [13,14]. Indeed, PCC is related to greater satisfaction, both for patients [15] and their family [14]. Recent findings showed that caregivers had a better understanding of the experience of patients, which led to direct changes in individual and team practices [13]. Moreover, empirical data show that PCC is clinically favorable in the context of chronic illness care [3, 16-18], particularly in chronic pain management [10]. For example, researchers have shown that PCC resulted in better clinical outcomes for fibromyalgia patients, including a decrease in the number of tender points and psychological distress

[10]. Finally, PCC may also reduce the use of health care resources and health care costs [19,20].

Although many studies support the benefits of PCC, the style of practice may vary from a caregiver to another [21]. According to a recent cross-sectional observation study, the consultations in general practice seem to be more task-oriented and businesslike than before [1]. More specifically, physicians provided more medical information, but expressed less often their concern about the patients' medical condition and were less involved in partnership building. Moreover, a decline in the use of PCC was observed throughout the resident training [22]. Thus, further investigations are necessary to understand this trend concerning the decline in the use of PCC, especially since the approach has produced promising results in the context of chronic illness [23].

To measure PCC and investigate the factors that may be related to this concept, it is necessary to have rigorous instruments. The utility of any measure depends on its validity, reliability, sensitivity and feasibility [24]. Several self-report questionnaires have been designed to measure different dimensions of PCC. The Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS) is an instrument originally developed for the self-assessment of PCC by practitioners or future-practitioners [25,26] and is an interesting choice because the four dimensions of PCC as proposed by Hudon *et al.* [5] are considered. Moreover, the PPOS was adapted to several health care professionals, including physicians and medical students [25-28], nurses [29], physical therapy students [30] and dental students [31,32]. In the context of chronic pain management, interdisciplinary care is preferred [33]. Thus, it is important to choose an instrument that can be adapted to all caregivers who have a key role in the management of this condition. Moreover, the PPOS has been widely used in studies around the world [27,28,30,31,34-36] and has been translated into different languages such as Nepali, Portuguese and Greek [27,28,37,38]. However, to our knowledge, no French validation of this scale has been established. Thus, the aim of our study was to adapt and validate a French version of the PPOS (F-PPOS) for the assessment of PCC in both physicians and nurses who work with chronic pain patients.

Methods

Procedure

According to Hébert *et al.* [39], the following steps must be made for translation and validation of a research instrument: i) instrument choice; ii) reverse translation; iii) submission to an expert committee (content validation); iv) pre-test; and v) test-retest reliability. In this study, all these steps have been met, except for the test-retest reliability, which will be evaluated in future studies.

Instrument choice

The PPOS is a self-administrated instrument designed for the assessment of practitioner's or future-practitioner's attitudes and orientations in their care approach. This scale was originally developed in English to be administrated to physicians and medical students [25,26]. The PPOS contains 18 items divided into two subscales: "Sharing" and "Caring". The 9-items "caring" subscale measures whether caregivers consider the psychosocial issues, expectations, feelings and preferences of patient to be important elements in the treatment process and the caregiver-patient relationship (PCC dimensions: patient-as-person, biopsychosocial perspective and therapeutic alliance) [5-7]. The 9-items "sharing" subscale measures whether caregivers believe that control and power should be shared with the patients (PCC dimension: sharing power and responsibility) [5-7]. For each item, the caregiver is asked to indicate his or her level of agreement on a 6-point Likert scale (strongly agree to strongly disagree). A total score, ranging from patient-centered to disease-centered can be calculated by averaging all items. Mean scores can be ranked and divided into three groups: high scores (patient-centered, with a mean score of 5.00 or greater), medium scores (between 4.57 and 5.00) and low scores (disease-centered, mean of 4.57 or less) [26,27]. The original version of the PPOS has good face validity [26] and appropriate internal consistency, both for the "Sharing" (alpha of 0.85) and "Caring" (alpha of 0.84) subscales and the total scale (alpha of 0.89) [25].

Reverse translation and adaptation for nurses

The translation process was performed according to the methodological recommendations of Hébert *et al.* [39] for the translation and validation of a research instrument. Back-translation is the most reliable method of creating a French version of an instrument [40,41]. First, two independent bilingual translators translated the original version into French, independently and simultaneously. Then, two different bilingual translators translated these two French versions back into English. All translators involved in the translation process have an expertise in the health care field.

Submission to a committee of experts

A committee of experts was formed to create the pre-final version of F-PPOS. This committee was composed of four bilingual reviewers, including a physician, a nurse, a researcher and a PhD student in the health care field. Following the reverse translation, the committee of experts discussed and selected by mutual agreement the most appropriate adaptation and translation for each item until consensus was obtained. This procedure confirmed the accuracy of the translated instrument and assured the face and content validity of the F-PPOS.

Pre-test

Five participants (four nurses and one physician) completed this pre-final version of the F-PPOS, including one physician and four nurses. The average completion time of the F-PPOS was five minutes. After the F-PPOS completion, all participants were asked about the clarity of the 18 items. Based on their comments, twelve items were slightly modified. Since the PPOS was originally developed for measuring PCC in physicians [25], these twelve items were less relevant for nurses. Thus, the modifications were aimed to adapt the statements for both nurses and physicians, changing the terms “medical” for generable terms applicable for nurses. For example, “medical condition” was changed for “condition”. The modified version was sent to the committee of experts for the approbation of the final version.

Validation

Participants

The validation process was conducted from May 2013 to November 2013. The target population was nurses and physicians working with chronic pain patients in the province of Quebec, Canada. To take part in the study, the nurse or physician should: i) be a member of a professional association; ii) have chronic pain patients among its practice; and iii) speak French as a first language. A convenience sample was done to recruit participants who met these inclusion criteria. Recruitment was done in different cities and clinical environments to increase the variability of participants. Participants were recruited through advertisements and referrals. The Scientific and Human Ethics Committee of the institution where the study took place approved the research protocol, and all participants gave their written, informed consent. A coding system was used to keep data confidential. After signing informed consent, a sample of 21 nurses and 21 physicians completed the F-PPOS and a socio-demographic questionnaire. Participants did not know the purpose of the study to avoid social desirability bias.

Data analysis

Statistical analyzes were performed using the software SPSS version 18.0. To describe continuous variables, mean (standard deviation) and frequency (percentage) was used for nominal and categorical variables. To examine the internal consistency, the Cronbach's alpha coefficient was calculated for both groups of nurses and physicians.

Results

Characteristics of the sample

The sample included 42 native French speakers ranging from 27 to 67 years ($M = 46.12$ years, $SD = 10.84$) and the majority of the sample was composed of women (69%). Two groups were included in our study: nurses and physicians. Table 1 shows the characteristics of these participants.

Table 1.

Characteristics of nurses and physicians participants working in chronic pain management

	Nurses (n=21)	Physicians (n=21)
Age, mean (SD)	42.00 (7.30)	50.24 (12.32)
Gender, n (%)		
Male	5 (24)	8 (38)
Female	16 (76)	13 (62)
Clinical experience, mean (SD)	16.67 (7.11)	22.81 (12.19)
Education, n (%)		
College	6 (29)	
University	15 (71)	21 (100)
Specialty, n (%)		
Family medicine		10 (48)
Nephrology		1 (5)
Anesthesiology		3 (14)
Radiology		1 (5)
Psychiatry		1 (5)
Rheumatology		1 (5)
Orthopedics		1 (5)
Pediatrics		1 (5)
Physiatry		2 (9)

Validation

Content validation refers to the completeness and the relevance of each item in a test [42,43]. According to a consensus obtained by the same committee of experts, content validity of the F-PPOS is satisfactory for a population of French nurses and physicians. Indeed, the committee concluded that the items of the F-PPOS accurately reflected the actual concept of PCC in the health care field. Table 2 shows all translated items.

Table 2

Translation and adaptation of the PPOS

Items	
<i>Caring subscale</i>	
2	Bien que les soins de santé soient moins personnalisés de nos jours, c'est un petit prix à payer pour le progrès de la médecine. [Although health care is less personal these days, this is a small price to pay for medical advances.]
3	La partie la plus importante de la visite est l'examen physique. [The most important part of the standard medical visit is the physical exam.]
6	Lorsque les professionnels de la santé posent plusieurs questions, ils sont trop indiscrets à propos de sujets personnels. [When doctors ask a lot of questions about a patient's background, they are prying too much into personal matters.]
7	Si le diagnostic et le traitement sont adéquats, la façon dont les médecins interagissent avec les patients n'est pas si importante. [If doctors are truly good at diagnosis and treatment, the way they relate to patients is not that important.]
11	Si les principales stratégies d'un professionnel de la santé sont d'être ouvert et chaleureux, ce dernier n'aura pas beaucoup de succès. [If a doctor's primary tools are being open and warm, the doctor will not have a lot of success.]
13	Un plan de traitement ne peut réussir s'il est en conflit avec le style de vie ou les valeurs du patient. [A treatment plan cannot succeed if it is in conflict with a patient's lifestyle or values.]
14	La plupart des patients veulent entrer et sortir du bureau le plus rapidement possible. [Most patients want to get in and out of the doctor's office as quickly as possible.]
16	Il n'est pas si important de connaître la culture et les antécédents d'un patient pour traiter la maladie de cette personne. [It is not that important to know a patient's culture and background in order to treat the person's illness.]
17	L'humour est un ingrédient essentiel dans le traitement offert au patient. [Humor is a major ingredient in the doctor's treatment of the patient.]

Sharing subscale

- 1 Le professionnel de la santé est celui qui doit décider de ce qui sera discuté durant la visite. [The doctor is the one who should decide what gets talked about during a visit.]
 - 4 Il est souvent préférable pour les patients qu'ils n'aient pas une explication complète de leur condition. [It is often best for patients if they do not have a full explanation of their medical condition.]
 - 5 Les patients doivent s'appuyer sur les connaissances de leurs professionnels de la santé et ne pas essayer de s'informer eux-mêmes sur leurs conditions. [Patients should rely on their doctors' knowledge and not try to find out about their conditions on their own.]
 - 8 Plusieurs patients continuent à poser des questions, même s'ils n'apprennent rien de nouveau. [Many patients continue asking questions even though they are not learning anything new.]
 - 9 Les patients devraient être traités comme s'ils étaient partenaires avec le professionnel de la santé, égaux en termes de pouvoir et de statut. [Patients should be treated as if they were partners with the doctor, equal in power and status.]
 - 10 Les patients veulent davantage de rassurance que d'information au sujet de leur santé. [Patients generally want reassurance rather than information about their health.]
 - 12 Lorsque les patients sont en désaccord avec leur professionnel de la santé, c'est signe que ce dernier n'a pas le respect et la confiance du patient. [When patients disagree with their doctor, this is a sign that the doctor does not have the patient's respect and trust.]
 - 15 Le patient doit toujours savoir que c'est le professionnel de la santé qui dirige. [The patient must always be aware that the doctor is in charge.]
 - 18 Lorsque les patients recherchent eux-mêmes de l'information, c'est habituellement davantage mêlant plutôt qu'aidant. [When patients look up medical information on their own, this usually confuses more than it helps.]
-

Reliability

Internal consistency indicates the strength with which each statement of the questionnaire is interconnected and reflects the degree of homogeneity of the F-PPOS [42,43]. The internal consistency was calculated for all participants and subgroups. Table 3 shows the Cronbach's alpha coefficients and variance. According to McHorney *et al.* [44], the minimum reliability standard 0.50 to 0.70 is recommended for group comparisons. The internal consistency of the F-PPOS is acceptable for the total score: 0.62 for the nurses' subgroup; 0.54 for the physicians' subgroup and 0.60 for all participants. Table 4 showed Cronbach's alpha coefficients if each item is deleted. The withdrawal of item 10 increases slightly the Cronbach's alpha coefficient, but the expert panel decided to preserve this item for its relevance.

Table 3

Internal consistency of the F-PPOS

Group	Internal consistency		
	Cronbach's alpha coefficient (variance)		
	Sharing subscale	Caring subscale	Total
Nurses	0.10 (13.56)	0.65 (20.16)	0.62 (50.95)
Physicians	0.43 (22.39)	0.26 (9.46)	0.54 (43.46)
All	0.61 (28.56)	0.29 (11.32)	0.60 (49.37)

Table 4

Cronbach's alpha coefficients for total score if item deleted

Item	Nurses	Physicians	All
1	0.64	0.56	0.62
2	0.57	0.56	0.58
3	0.58	0.55	0.59
4	0.64	0.50	0.59
5	0.60	0.40	0.53
6	0.62	0.52	0.59
7	0.61	0.48	0.56
8	0.62	0.44	0.55
9	0.68	0.68	0.55
10	0.67	0.57	0.63
11	0.63	0.53	0.59
12	0.56	0.51	0.55
13	0.57	0.56	0.64
14	0.62	0.50	0.59
15	0.58	0.49	0.57
16	0.63	0.42	0.55
17	0.51	0.63	0.63
18	0.61	0.47	0.54

Discussion

Discussion

The purpose of this study was to validate a French version of the Patient-Practitioner Orientation Scale, the F-PPOS. This self-administrated questionnaire has been translated into French by following the methodological recommendations of Hébert *et al.* [39] for the translation and validation of a research instrument, except for the test-retest reliability that

would be evaluated in future studies. Our results showed that the F-PPOS was reliable and valid in a French population of nurses and physicians in the context of chronic pain.

The translation followed a rigorous process to ensure the resemblance between the original and the French versions of the PPOS. As previously mentioned, two independent bilingual translators translated in parallel the original version into French, which helps to increase the accuracy of the translation [40,41]. Then, two different bilingual translators translated these two French versions back into English to ensure the independency of the translations. The comparison of the two translated versions of the PPOS was made by a group of three independent reviewers until consensus to ensure the conceptual, semantic and content equivalence [40,41].

The pre-test allowed collecting qualitative feedback from five caregivers representative of our target population who have helped to clarify some items that could be confusing. Using a pre-test is a good procedure to verify if an instrument is clearly written and understandable by the target population [41]. According to the committee of experts, the items of the F-PPOS are both comprehensive and relevant. These qualitative results suggest a good content validity. This committee was composed of four bilingual reviewers, including a physician, a nurse, a researcher and a PhD student, all in the health care field. These professionals have complementary expertise, as recommended by some authors [45,46].

To assess reliability, internal consistency was analyzed. The internal consistency for the total score is acceptable (Cronbach's alpha = 0.60), since the minimum threshold is 0.50 [44]. These results suggest that items correlates with each other and with the total score. Although the value of the Cronbach's alpha coefficient of the F-PPOS is moderate, it is similar to internal consistencies of other cross-cultural validations (Cronbach's alpha between 0.51 and 0.61) [27,35], but lower to internal consistency of the original version (Cronbach's alpha = 0.89) [25]. For the caring and sharing subscales, the internal consistency varies from acceptable to poor, but these results can be partially explained by the low variance of the items [42]. The removal of item 10 increases slightly the internal

consistency for the nurses' subgroup ($\alpha=0.67$) and the physicians' subgroup ($\alpha=0.57$). However, the expert panel considered this item relevant and decided to preserve all items in order to allow future comparison with studies in other language.

There are some limitations to this study. First, the pre-test sample was quite small, but representative of the target population. Although the F-PPOS showed acceptable psychometric properties, the Cronbach's alpha coefficients were not optimal. Other studies with other French samples of caregivers, such as physiotherapists, occupational therapists, psychologists, could confirm the reliability of the F-PPOS in other health care professionals. Further research may also be necessary to evaluate other aspects of the instrument's validity, such as convergent or discriminant validity. Another limitation is the fact that our study included a convenience sample of nurses and physicians, which limits the generalization of the results. However, we recruited participants from distinct cities and clinical environments to increase the variability. Lastly, to complete the steps recommended by Hébert *et al.* [39] for the translation and validation of a research instrument, test-retest reliability should be evaluated by another study with the same population.

Conclusion

To our knowledge, the F-PPOS is the first instrument available in French to assess the PCC of both nurses and physicians in the context of chronic pain management. A rigorous translation process allowed creating an accurate French version of a validated tool available in the literature. The results demonstrated that the psychometric qualities of the French version are acceptable to good. This self-administrated questionnaire can be used to better understand the sources of underutilization of PCC in clinical care. Future studies will need to assess the test-retest reliability of this instrument and further validate the F-PPOS with other populations of caregivers and other cultures working in chronic pain management and other specialities.

Practice implications

PCC has been widely associated with many positive outcomes for patients [10-12] and may also reduce the use of health care resources and health care costs [19,20]. However, its use seems to be challenging and suboptimal [47] and further investigations are necessary to understand the underutilization of PCC and evaluate the effectiveness of some educational programs. Several studies have evaluated the impact of educational programs on the PCC evolution, demonstrating and improvement in its use [48-50]. In the coming years, it is possible to believe that such training will emerge in French populations. Thus, rigorous instruments, with good psychometric properties, are necessary to measure PCC. This is an essential first step to assess the outcomes of specific training targeting the use of PCC among caregivers. The F-PPOS can be used in future studies in French populations, in both nurses and physicians. This instrument can also be used to compare the type of approach between caregivers in worldwide since it is available in several languages [27,28, 37,38].

Acknowledgements

E. Paul-Savoie has a doctoral scholarship from the Canadian Institute of Health Research (CIHR). E. Gosselin has a doctoral scholarship from the *Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec*. S. Lafrenaye is supported by the Faculty of Medicine and Health Sciences of the University of Sherbrooke and a researcher at the *Centre de recherche du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke* (CR-CHUS). S. Potvin is supported by the *Centre de recherche de l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal* and the Institute's Hospital Foundation. P. Bourgault is a Junior 1 Clinician Investigator with the FRQS, and a researcher at the CR-CHUS. The authors have declared no conflict of interest.

References

1. Bensing, J.M., Tromp, F., van Dulmen, S., van den Brink-Muinen, A., Verheul, W., Schellevis, F.G. (2006) Shifts in doctor-patient communication between 1986 and 2002: a study of videotaped General Practice consultations with hypertension patients. *BMC Family Practice*, 7, 62.
2. Lepage, A., Gzil, F., Cammelli, M., Lefevre, C., Pachoud, B., Ville, I. (2007) Person-centredness: Conceptual and historical perspectives. *Disability & Rehabilitation*, 29, 1555-1565.
3. Epstein, R.M., Franks, P., Fiscella, K., Shields, C.G., Meldrum, S.C., Kravitz, R.L., Duberstein, P.R. (2005) Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: theoretical and practical issues. *Social Science & Medicine*, 61(7), 1516-1528.
4. McCance, T., McCormack, B., Dewig, J. (2011) An exploration of patient-centredness in practice. *Online Journal of Issues in Nursing*, 16(2), 1.
5. Hudon, C., Fortin, M., Haggerty, J.L., Lambert, M., Poitras, M. (2011) Measuring Patients' Perceptions of Patient-Centered Care: A Systematic Review of Tools for Family Medicine. *Annals of Family Medicine*, 9, 155-164.
6. Mead, N., Bower, P. (2000) Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51, 1087-1110.
7. Stewart, M., Brown, J.B., Weston, W.W., McWhinney, I.R., McWilliam, C.L., Freeman, T.R. (1995) Patient-centered medicine: transforming the clinical method. Thousand Oaks, CA: Sage.
8. McCormack, B., McCance, T. (2006). Developing a conceptual framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56, 472-479.
9. Committee on Quality of Health Care in America. (2001) Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press.
10. Alamo, M.M., Moral, R.R., de Torres, L.A.P. (2002) Evaluation of a patient-centred approach in generalized musculoskeletal chronic pain/fibromyalgia patients in primary care. *Patient Education & Counseling*, 48, 23-31.

11. Stewart, M., Brown, J.B., Donner, A., McWhinney, I.R., Oates, J., Weston, W.W., Jordan, J. (2000) The impact of patient-centered care on outcomes. *Journal of Family Practice*, 49(9), 796-804.
12. Wagner, E.H., Austin, B.T., von Korff, M. (1996) Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Quarterly*, 74(4), 511-544.
13. Smith, S., Dewar, B., Pullin, S., Tocher, R. (2010) Relationship centred outcomes focused on compassionate care for older people within in-patient care settings. *International Journal of Older People Nursing*, 5, 128-136.
14. Wanzer, M.B., Booth-Butterfield, M., Gruber, K. (2004) Perceptions of health care providers' communication: relationships between patient-centered communication and satisfaction. *Health Communication*, 16, 363-384.
15. Roter, D.L., Hall, J.A., Katz, N.R. (1987) Relations between physicians' behaviors and analogue patients' satisfaction, recall, and impressions. *Medical Care*, 25, 437-451.
16. Cvengros, J.A., Christensen, A.J., Hillis, S.L., Rosenthal, G.E. (2007) Patient and physician attitudes in the health care context: Attitudinal symmetry predicts patient satisfaction and adherence. *Annals of Behavioral Medicine*, 33(3), 262-268.
17. Dowsett, S.M., Saul, J.L., Butow, P.N., Dunn, S.M., Boyer, M.J., Findlow, R., Dunsmore, J. (2000) Communication styles in the cancer consultation: preferences for a patient-centred approach. *Psychooncology*, 9(2), 147-156.
18. Robinson, J.H., Callister, L.C., Berry, J.A., Dearing, K.A. (2008) Patient-centered care and adherence: definitions and applications to improve outcomes. *Journal of American Association of Nurse Practitioners*, 20(12), 600-607.
19. Coulmont, M., Roy, C., Dumas, L. (2013) Patient-centered approach to care pay off? A Cost-benefit analysis. *Health Care Manager*, 32(1), 87-95.
20. Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., Ferrier, K., Payne, S. (2001) Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ*, 323, 908-911.
21. Zandbelt, L.C., Smets, E.M., Oorf, F.J., Godfried, M.H., de Haes, H.C. (2006) Determinants of physicians' patient-centred behaviour in the medical specialist encounter. *Social Science & Medicine*, 63, 899-910.

22. Haidet, P., Dains, J.E., Paterniti, D.A., Hechtel, L., Chang, T., Tseng, E., Rogers, J.C. (2002) Medical student attitudes toward the doctor-patient relationship. *Medical Education*, 36, 568-74.
23. Mirzaei, M., Aspin, C., Essue, B., Jeon, Y.H., Dugdale, P., Usherwood, T., Leeder, S. (2013) A patient-centred approach to health service delivery: improving health outcomes for people with chronic illness. *BMC Health Services Research*, 13, 251.
24. Mead, N., Bower, P. (2000) Measuring patient-centredness: a comparison of three observation-based instruments. *Patient Education & Counseling*, 39, 71-80.
25. Krupat, E., Hiam, C.M., Fleming, M.Z., Freeman, P. (1999) Patient-centeredness and its correlates among first year medical students. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 29(3), 347-356.
26. Krupat, E., Rosenkranz, S.L., Yeager, C.M., Barnard, K., Putnam, S.M., Inui, T.S. (2000) The practice orientations of physicians and patients: the effect of doctor-patient congruence on satisfaction. *Patient Education & Counseling*, 39, 49-59.
27. Pereira, C.M.A.S., Amaral, C.F.S., Ribeiro, M.M.F., Paro, H.B.M.S., Pinto, R.M.C., Reis, L.E.T., Silva, C.H.M., Krupat, E. (2013) Cross-cultural validation of the patient-practitioner orientation scale (PPOS). *Patient Education & Counseling*, 91, 37-43.
28. Tsimtsiou, Z., Benos, A., Garyfallos, A.A., Hatzichristou, D. (2012) Predictors of physicians' attitudes toward sharing information with patients and addressing psychosocial needs: a cross-sectional study in Greece. *Health Communication*, 27, 257-263.
29. Grilo, A.M., Santos, M.C., Rita, J., Gomes, A.I. (2014) Assessment of nursing students and nurses' orientation towards patient-centredness. *Nurse Education Today*, 34, 35-39.
30. Ross, E.F., Haidet, P. (2011) Attitudes of physical therapy students toward patient-centered care, before and after a course in psychosocial aspects of care. *Patient Education & Counseling*, 83(3), 529-532.
31. Beattie, A., Durham, J., Harvey, J., Steele, J., McHanwell, S. (2012) Does empathy change in first-year dental students? *European Journal of Dental Education*, e-111-e116.

32. Madhan, B., Rajpurohit, A.S., Gayathri, H. (2011) Attitudes of postgraduate orthodontic students in India towards patient-centered care. *Journal of Dental Education*, 75(1), 107-114.
33. Carter, J.J., Watson, A.C., Sminkey, P.V. (2014) Pain management: Screening and assessment of pain as part of a comprehensive case management process. *Professional Case Management*, 19, 126-134.
34. Chan, C.M.H., Ahmad, W.A.W. (2011) Differences in physician attitudes towards patient-centredness: across four medical specialties. *International Journal of Clinical Practice*, 66(1), 16-20.
35. Lee, K.H., Seow, A., Luo, N., Koh, D. (2008) Attitudes towards the doctor-patient relationship: a prospective study in an Asian medical school. *Medical Education*, 42, 1092-1099.
36. Shaw, W.S., Woiszwillo, M.J., Krupat, E. (2012) Further validation of the Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS) from recorded visits for back pain. *Patient Education & Counseling*, 89(2), 288-291.
37. Moore, M. (2008) What does patient-centred communication mean in Nepal? *Medical Education*, 42, 18-26.
38. Ribeiro, M., Krupat, E., Amaral, C. (2007) Brazilian medical students' attitudes towards patient-centred care. *Medical Teacher*, 29, 204-208.
39. Hébert, R., Bravo, G., Voyer, L. (1994) La traduction d'instruments de mesure pour la recherche gérontologique en langue française: critères métrologiques et inventaire. *Revue Canadienne du Vieillessement*, 13, 392-405.
40. Sousa, V.D., Hartman, S.W., Miller, E.H., Carroll, MA. (2009) New measures of diabetes self-care agency, diabetes self-efficacy, and diabetes self-management for insulin-treated individuals with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1305-1312.
41. Vallerand, R.J. (1989) Vers une méthodologie de validation transculturelle de questionnaires psychologiques : implications pour la recherche en langue française. *Psychologie Canadienne*, 30, 662-680.
42. Streiner, D.L., Norman, G.R. (2008) Health measurement scales: a practical guide to their development and use (4th Ed.). Oxford: Oxford University Press.

43. Burns, N., Grove, S.K. (2005) *The practice of nursing research*. St-Louis, MO: Elsevier Saunders.
44. McHorney, C.A., Ware, J.E., Lu, J.F.R., Sherbourne, C.D. (1994) The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): III. Tests of Data Quality, Scaling Assumptions, and Reliability across diverse patient groups. *Medical Care*, 32(1), 40-66.
45. Grant, J.S., Davis, L.L. (1997) Selection and use of content experts instrument development. *Research in Nursing & Health*, 20, 269-274.
46. Walz, C.F., Strickland, O.L., Lenz, E.R. (2005) *Measurement in nursing and health research* (3th Ed.). New York : Springer Publishing Company.
47. Parsons, S., Harding, G., Breen, A., Foster, N., Pincus, T., Vogel, S., Underwood, M. (2012) Will shared decision making between patient with chronic musculoskeletal pain and physiotherapists, osteopaths and chiropractors improve patient care? *Family Practice*, 29, 203-212.
48. Brunero, S., Lamont, S., Coates, S. (2009) A review of empathy education in nursing. *Nursing Inquiry*, 17, 65-74.
49. Cunico, L., Sartori, R., Marognolli, O., Meneghini, A.M. (2012) Developing empathy in nursing students : a cohort longitudinal study. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 2016-2025.
50. Krasner, M.S., Epstein, R.M., Beckman, H., Suchman, A.L., Chapman, B., Mooney, C.J., Quill, T.E. (2009) Association of an Educational program in mindful communication with empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA*, 302,1284-1293.

QUATRIÈME CHAPITRE – ARTICLE 2

Dans ce projet, l'évaluation de l'ACP et de l'empathie des soignants a été faite selon deux perspectives : une auto-évaluation et une évaluation par un observateur externe. Pour permettre l'observation de l'ACP et de l'empathie, nous devons d'abord élaborer des outils novateurs. Ce deuxième article présente la description du développement de cinq vidéos de patientes réelles atteintes de douleur chronique et le processus de développement de la validation de la grille d'observation permettant d'évaluer l'ACP.

4.1 Avant-propos

Titre: Assessing patient-centered care for chronic pain: validation of a new research paradigm

Auteurs : Emilie Paul-Savoie, M.Sc.; Patricia Bourgault, inf., Ph.D.; Emilie Gosselin, inf., M.Sc.; Stéphane Potvin, Ph.D.; Sylvie Lafrenaye, MD, Ph.D.

Statut de l'article : Accepté - *Pain Research and Management*

Contribution : Le présent article a été entièrement rédigé en anglais par l'étudiante et il a ensuite été soumis aux co-auteurs pour relecture. La preuve d'acceptation de cet article à *Pain Research and Management*, le journal de la Société Canadienne de la douleur, se trouve à l'annexe B. L'enregistrement des vidéos des patientes réelles a été fait par l'étudiante en collaboration avec ses directeurs de recherche qui ont mené les entrevues. Elle a également effectué le montage des vidéos avec l'aide d'un technicien en informatique. L'étudiante était membre du comité d'experts qui a permis le développement de la grille d'observation et elle a participé à toutes les différentes étapes du processus. Elle a mené les pré-tests et la collecte de données auprès des 42 participants. Finalement, elle a effectué l'analyse statistique pour déterminer les qualités psychométriques de la grille sous la supervision d'un membre de l'équipe de recherche ayant des connaissances approfondies dans ces techniques d'analyse.

4.2 Résumé

Objectif : La douleur chronique est un phénomène complexe résultant de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. L'utilisation de l'approche centrée sur le patient (ACP) semble être une avenue prometteuse pour son traitement. Plusieurs méthodes ont été utilisées pour évaluer l'ACP auprès des soignants, dont l'observation de rencontres cliniques réelles ou la simulation de patient standardisé. Ces deux dernières méthodes soulèvent néanmoins certains problèmes méthodologiques. Le développement de nouvelles stratégies est donc requis. Le but de cette étude était de développer et valider une grille d'observation pour l'évaluation du degré d'utilisation de l'ACP par des soignants (infirmières et médecins) en utilisant des vidéos standardisées de patientes réelles atteintes de douleur chronique.

Méthode : Un comité d'experts a développé cinq vidéos et la grille d'observation *Sherbrooke Observation Scale of Patient-Centered Care* (SOS-PCC). Ce paradigme a été testé dans un échantillon de 21 infirmières et 21 médecins qui travaillent avec des patients atteints de douleur chronique. Pour la SOS-PCC, les propriétés psychométriques suivantes ont été évaluées : la validité de contenu, la cohérence interne et la fidélité interjuges.

Résultats : Le comité d'experts était satisfait de la validité de contenu de la grille d'observation SOS-PCC. Pour cette grille, nos résultats ont démontré une bonne cohérence interne (alpha de Cronbach = 0,88) et une bonne fidélité interjuges (coefficient de corrélation intraclasse = 0,93).

Conclusions : À notre connaissance, la SOS-PCC est le premier instrument disponible en français pour évaluer les comportements associés à l'ACP chez les soignants en utilisant des vidéos de patients réels atteints de douleur chronique. Les propriétés psychométriques de ces instruments sont bonnes. D'autres études seront nécessaires afin d'évaluer la validité de cette procédure auprès d'autres populations de soignants.

4.3 Manuscript

Summary

The use of patient-centered care (PCC) appears to be a promising avenue for chronic pain management. Various methods have been used for measuring PCC in caregivers, but methodological problems were raised by the actual strategies. The aim of this study was to validate an observation scale for the assessment of PCC in caregivers using standardized videos of real patients with chronic pain. Twenty-one nurses and 21 physicians participated in this study. Our results showed a good content validity, internal consistency and inter-rater reliability for our instruments. Future studies will need to assess those instruments with other caregivers' populations.

Abstract

Background: Chronic pain is a complex phenomenon resulting from biological, psychological and social factors and the use of patient-centered care (PCC) seems to be a promising avenue for its treatment. Various methods have been used for measuring PCC in caregivers, but methodological problems were raised by the observation of real clinical encounters or standardized patient simulations. The development of new strategies is required.

Objective: The aim of this study was to develop and validate an observation scale for the assessment of PCC in caregivers (nurses and physicians), using standardized videos of real patients with chronic pain.

Methods: An expert panel developed 5 videos and the Sherbrooke Observation Scale of Patient-Centered Care (SOS-PCC) that were tested in a sample of 21 nurses and 21 physicians working with chronic pain patients. For the SOS-PCC, the content validity, internal consistency and inter-rater reliability were assessed.

Results: The expert panel was satisfied with the content validity of the SOS-PCC. For this scale, our results have demonstrated good internal consistency (Cronbach's alpha = 0.88) and inter-rater reliability (Intra-class coefficient = 0.93).

Conclusions: To our knowledge, the SOS-PCC is the first instrument available in French to assess PCC behaviour of caregivers using videos of real patients with chronic pain. The psychometric qualities of these instruments are good. Future studies will need to assess this instrument with other populations of caregivers.

Keywords: Patient care; Chronic pain; Assessment; Physician; Nurse

Introduction

Chronic pain is recognised as a major public health problem throughout the world (1). Its magnitude in Canada is important with a high prevalence among adults, ranging from 15% to 29% (2,3). Individuals with chronic pain are more likely to be absent from work (4,5) and consult health professionals frequently (6), resulting in a heavy economic burden (7,8). Moreover, chronic pain is a complex phenomenon resulting from several factors including biological, psychological and social factors (8) and treatments must consider all these aspects simultaneously to be effective (9). Thus, the use of patient-centered care (PCC) appears to be a promising avenue. Moreover, it has been suggested that interdisciplinary PCC is a paramount for pain management (10). In the context of medicine, PCC has four dimensions: patient-as-person; biopsychosocial perspective; sharing power and responsibility; and therapeutic alliance (11-13). These four dimensions are also found in the conceptual framework of McCormack and McCance (14), used in the nursing discipline. In recent years, some empirical evidences have shown that PCC is associated with many clinical benefits for patients (15-18) and their families (19), particularly in the context of chronic pain (20,21). Qualitative findings suggest that PCC with chronic pain patients allows nurse to provide improved assessment, anticipatory guidance and coaching (21). Moreover, PCC may also reduce the use of health care resources and health care costs (22,23).

Although many studies support the benefits of PCC, its use in chronic pain management appears to be challenging and suboptimal (24). Moreover, the style of practice may vary among caregivers (25). In last years, a Netherlands' cross-sectional observation study has demonstrated that the consultations in general practice appear to be more task-oriented than previously (26). More specifically, physicians provided more medical information, but expressed their concern about less the patients' medical condition less frequently and were less involved in partnership building. This trend appears to originate from medical school because a decline in PCC was observed in United States resident training (27).

Therefore, it is important to identify the factors that promote the use of PCC to improve academic training. To improve understanding of how caregivers could use PCC more

effectively and verify the effectiveness of educational interventions, researchers need rigorous methods to capture the different components of this approach. Various methods have been used for measuring PCC in caregivers, including self-ratings and observer ratings (11,16). It has been suggested that self-assessment instruments are more susceptible to social desirability bias (16). Moreover, observation measures are often considered to be more objective and more appropriate for the evaluation of educational interventions (16). Observation of real clinical encounters may raise ethical and methodological problems, including the inability to include standardized and repetitive visits, and the difficulty of obtaining patients' informed consent. The use of standardized patient simulations is expensive (28,29) and usually simulates initial visits (30), which is not representative of encounters with chronic pain patient who tend to see the same physician on a regular basis. Videos of real chronic pain patients could overcome these difficulties by allowing a repetitive and standardized assessment of the attitude and behaviour of physicians and nurses. However, such videos are rarely described in the literature, and are not currently available in French. Moreover, although several observation instruments exist to measure PCC, no scale has been specifically designed to assess all dimensions of this concept in the context of chronic pain management using videos of real patients.

Thus, the aim of this study was to develop and validate an observation scale for the assessment of PCC in an interdisciplinary context involving physicians and nurses (caregivers) and using standardized videos of real patients with chronic pain.

Methods

Development of videos

Content development

It is suggested that a successful, objective case scenario must be developed by a group of experts familiar with the target area (31). In the present study, a panel of seven experts in the healthcare field with complementary expertise in chronic pain management participated in the development of videos. This panel was composed of a nurse, a physician, a physiotherapist, an occupational therapist, a psychologist, a psychoeducator and a PhD

student. After a first meeting conducted in June 2012, the expert panel agreed to develop five case scenarios of patients with different chronic pain pathologies: rheumatoid arthritis; Ehlers-Danlos syndrome; long-lasting postoperative pain; fibromyalgia; and complex regional pain syndrome (CRPS). Because stigma and the presence of physical symptoms appear to influence the use of PCC (32), the expert panel opted for difference pathologies to represent both apparent (rheumatoid arthritis and CRPS) and non-apparent physical symptoms (Ehlers-Danlos syndrome and fibromyalgia). Long lasting postoperative pain was not included in this part of the analysis to allow an equal number of videos in each group. Five real patients were recruited; all were women and young (16 to 45 years of age). This decision was made to limit the numerous different caring attitudes toward pain (25). Before participating in the filmed interview, all patients provided written informed consent.

Videos were recorded in the most similar conditions possible with regard to camera angle, lighting and location (representing an authentic clinical environment). The patients were filmed individually and interviewed by a physician (SL) and a nurse (PB), who conducted the interviews in order to elicit answers about their pain and illness. Thus, the videos present a neutral clinical meeting and do not show the interviewers. The video case scenarios were edited to include only relevant parts of this neutral meeting, using patient's responses verbatim, to present a detailed patient profile including pertinent medical history, family and social history, patient affect and behaviour (33). The expert panel selected the following content: previous diagnosis; pharmacological and non-pharmacological treatments; impact of pain in everyday life; and previous experience with other caregivers.

Submission to an expert panel

All interviews were transcribed and a preliminary version (5 min for each video) was developed. The relevant clips of the interviews were integrated into a single video with the help of a technician to avoid abrupt cuts. All videos showed patients with a clear diagnosis of their disease that had been established for > 2 years, except for the patient with the long-lasting postoperative pain. All patients discussed their past and present pharmacological and non-pharmacological treatments. No patient was completely relieved of their pain and all were open to receive suggestions for treatment. Patients also spoke about their past

experiences with professional caregivers, explaining what they liked or least appreciated. Finally, all patients discussed the impact of their condition on their social, family and financial situations. Table 1 presents patients' characteristics and video duration for each case scenario.

These preliminary versions were submitted to the same expert panel in March 2013. The research team asks the experts whether the information regarding diagnosis, pharmacological and non-pharmacological treatments, impact of pain in everyday life and previous and actual experience with caregivers were sufficiently relevant and clear for each video. The experts suggested that all these elements appeared in each video, but some redundant passages regarding pharmacological aspects could be removed. The experts believed that with all these content elements, the participants-caregivers would be able to provide PCC behaviour for each case scenario. Following this meeting, the videos were shortened, and a revised version was made and used for the pretest and the validation study.

Pretest

The revised version of each video was pretested in a sample of five participants-caregivers, including one physician and four nurses. After viewing the five videos, all participants-caregivers were asked about the management and treatment plan that they would provide to those patients. These explanations were recorded and three external observers (PB, SL, EPS) evaluated the use of PCC demonstrated by the participants-caregivers using the new Sherbrooke Observation Scale of Patient-Centered Care (SOS-PCC) (see below). Pretest showed that participants-caregivers were able to explain the care they would provide after watching each video, and no further changes in these videos were made.

Development of the SOS-PCC

For the assessment of PCC, the development of an observational scale was necessary. The development of this observation scale followed the recommendations suggested by Streiner and Norman (34) for the development of a research instrument: survey of the literature; writing down potential statements; choosing an answer scale; selecting statements; and finally, measuring the validity and reliability. More specifically, in the present study, we

proceeded as follows: content development of the SOS-PCC after a survey of the literature; submission of the SOS-PCC to an expert panel; pretest; modifications of the SOS-PCC; and analysis of validity and reliability.

Content development

A literature review was conducted to identify the dimensions describing PCC. Relevant English and French articles were identified from searches of electronic databases, CINAHL and MEDLINE between 1980 and September 2012 for “patient-centered care” and its linguistic variations and “definition”, “conceptual framework”, “dimension”, “medicine”, “nursing” and “healthcare”. The articles were selected according to relevance of the topic, year of publication (1980 to 2012) and level of credibility.

The definitions of Stewart (13) and Mead and Bower (12) are the most cited in the literature in family medicine. The definition given by Stewart (13) has six interconnected dimensions: exploring both disease and illness experience; understanding the whole person; finding a common ground regarding management; incorporating prevention and health promotion; enhancing the doctor-patient relationship and being realistic. Regarding the definition of Mead and Bower (12), the authors identified five dimensions: biopsychosocial perspective; the patient-as-person; sharing power and responsibility; the therapeutic alliance and doctor-as-person. In the context of nursing, McCormack and McCance (14) published a conceptual framework that includes five dimensions: working with the patient’s beliefs and values; engagement; sharing decision-making; having sympathetic presence and providing for physical needs.

Analysis of these three definitions highlighted four common dimensions in PCC: biopsychosocial perspective; patient-as-person; sharing power and responsibility; and therapeutic alliance. These four dimensions are also found in the recent conceptual framework of PCC in the context of family medicine provided by Hudon et al (11). According to Stewart (13), the biopsychosocial perspective refers to a “willingness to become involved in the full range of difficulties patients bring to their doctors, and not just their biomedical problems”. The holistic approach refers to providing care to an individual

as a whole (biological, psychological and social aspects) and not just treats the biological disease (32). However, a biopsychosocial perspective *per se* is not sufficient for an overall understanding of the patient's experience of illness, which also depends on the unique biography of the patient (12). The dimension 'Patient-as-person' explains that two patients can experience the same illness differently. Thus, before suggesting an effective treatment, the caregiver must understand the unique context and individual experience of the patient (35). 'Sharing power and responsibility' or 'shared decision making' are two terms used to discuss the participation of both the patient and the caregiver in the care process. Participation, which is a central term in this dimension, refers to a person who engages in decision-making (36,37). The decision must belong jointly to both partners - the patient and caregiver. The last dimension, 'therapeutic alliance', refers to the quality of the relationship between caregiver and could have direct impact on clinical outcomes (38,39). According to Leplege et al (32), person-centredness means to respect the person 'behind' the impairment or the disease.

TABLE 1

Video scenarios

Patient*	Age, years	Chronic pain pathology	Video duration
1	35	Rheumatoid arthritis	3 min 27 s
2	16	Ehlers-Danlos syndrome	3 min 44 s
3	20	Postoperative pain	3 min 59 s
4	35	Fibromyalgia	4 min 20 s
5	45	Complex regional pain syndrome	4 min 09 s

**All female*

After reviewing the literature, the next step in the development of the SOS-PCC was to integrate these four dimensions. Initially, this observation scale included nine items drawn from the selected definition of PCC (11). Each dimension was represented by two items, except for the biopsychosocial dimension, which was measured by three items (biological, psychological and social aspects). The final nine items are presented in Table 2. A four-points Likert scale ranging from 1 (not demonstrated) to 4 (strongly demonstrated) was

chosen to ensure that the observer could not be neutral in his answers. Moreover, it enhances the reliability and efficiency of the instrument (34).

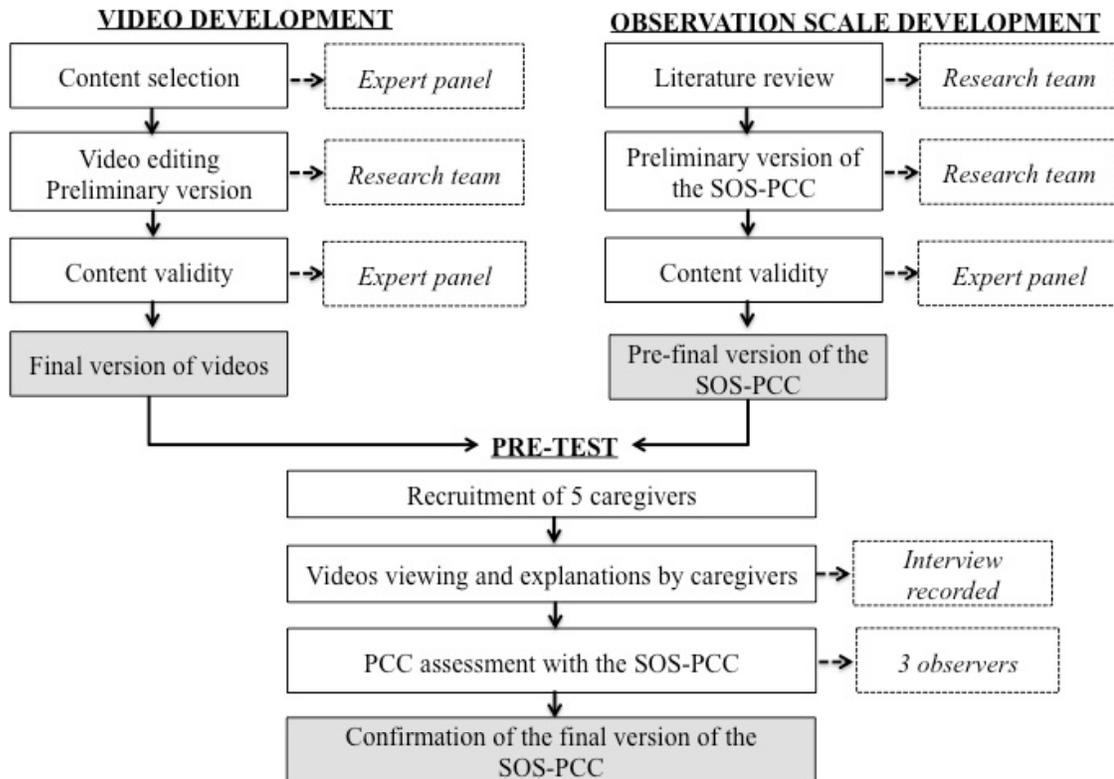
Submission to an expert panel

The same expert panel conducted the content validity testing of the SOS-PCC. The meeting was held in June 2013 and led to changes to the preliminary version. The committee of experts discussed and concluded by mutual agreement that all the items were comprehensive and relevant to the PCC concept. However, they suggested some changes to improve the understanding of the items. The number of items and the type of scale remained the same, but the wording of the items was modified to facilitate understanding and better define each dimension. In this revised version, the four dimensions of PCC have been addressed: biopsychosocial perspective (three items); 'patient-as-person' (two items); sharing power and responsibility (two items) and therapeutic alliance (two items).

Pretest

During the pretest, five participant-caregivers watched the five videos and explained the treatment plan that they would provide; these interviews were recorded. This pretest was performed to determine whether the participant-caregivers could address the four dimensions of PCC according to the SOS-PCC. More specifically, three external observers (EPS, PB, SL) completed the scale after viewing the records of caregivers who participated in the videos pretest (Figure 1). The results of the pretest revealed that observers were able to answer all nine items with the four-points Likert scale during the observation. The three observers rated the items similarly and scores were comparable, indicating that the behaviour described in each statement was relevant and observable. No further change was made.

Figure 1 Development and validation process



Analysis of validity and reliability

Participants

The study was conducted from June 2013 to November 2013. The target population was caregivers (nurses and physicians) who treated patients with chronic pain in their clinical practice and worked in the province of Quebec. A population composed of nurses and physicians has been targeted because interdisciplinary pain management is recommended (10) and the concept of PCC is well defined in these disciplines (12-14). To take part in the study, the caregivers needed to: be a member of a professional association; have chronic pain patients among his/her practice; not know the patients presented in videos; and speak French. A convenience sampling was chosen and participants-caregivers were recruited through advertisements and referrals. The Scientific and Human Ethics Committee of the institution at which the study was performed approved the research protocol, and all

participants-caregivers provided written informed consent. A coding system was used to keep data confidential. After signing informed consent, a sample of 21 nurses and 21 physicians participated in the study. The validation of the SOS-PCC was conducted as part of a larger study and this sample size was calculated to meet the objectives of the present study. This sample size meets the recommendations that suggest a range from two to 20 subjects per item (40). Participants-caregivers did not know the detailed purpose of the study to avoid social desirability bias, but they were informed that pain management was being investigated.

Procedure

All participants-caregivers watched the five videos of real patients with chronic pain and were interviewed individually. The interviewer asked the participant to explain the management and treatment plan that they would provide for each patient and these explanations were videotaped. At the end of the study, after completing the data collection of the 42 participants-caregivers, three external observers watched the video recording of all research interview of every participant-caregiver. The observers evaluated individually the use of PCC demonstrated by participant-caregiver for each video using the SOS-PCC. No consensus or discussions occurred after watching the video recording. The group of observers consisted of a resident in psychiatry (FTD), a nurse (EG) and a PhD student in the healthcare field (EPS). The observers were selected based on their number of years' experience in healthcare field (> 5 years) and their complementary expertise (medicine, nursing, research). To ensure the standardization in their assessment, they had previously been trained by the research team to complete the SOS-PCC during a session of 1.5 h.

Statistical Analysis

Statistical analyzes were performed using the software SPSS version 18.0 (IBM Corporation, USA). To describe continuous variables, mean and SDs were used, whereas frequency (percentage) was used for nominal and categorical variables. To examine the internal consistency, the Cronbach's alpha coefficient was calculated for each video. Finally, for inter-rater reliability, the intra-class coefficient (ICC) was used. $P < 0.05$ was considered to be statistically significant.

TABLE 2**Sherbrooke Observation Scale of Patient-Centered Care**

Items	
<i>Le soignant...</i>	
1	Considère les aspects biologiques [Considers biological aspects].
2	Considère les projets de vie [Considers life projects].
3	Considère les aspects psychologiques [Considers psychological aspects].
4	S'enquiert des conséquences de la condition actuelle du patient sur sa vie [Considers the impact of the current conditions on the patient' life].
5	Considère les expériences passées [Considers past experiences].
6	Désire établir une relation thérapeutique [Wishes to establish a therapeutic relationship].
7	Démontre une ouverture d'esprit, sans préjugé [Shows an open mind, without prejudice].
8	Offre une prise en charge en collaboration avec le patient [Provides a treatment plan in collaboration with the patient].
9	S'enquiert de la compréhension que le patient a de sa condition médicale actuelle [Inquires the patient's understanding of his/her current medical condition].

A four-point Likert scale was used [« Not demonstrated » to « Strongly demonstrated »].

Results***Participant characteristics***

The sample included 42 native French-speaking caregivers ranging from 27 to 67 years of age (mean = 46.12 years, SD = 10.84); the majority of the sample was composed of women (69%). Participants-caregivers were recruited from different hospitals and clinics of the province of Quebec. Two groups were included in our study: nurses and physicians. Table 3 shows the characteristics of these participants-caregivers.

TABLE 3
Characteristics of nurses and physicians

	Nurses	Physicians
	(n=21)	(n=21)
Age, mean (SD)	42.00 (7.30)	50.24 (12.32)
Gender, n (%)		
Male	5 (24)	8 (38)
Female	16 (76)	13 (62)
Clinical experience, mean (SD)	16.67 (7.11)	22.81 (12.19)
Education, n (%)		
College	6 (29)	
University	15 (71)	21 (100)
Specialty, n (%)		
Family medicine		10 (48)
Nephrology		1 (5)
Anesthesiology		3 (14)
Radiology		1 (5)
Psychiatry		1 (5)
Rheumatology		1 (5)
Orthopedics		1 (5)
Pediatrics		1 (5)
Physiatry		2 (9)

Content validation

Content validation refers to the completeness and the relevance of each item of an instrument (34,40). According to a consensus obtained by the expert panel, content validity of the SOS-PCC was satisfactory for a population of French nurses and physicians (34). In fact, the experts concluded that all videos were representative of real patients with chronic pain and that the SOS-PCC accurately reflected the actual concept of PCC highlighted by the literature. The content of the final versions of each video are presented in Table 1. The final version of the SOS-PCC contains nine items distributed among four dimensions:

biopsychosocial perspective three items); patient-as-person (two items); sharing power and responsibility (two items); and therapeutic alliance (two items). Table 2 summarizes this final version.

Internal consistency

Internal consistency indicates the strength with which each statement of the research instrument is related to the other statements and reflects the degree of homogeneity of the instrument (34,41). To calculate the internal consistency of the SOS-PCC, we used the average scores given by the three observers for each participants-caregivers. The internal consistency was calculated for each video and the mean score of all videos. Table 4 shows the Cronbach's alpha coefficients and variance. According to Nunnally (42), the threshold for good internal consistency is 0.70. Thus, our results show a good internal consistency, with Cronbach's alpha coefficients ranging from 0.76 to 0.88.

Inter-rater reliability

Inter-rater reliability refers to the consistency found in the assessment of multiple raters observing the same situation (41,43). ICCs were used to evaluate the inter-rater reliability. ICCs were calculated for each video and for the mean score of all videos (Table 4). Our results showed good inter-rater reliability (44).

TABLE 4
Psychometrics Qualities of the Sherbrooke Observation Scale of Patient-Centered Care

	Cronbach's alpha coefficient (variance)	Intra-class coefficient (95% confidence interval)	Content validity
Video 1	0.76 (0.54)	0.84 (0.75-0.90)	Considered satisfactory by the expert panel committee
Video 2	0.77 (0.68)	0.86 (0.77-0.91)	
Video 3	0.81 (0.71)	0.89 (0.83-0.94)	
Video 4	0.81 (0.81)	0.91 (0.86-0.95)	
Video 5	0.76 (0.67)	0.88 (0.81-0.93)	
All videos	0.88 (0.37)	0.93 (0.89-0.96)	

Discussion

The purpose of the present study was to develop and validate an observation scale (SOS-PCC) to assess the use of PCC in caregivers (nurses and physicians), using standardized videos of real patients with chronic pain in an experimental clinical session. Our results showed that the SOS-PCC was valid and reliable in a French population of nurses and physicians working with chronic pain patients, and that the five videos have a good content validity.

The development of the SOS-PCC followed a rigorous process according to the recommendations of Streiner and Norman (34). As previously mentioned, we began with a review of the literature to define the concept of PCC. The SOS-PCC was pretested with a sample of five participant-caregivers. The participants-caregivers explained the support and the management they would provide after watching each video. The pretest showed that three external observers were able to score all nine items of the SOS-PCC after viewing the records of these participant-caregivers. Using a pretest is a good procedure to verify if an instrument is clearly written and understandable (45). A larger sample of 10 to 40 participants is recommended to realise this step (46), but given the limited number of subjects in the target population, only five participants-caregivers took part in the pretest. However, the comments of these participants-caregivers were very helpful to improve the SOS-PCC.

The SOS-PCC displays good psychometric qualities. First, it is recommended to evaluate the content validity of a new instrument (47). The items were drawn from a consistent literature review, making our instrument complete. According to the expert panel, the videos case scenarios are authentic and all items of the SOS-PCC are comprehensive and relevant. These qualitative results suggest a good content validity. Moreover, the panel was composed of seven interdisciplinary experts in the health care field. These professionals have complementary expertise, as recommended (48,49). Regarding reliability, internal consistency and inter-rater reliability were analyzed. The internal consistency for the mean scores is good, which suggest that items correlates with each other and with the total score. For the inter-rater reliability, our results show that the SOS-PCC can elicit similar

judgements from different observers for the same situation. Having provided training for the three observers helped to reduced the risk of bias (34). Good inter-rater reliability is crucial for the SOS-PCC to provide an accurate description of approach style.

There are some limitations to the present study. First, it would have been interesting to compare our new instrument with another observation scale. Some observation scales exist to measure PCC behaviour (50), but none evaluates all the four dimensions of PCC as defined in the conceptual model of Hudon et al (11). More studies with other samples of caregivers, such as physiotherapists, occupational therapists, psychologists, could analyze the validity of the SOS-PCC with other populations. Further research may also be necessary to evaluate other aspects of the validity, such construct, discriminant or predictive validity. There is a possibility of social desirability bias, because participant-caregivers may have changed their behaviour because they were being observed. However, efforts were made to minimize that effect, such as not having specified the main variable of the study. The halo effect could also introduce a bias, since the scores given by the observers can be influenced by their general impression of the caregiver-participant, but the presence of three observers can reduced the risk of such bias (34). Another limitation is the fact that our study included a convenience sample of caregivers (nurses and physicians) who were likely interested in pain management, which could have affected our results. However, we recruited participant-caregivers from different cities and clinical environments to increase the variability.

Conclusion

To our knowledge, the SOS-PCC is the first instrument available in French to assess the PCC behaviour of both nurses and physicians using videos of real patients with chronic pain. Instruments with good psychometric properties are necessary to measure PCC. Indeed, we used a rigorous development process that enabled us to create authentic videos and a relevant observation scale. Our results demonstrated that the psychometric qualities of this observation tool are good. These videos and SOS-PCC can be used to evaluate the effectiveness of educational interventions and to better understand the underutilization of

PCC in clinical environment. Future studies will need to assess this instrument with other populations of caregivers.

Acknowledgements

E Paul-Savoie has a doctoral scholarship from the Canadian Institute of Health Research. P Bourgault was at the time of the study a Junior 1 Clinician Investigator with the Quebec Fund for Health Research (FRQS), and a researcher at the *Centre de recherche du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke* (CR-CHUS). E Gosselin has a doctoral scholarship from the *Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec*. S Potvin is a Junior 1 Young Investigator from the FRQS, and is supported by the *Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale* de Montréal and the Louis-H Lafontaine Hospital Foundation. S Lafrenaye is supported by the medicine and health science faculty of the Université de Sherbrooke and a researcher at the CR-CHUS.

Disclosures

The authors have no conflicts of interest to declare.

References

- 1 Elzahaf RA, Tashani OA, Unsworth BA, Johnson MI. The prevalence of chronic an analysis of countries with a human Development index less than 0.9 : a systematic review without meta-analysis. *CMRO* 2012;28:1221-9.
- 2 Van Den Kerkhof EG, Hopman WM, Towheed TE, Anastassiades TP, Goldstein DH, Canadian Multicenter Osteoporosis Study Research Group. The impact of sampling and measurement on the prevalence of self-reported pain in Canada. *Pain Res Manage* 2003;8 :157-63.
- 3 Moulin DE, Clark AJ, Speechley M, Morley-Forster MK. Chronic pain in Canada – prevalence, treatment, impact and the role of opiod analgesia. *Pain Res Manage* 2002;7 :179-84.
- 4 Gureje O, Simon GE, Von Korff M. Persistent pain and well-being : a Worl Health Organization study in primary care. *JAMA* 1998;280 :147-51.

- 5 Varrassi G, Raffaelli W, Marinangeli F, Ursini ML, Piroli A, Paladini A, Righetti D, Monterubbianesi MC, Andruccioli J, Sarti D. Epidemiology and treatment of pain in Italy :part I. *Eur J Pain Supp* 2008;2 :44-6.
- 6 Azevedo LF, Costa-Pereira A, Mendonca L, Dias CC, Castro-Lopes JM. Chronic pain and health services utilization. *Med Care* 2013;51 :859-69.
- 7 Gaskin DJ, Richard P. The economic costs of pain in the United States. *J Pain* 2012;13 : 715-24.
- 8 Pizzo PA, Clark NM. Alleviating suffering 101 – Pain relief in the United States. *N Eng J Med* 2012;366 :197-9.
- 9 Jacobson L, Mariano AJ. General considerations of chronic pain. *Bonica's Management of Pain*, 2001, 241-54.
- 10 Carter J, Watson AC, Sminkey PV. Pain management : Screening and assessment of pain as part of a comprehensive case management process. *Prof Case Manag* 2014;19 :126-34.
- 11 Hudon C, Fortin M, Haggerty JL, Lambert M, Poitras M. Measuring Patients' Perceptions of Patient-Centered Care: A Systematic Review of Tools for Family Medicine. *Ann Fam Med* 2011; 9: 155-64.
- 12 Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med* 2000; 51; 1087-110.
- 13 Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes : A review. *Can Med Assoc J*; 152 : 1423-1433.
- 14 McCormack B, McCance T. Developing a conceptual framework for person-centred nursing. *J Adv Nurs* 2006; 56: 472-479.
- 15 Cvengros JA, Christensen AJ, Hillis SL, Rosenthal GE. Patient and physician attitudes in the health care context: Attitudinal symmetry predicts patient satisfaction and adherence. *Ann Behav Med* 2007; 33:3:262-268.
- 16 Epstein RM, Franks P, Fiscella K, Shields CG, Meldrum SC, Kravitz RL, Duberstein PR. Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: theoretical and practical issues. *Soc Sci Med* 2005; 61:7: 1516-1528. Doi 10.1016/j.socscimed.2005.02.001.

- 17 Robinson JH, Callister LC, Berry JA, Dearing KA. Patient-centered care and adherence: definitions and applications to improve outcomes. *J Am Acad Nurse Pract* 2008; 20:12:600-607. Doi 10.1111/j.1745-7599.2008.00360.x.
- 18 Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, Jordan J. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract* 2000; 49:9:796-804.
- 19 Wanzer MB, Booth-Butterfield M, Gruber K. Perceptions of health care providers' communication: relationships between patient-centered communication and satisfaction. *Health Comm* 2004; 16: 363-384.
- 20 Alamo MM, Moral RR, de Torres LAP. Evaluation of a patient-centred approach in generalized musculoskeletal chronic pain/fibromyalgia patients in primary care. *Patient Educ Couns* 2002; 48: 23-31.
- 21 Monsivais DB, Engebretson JC. Cultural Cues: Review of qualitative evidence of patient-centered care in patients with nonmalignant chronic pain. *Rehab Nurs* 2011;36: 166-71.
- 22 Coulmont M, Roy C, Dumas L. Patient-centered approach to care pay off? A Cost-benefit analysis. *Health Care Manag* 2013; 32:1:87-95. Doi 10.1097/HCM.0b013e31827edbf.
- 23 Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, Ferrier K, Payne S. Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ* 2001; 323: 908-11.
- 24 Parsons S, Harding G, Breen A, Foster N, Pincus T, Vogel S, Underwood M. Will shared decision making between patient with chronic musculoskeletal pain and physiotherapists, osteopaths and chiropractors improve patient care? *Fam Pract* 2012; 29: 203-212. Doi 10.1093/fampra/cm083.
- 25 Zandbelt LC, Smets EM, Oorf FJ, Godfried MH, de Haes HC. Determinants of physicians' patient-centred behaviour in the medical specialist encounter. *Soc Sci Med* 2006; 63: 899-910. Doi 10.1016/j.socscimed.2006.01.024.
- 26 Bensing JM, Tromp F, van Dulmen S, van den Brink-Muinen A, Verheul W, Schellevis FG. Shifts in doctor-patient communication between 1986 and 2002: a study of videotaped General Practice consultations with hypertension patients. *BMC Fam Prac* 2006; 7:62. Doi 10.1186/1471-2296-7-62.

- 27 Haidet P, Dains JE, Paterniti DA, Hechtel L, Chang T, Tseng E, Rogers JC. Medical student attitudes toward the doctor-patient relationship. *Med Educ* 2002;36 :568-74.
- 28 Childs J. Clinical resource centers in nursing programs. *Nurse Educ* 2002;27 :232-5.
- 29 Peteani LA. Enhancing clinical practice and education with high-fidelity human patient simulators. *Nurse Educ* 2004;29 :25-30.
- 30 Tamblyn R. Use of standardized patients in the assessment of medical practice. *CMAJ* 1998;158 :205-7.
- 31 McWilliams P, Botwinski C. Developing a successful nursing objective structured clinical examination. *J Nurs Educ* 2010;49 :36-41.
- 32 Lepage A, Gzil F, Cammelli M, Lefevre C, Pachoud B, Ville I. Person-centredness: Conceptual and historical perspectives. *Disabil Rehabil* 2007; 29: 1555-65.
- 33 Vessey J, Huss K. Using standardized patients in advanced practice nursing education. *J Prof Nurs* 2002;18 :29-35.
- 34 Streiner DL, Norman GR. *Health measurement scales: a practical guide to their development and use* (4th Ed.). Oxford: Oxford University Press, 2008.
- 35 Bower P. *Understanding patients : implicit personality theory and the general practitioner*. *Br J Med Psych* 1998;71 :153-63.
- 36 Brearly S. *Patient participation :The literature, 1990*. London :Scutari Press.
- 37 Gottlieb LN, Feeley N. *La collaboration infirmière-patient : un partenariat complexe, 2007*. Montréal :Chenelière Éducation.
- 38 Koehler WF, Fottler MD, Swan JE. Physician-patient satisfaction : equity in the health services encounter. *Med Care Rev* 1992;49 :455-84.
- 39 Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Thomas H. The role of expectancies in the placebo effect and their use in the delivery of health care : a systematic review. *Health Tech Ass* 1999;3 :1-96.
- 40 Anthoine E, Moret L, Regnault A, Sbille V, Hardouin JB. Sample size used to validate a scale: a review of publications on newly-developed patient reported outcomes measures. *Health and quality of life outcomes* 2014;12:176.
- 41 Grove SK, Burns N, Gray JR. *The practice of nursing research (7th ed.)*. St-Louis, MO : Saunders, 2012.
- 42 Nunnally J. *Psychometric theory, 1978*. New York :McGraw-Hill.

- 43 Polit D, Beck C. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice (8th Ed.) Philadelphie: Lippincott Williams & Wilkins, 2008.
- 44 Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 1977;33:159-74.
- 45 Vallerand RJ. Vers une méthodologie de validation transculturelle de questionnaires psychologiques : implications pour la recherche en langue française. *Psychologie Canadienne* 1989; 30 : 662-680.
- 46 Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine* 2000;25: 3186-91.
- 47 Gélinas C, Loiselle CG, LeMay S, Ranger M, Bouchard E, McCormack D. Theoretical, psychometric, and pragmatic issues in pain measurement. *Pain Manage Nurs* 2008;9 :120-30.
- 48 Grant JS, Davis LL. Selection and use of content experts for instrument development. *Res Nurs Health* 1997;20 :269-74.
- 49 Waltz CF, Strickland OL, Lenz ER. *Measurement in nursing and health research* (3rd Ed.) New York : Springer Publishing Company, 2005.
- 50 Mead N, Bower P. Measuring patient-centredness : a comparison of three observation-based instruments. *Patient Educ Couns* 2002;39 :71-80.

CINQUIÈME CHAPITRE – ARTICLE 3

Ce troisième et dernier article présente les principaux résultats obtenus en lien avec l'objectif principal et les trois objectifs secondaires du présent projet doctoral.

5.1 Avant-propos

Titre: The influence of patients and caregivers' characteristics on patient-centered care in chronic pain: a descriptive correlational study

Auteurs : Emilie Paul-Savoie, Ph.D. (c); Patricia Bourgault, inf., Ph.D.; Stéphane Potvin, Ph.D.; Emilie Gosselin, inf., M.Sc.; Sylvie Lafrenaye, MD, Ph.D.

Statut de l'article : Soumis à *Medical Care*

Contribution : Le présent article a été entièrement rédigé en anglais par l'étudiante et il a ensuite été soumis à tous les co-auteurs pour relecture. La preuve de soumission de cet article à *Medical Care* se trouve à l'annexe C. La collecte de données, incluant le recrutement et la collecte sur le terrain auprès des 42 soignants, a été entièrement effectuée par l'étudiante. Cette dernière a également fait les diverses analyses statistiques des données sous la supervision de ses directeurs.

5.2 Résumé

Objectifs : Bien que plusieurs études soutiennent les bienfaits de l'utilisation de l'approche centrée sur le patient (ACP), son utilisation semble être sous-optimale dans le contexte de la douleur chronique. Afin de mieux comprendre comment les soignants pourraient mieux utiliser ce type d'approche, il importe de mieux caractériser les facteurs de ce dernier pouvant influencer le type d'approche qu'il utilise. L'objectif principal de cette étude était d'explorer les associations entre l'utilisation de l'ACP, l'empathie et la santé mentale des soignants travaillant dans un contexte de douleur chronique.

Méthode : Un devis descriptif-corrélationnel a été choisi pour mener à terme cette étude qui s'est déroulée de mai à novembre 2013. Un échantillon composé de 21 infirmières et 21 médecins a été recruté à l'aide d'annonces publicitaires et de références. L'ACP et l'empathie ont été mesurées à l'aide d'auto-évaluations et d'observations. Pour les observations, des vidéos de patientes réelles atteintes de douleur chronique ont été utilisées en combinaison avec des grilles d'observation. La santé mentale des soignants a été évaluée à l'aide d'auto-évaluations.

Résultats : L'ACP et l'empathie observées étaient significativement plus élevées lorsque les patientes avaient des signes physiques apparents de douleur ($p < 0,001$). L'ACP et l'empathie étaient corrélées, autant pour les mesures auto-rapportées ($r = 0,58$; $p < 0,001$) que pour les observations ($r = 0,90$; $p < 0,001$). L'empathie était également inversement associée au score total d'épuisement professionnel ($r = -0,36$; $p < 0,05$), mais positivement associée à la sous-échelle de l'accomplissement personnel ($r = 0,48$; $p < 0,01$).

Conclusions : La présence de signes physiques apparents chez les patients atteints de douleur chronique semble être un facteur important qui contribue à l'utilisation d'une approche davantage centrée sur le patient et une plus grande empathie. Une diminution du sentiment d'accomplissement personnel est reliée à un plus faible niveau d'empathie chez les soignants, alors que l'empathie contribue à une plus grande utilisation de l'ACP. Ces résultats renforcent la pertinence de développer des formations ciblant les infirmières et aux médecins afin de les sensibiliser à l'influence de l'invisibilité de la douleur sur leur attitude et leur style d'approche et afin de prévenir la survenue de l'épuisement professionnel et favoriser un comportement empathique.

5.3 Manuscript

ABSTRACT

Background: Although many studies support the benefits of patient-centered care (PCC), its use in chronic pain management seems to be suboptimal. To improve understanding of how caregivers could use PCC more effectively, researchers need to better characterize the influence of caregivers' factors on PCC utilization.

Objective: The main objective was to explore the associations between PCC, empathy and mental health of clinical caregivers in chronic pain context.

Research Design: A descriptive correlational design was conducted from May to November 2013.

Subjects: A volunteer sampling of 21 nurses and 21 physicians was recruited through advertisements and referrals.

Measures: PCC and empathy were evaluated from self-assessment and observer's assessment using video and observation scales of real patients with chronic pain. For mental health, self-assessments were used.

Results: PCC and empathetic behaviour of the participants were significantly higher when patients had visible physical signs of pain ($p < 0.001$). PCC and empathy were related for both self-assessment ($r = 0.58$; $p < 0.001$) and observer's assessment ($r = 0.90$; $p < 0.001$). Empathy was correlated with the burnout's subscale of personal accomplishment ($r = 0.48$; $p = 0.003$).

Conclusions: The presence of physical signs in chronic pain patients is an important factor contributing to an increased use of PCC and empathy by nurses and physicians. A decrease in personal accomplishment was related to weak caregivers' empathy, while empathy contributes to the use of PCC. These findings reinforce the relevance to develop training for nurses and physicians to raise the self-awareness of the influence of visible physical signs on their attitude and approach style, and to prevent burnout and improve empathetic behaviour.

Keywords: Patient-centered care; Chronic pain; Empathy; Burnout

INTRODUCTION

Chronic pain is a frequent condition, with a high prevalence in adults, ranging from 10 to 55%.¹ This health problem is a complex phenomenon resulting from several factors including biological, psychological and social factors and its treatment must consider all these aspects simultaneously to be effective² as well as an interdisciplinary management.³ Thus, the use of patient-centered care (PCC) seems to be a promising avenue to address chronic pain management.

There are many definitions of PCC in the context of medicine and nursing, but four dimensions are common to most cited definitions: patient-as-person; biopsychosocial perspective; sharing power and responsibility; and therapeutic alliance.^{3,4} In recent years, some evidences have shown that PCC is associated with many clinical benefits for chronic pain patients.⁵⁻⁷ More specifically, researchers have shown that PCC resulted in a decrease in the number of tender points and psychological distress in fibromyalgia patients.⁵ Qualitative findings support that PCC allows nurses to provide improved assessment, better anticipatory guidance and coaching.⁶ Moreover, this type of approach can also reduce the use of health care resources and costs.⁸

Although many studies support the benefits of PCC, its use in chronic pain management seems to be challenging and suboptimal.^{9,10} Several factors can influence the use of PCC, such as patient or caregiver factors.^{3,4} Over the last years, patient's factors have been largely investigated such as the impact of age, gender, level of education and the severity of the pathology.^{11,12} Although some authors have shown that caregivers tend to use more PCC when patients have more severe disease,¹³ in chronic pain context, little is known about the impact of the "visibility" of physical symptoms on patient-centered behaviour. Since many patients with chronic pain do not display any visible physical symptoms and remain stoic when they feel pain,¹⁴ it is important to assess the impact of this factor on patient-centered care behaviour.

On the other hand, caregivers' factors have been less investigated and could explain why the style of practice varies from one to another.¹³ Particularly, the role of the caregiver's psychological characteristics, such as empathy and mental health, has not been much studied.^{13,15} Although these two variables are often suggested to influence PCC, insufficient empirical evidences exist, rather surprisingly.^{16,17} A recent study proposes that medical residents who perceived high levels of stress for themselves have a greater risk of burnout and they showed a reduction of empathy toward their patients, and these two factors may compromise the quality of their interactions with patients.¹⁷ These findings are worrying because the prevalence of burnout among physicians and nurses is high.¹⁸⁻²⁰ Moreover, some studies have demonstrated that empathy declines during academic training in both physicians and nurses.^{21,22} Thus, it is possible to believe that these variables can influence their use of PCC.

Various methods have been used for measuring the use of PCC, such as self-rating and observer rating.^{3,23} Self-assessment instruments are the most common strategy used for measuring PCC, but they are more susceptible to social desirability bias and do not consider the influence of different patient factors such as the presence or absence of visible physical signs. The observation of PCC in real clinical encounters may raise some ethical and methodological issues, including the inability to have standardized visits, which introduces confounding variables. The use of standardized patient simulations is a very expensive strategy.²⁴ Videos of real patients with chronic pain could overcome these limitations by allowing a standardized and repetitive assessment of attitudes and behaviour of caregivers.²⁵ To our knowledge, no study has used such videos to assess patient-centered behaviour, which are representative of the clinical reality,

The objectives of this study was to investigate the influence of the presence of visible physical signs on caregiver patient-centered and empathetic behaviour, and to explore the associations between PCC, empathy and mental health, including burnout, of physicians and nurses in chronic pain context.

METHODS

Study design and settings

A descriptive correlational design was used for this study, conducted from May to November 2013. The Scientific and Human Ethics Committee of the institution where the study took place approved the research protocol. A population composed of nurses and physicians has been targeted since interdisciplinary pain management is recommended.³ A volunteer sampling was chosen and participant-caregivers were recruited through advertisements and referrals. Participants were recruited from 16 centres, including urban, semi-urban and rural centres, in the province of Quebec, Canada.

Participant-caregivers

All participants gave their written, informed consent and a coding system was used to keep data confidential. To take part in the study, the nurse or physician needed to: i) be a member of a professional association; ii) have chronic pain patients among her or his practice; and iii) speak French. After signing informed consent, a sample of 21 nurses and 21 physicians took part in the study, responding to the target sample size of 37 (power=0.80; alpha=0.05; $r \geq 0.40$). Participant-caregivers did not know the detailed purpose of the study to avoid social desirability bias, but they were informed that pain management was investigated.

Self-assessment measures

Patient-centered care

The style of approach of each participant-caregiver was measure with the French version of the Patient Practitioner Orientation Scale (F-PPOS).²⁷ This self-administrated questionnaire is designed for the assessment of practitioner's or future-practitioner's attitudes and orientations in their care approach. This scale contains 18 items divided into two subscales: "Sharing" and "Caring" and the four dimensions of PCC are represented. For each item, the caregiver is asked to indicate his or her level of agreement on a 6-point Likert scale (strongly agree to strongly disagree). A total score, ranging from patient-centered (score of 6.00) to disease-centered (score of 1.00) can be calculated with the addition of the two

subscales. The original version of the PPOS has good face validity and acceptable internal consistency for the total scale (alpha of 0.89).²⁸ The French version of the PPOS has good content validity and acceptable internal consistency for the total scale (alpha of 0.60).²⁷

Empathy

In health care, empathy is defined as a cognitive attribute involving an understanding of the patient's experience and perspective, as a separate individual, combined with an ability to communicate that understanding to the patient.²⁹ In this study, we used the French version of the Jefferson Scale of Physician Empathy (F-JSPE)³⁰ to measure empathy among different health care providers. This self-administrated questionnaire comprises 20 items divided into 4 dimensions: i) adopting the patient's perspective; ii) understanding the patient's experiences, feelings, and signals; iii) ignoring the patient's perspective and iv) adopting the patient's way of thinking. The JSPE also includes one orphan item: the value placed on empathy. Participants respond to items on a 7-Likert scale. The total score, ranging from not empathic (score of 20) to empathic (score of 140), can be calculated with the addition of all the items. The original version of the JSPE has good criterion-related validity with the Empathic Concern scale of the Interpersonal Reactivity Index ($r=0.40$), internal consistency (alpha of 0.87 to 0.89), test-retest reliability (test-retest reliability coefficient=0.65) and construct validity.^{29,31} The F-JSPE has good content validity and acceptable internal consistency (alpha of 0.77).³⁰

Psychological well-being and distress

Mental health is defined as the ability to adapt to various pleasant and unpleasant situations; to maintain satisfying relationships with others; and to find a balance among all facets of life, physical, psychological, spiritual, social or economic and has two domains: distress and well-being.^{32,33} Distress has four dimensions (self-depreciation, anxiety/depression, social disengagement, irritability),³² while well-being has six dimensions (self-esteem, social involvement, mental balance, control of self and events, sociability, and happiness).³³ Masse's team^{32,33} has developed two measurement scales for distress and well-being: the Psychological Distress Manifestation Scale (PDMS) and the Psychological Well-Being Manifestation Scale (PWBMS). The short versions consist of 23

items for distress and 25 items for well-being. A five-point Likert scale is used to respond to each statement. The total PDMS score ranges from 23 (no psychological distress) to 115 (high psychological distress), while the total PWBMS score ranges from 25 (poor psychological well-being) to 125 (high psychological well-being). An adjusted score can be calculated by subtracting 25 to the total score. The PDMS and PWBMS have good content and construct validity and excellent internal consistency (alpha of 0.93 for both scales).^{32,33}

Burnout

Burnout is a syndrome of emotional exhaustion and cynism that is specifically associated with the work situation.³⁴ Burnout was assessed with the French version of Maslach's Burnout Inventory (F-MBI),³⁴ a 22-item scale composed of three subscales: i) emotional exhaustion (9 items); ii) depersonalization (5 items) and iii) personal accomplishment (8 items). A six-point Likert scale is used to respond to each statement. The addition of items can provides three subscores (one for each subscale) and an overall score. To calculate the overall MBI score, the score for the responses to personal accomplishment items must be reversed.¹⁷ A higher score means a higher level of burnout. The MBI has been shown to have good internal consistency (alpha from 0.71 to 0.90), strong content and criterion validity.³⁴ The F-MBI has good internal consistency (alpha from 0.64 to 0.90) and temporal stability (r from 0.46 to 0.56).³⁵

Observers' assessment measures

Patient-centered care

The PCC behaviour of each participant-caregiver of this study was measured with the Sherbrooke Observation Scale of Patient-Centered Care (SOS-PCC).²⁵ This instrument has been developed for the assessment of PCC behaviour of a professional caregiver by a trained observer, in experimental clinical setting. Consisting of 9 items divided into 4 dimensions (biopsychosocial perspective; sharing power and responsibility; and therapeutic alliance) and a 4-points Likert scale, the SOS-PCC was originally developed in French for a population of nurses and physicians. A total score, ranging from disease-centered to patient-centered can be calculated by the addition of all items. This instrument has good

content validity, internal consistency (alpha of 0.88) and inter-rater reliability (intraclass coefficient - ICC of 0.93).²⁵

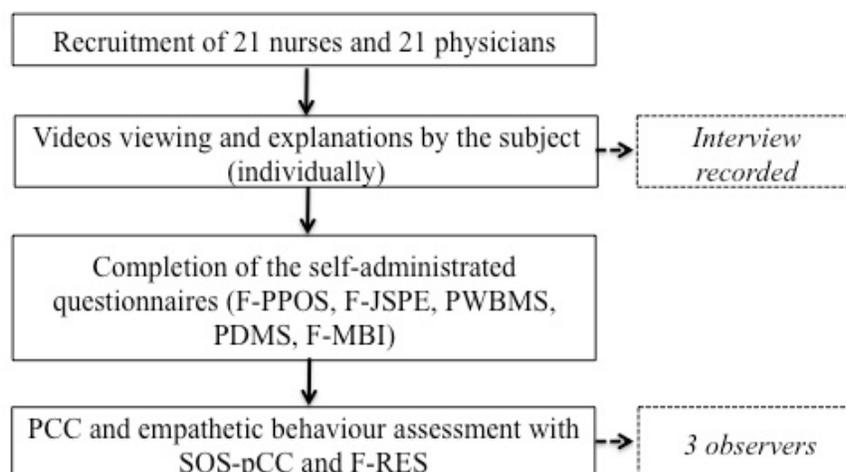
Empathy

An adapted French version of Reynolds Empathy Scale (F-RES) has been used for the assessment of empathetic behaviour by a trained observer.³⁶ The F-RES consists of 9 items with a categorical rating scale (“yes”, “no” or “incomplete”). This instrument has good internal consistency (alpha of 0.70) and inter-rated reliability (ICC of 0.85).³⁷ In this study, we used a 7 items version with a 4-point Likert scale to make it more responsive to the context of videos. A total score, ranging from not empathetic to empathetic can be calculated by the addition of all items.

Procedure

All caregivers watched five videos of real patients with chronic pain and were interviewed individually. These 4-minutes videos showed patients with different pathologies of chronic pain (rheumatoid arthritis, Ehlers-Danlos syndrome, postoperative pain, fibromyalgia, complex regional pain syndrome). A more detailed description of the development and content of these videos is available elsewhere.²⁷ In these videos, some patients had no visible physical signs (Ehlers-Danlos syndrome and fibromyalgia) and others had obvious visible deformities in the upper limb (rheumatoid arthritis and complex regional pain syndrome). After viewing the videos, participants-caregivers had to explain the management plan that they would provide for each patient and these answers were recorded. Each participant responded to the self-administrated questionnaires. At the end of data collection (n=42), three external observers evaluated the PCC and empathetic behaviour demonstrated by participants-caregivers for each video using the SOS-PCC and the F-RES. Figure 1 showed the conduct of the study.

Figure 1
Study procedure



Statistical analysis

Statistical analyzes were performed using the software SPSS version 18.0. To describe continuous variables, mean (standard deviation) were used, whereas frequency (percentage) was used for nominal and categorical variables. To compare the subgroups of nurses (n=21) and physicians (n=21), the Mann-Whitney test was used (non-parametric statistics for the comparison of two independent groups). To compare PCC and empathetic behaviour of the participants (n=42) according the presence or absence of visible physical signs in patients presented in the videos, paired T-tests were used on the mean score of the three observers. To examine the associations between PCC, empathy, psychological well-being, psychological distress and burnout in our sample (n=42), the Pearson coefficient was used. The Bonferroni correction was applied for the multiple analyses. The statistical level of significance was set at $p < 0.05$. We do not have any missing data.

RESULTS

Characteristics of the participants-caregivers

The sample included 42 native French-speaking caregivers ranging from 27 to 67 years ($M = 46.12$ years, $SD = 10.84$) and the majority was women (69%). Two groups were included in our study: nurses and physicians. The nurses' subgroup is younger than the physicians'

subgroup ($p=0.01$), but there was no statistically significant difference in terms of clinical experience. No statistically difference was observed for self-assessed PCC total score, empathy, psychological well-being and distress and burnout between the two groups. However, the nurses' subgroup has a higher score for the sharing subscale of F-PPOS ($p=0.04$). For the observer's assessment with observation scales, no significant difference was reported between the two groups, for both PCC and empathetic behaviour. Table 1 shows the characteristics of these participants.

Table 1
Characteristics of nurses and physicians respondents

	All (n=42)	Nurses (n=21)	Physicians (n=21)	p-value
Age, mean (SD)	46.12 (10.84)	42.00 (7.30)	50.24 (12.32)	0.01
Gender, n (%)				
Male	13 (31)	5 (24)	8 (38)	
Female	29 (69)	16 (76)	13 (62)	
Experience, mean (SD)	19.74 (10.34)	16.67 (7.11)	22.81 (12.19)	0.06
F-PPOS total, mean (SD)	4.82 (0.39)	4.82 (0.28)	4.83 (0.48)	0.67
Sharing, mean (SD)	4.49 (0.59)	4.59 (0.49)	4.39 (0.68)	0.04
Caring, mean (SD)	5.16 (0.37)	5.05 (0.31)	5.27 (0.41)	0.28
F-JSPE, mean (SD)	116.53 (9.80)	115.33 (7.91)	117.60 (11.33)	0.42
PWBMS, mean (SD)	79.12 (11.75)	79.10 (9.78)	79.14 (13.69)	0.77
PDMS, mean (SD)	11.93 (8.18)	11.62 (8.15)	12.24 (8.20)	0.86
F-MBI, mean (SD)	22.97 (11.90)	23.89 (10.77)	22.10 (13.11)	0.42
EE, mean (SD)	12.28 (6.30)	12.79 (6.63)	11.80 (6.10)	0.63
DP, mean (SD)	3.90 (4.26)	3.53 (4.33)	4.25 (4.28)	0.60
PA, mean (SD)	41.21 (4.74)	40.42 (4.23)	41.95 (5.18)	0.32
SOS-PCC, mean (SD)	25.94 (3.86)	26.55 (3.19)	25.34 (4.43)	0.27
F-RES, mean (SD)	20.70 (3.41)	21.64 (2.91)	19.77 (3.68)	0.09

SD = Standard deviation; F-PPOS = French version of Patient-Practitioner Orientation Scale; F-JSPE = French version of Jefferson Scale of Physician Empathy; PWBMS = Psychological Well-Being Manifestation Scale; PDMS = Psychological Distress Manifestation Scale; F-MBI = French version of Maslach Burnout Inventory; EE = Emotional exhaustion; DP = Depersonalization; PA = Personal accomplishment; SOS-PCC = Sherbrooke Observation Scale of Patient-Centered Care; F-RES = French version of Reynolds Empathy Scale.

Patient-centered and empathetic behaviour according to the presence or absence of visible physical signs

Three observers assessed PCC and empathetic behaviour of the participants-caregivers for all the video. We divided the videos in two groups: patients with visible physical signs and patients without visible physical signs. The mean for SOS-PCC and F-RES was calculated for both groups. The SOS-PCC and F-RES means were significantly higher for the group of patients with visible physical signs (see table 2).

Table 2

Comparisons of Patient-centered and empathetic behaviour according to the presence or absence of physical signs

	Patients with physical signs	Patients without physical signs	p-value
n	42	42	
SOS-PCC, mean (SD)	27.25 (3.77)	25.45 (4.35)	0.00
F-RES, mean (SD)	22.06 (3.20)	19.64 (3.71)	0.00

SD = Standard deviation; SOS-PCC = Sherbrooke Observation Scale of Patient-Centered Care; F-RES = French version of Reynolds Empathy Scale.

Associations between self-assessed measures

The PCC total score was significantly associated to the empathy score ($r=0.58$; $p<0.001$). Empathy was significantly and negatively associated with the burnout total score ($r=-0.36$; $p=0.03$), and more specifically with the subscale of personal accomplishment ($r=0.48$; $p=0.003$). Only the correlation between empathy and burnout total score was no longer statistically significant after applying Bonferroni correction. Table 3 shows the correlations between all these self-assessed variables.

Table 3
Correlations of self-reported variables

	F-PPOS	F-JSPE
F-PPOS total	-	
F-JSPE	0.58**	-
PWBMS	0.03	0.26
PDMS	0.14	-0.09
MBI total	-0.18	-0.36*

Significance indicated by * $p < 0.05$, ** $p < 0.001$

SD = Standard deviation; F-PPOS = French version of Patient-Practitioner Orientation Scale; F-JSPE = French version of Jefferson Scale of Physician Empathy; PWBMS = Psychological Well-Being Manifestation Scale; PDMS = Psychological Distress Manifestation Scale; F-MBI = French version of Maslach Burnout Inventory.

Associations between observed measures

The PCC behaviour measured with the SOS-PCC was strongly and significantly associated with the empathetic behaviour assessed with the F-RES ($r=0.90$; $p<0.001$).

Associations between self-assessed and observed PCC and empathy

We have found a lack of correlation between self-assessed PCC (F-PPOS) and observed PCC (SOS-PCC) ($r=0.017$; $p=0.917$), and between self-assessed empathy (F-JSPE) and observed empathy (F-RES) ($r=0.048$; $p=0.777$).

DISCUSSION

In this group of participant-caregivers, we observed moderate levels of self-assessed PCC and empathy, low levels of psychological distress and burnout, and high levels of psychological well-being. For PCC, these results suggest that our sample used more this style of approach than other groups of nurses³⁸ and physicians.³⁹ In term of empathy, our sample was comparable to other nurses and physicians.⁴⁰ For mental health, we observed less psychological distress or burnout in comparison with other studies,^{36,41} but comparable psychological well-being.^{36,41} Our subgroups of nurses and physicians were comparable for

all these variables. However, the nurses' subgroup was younger than the physicians' subgroup, but this difference was not significant for clinical experience.

The main purpose of this descriptive-correlational study was to investigate the influence of the presence or absence of visible physical signs on caregiver behaviour and attitude, and to explore the associations between the use of PCC, empathy and mental health of physicians and nurses in the chronic pain context. PCC and empathy were assessed from two perspectives, using a combination of self-administrated questionnaires and observation scales using innovative videos of real patients with chronic pain. First, we found that PCC and empathetic behaviour of participants-caregivers vary according to the presence or absence of visible physical signs in patients with chronic pain. These results are congruent with another study, where residents in internal medicine have displayed more facilitating behaviour when they consider that the patient has more severe health condition and more visible physical symptoms.¹³ Although the severity of the disease is not automatically associated with the presence of physical symptoms, it has been demonstrated that patients with more severe diseases were given longer consultations and the opportunity to talk more about their medical condition.⁴² Patients with chronic pain often have no visible physical signs and could remain stoic when they feel pain,¹⁴ because their condition is often present for several years. Some authors have suggested that professional caregivers were baffled by the lack of correlation between pain intensity physically expressed by chronic pain patients and their medical condition.⁴³ Our results can explain why many patients with chronic pain are frustrated after their clinical encounters, whereas these interactions are prominent in their experience.⁴³

Secondly, we found that self-assessed PCC and empathy were significantly related. This association was also significant between PCC and empathetic behaviour, assessed by external observers. These results are consistent with the literature,¹⁷ suggesting that empathy can influence the style of approach used by caregivers. Indeed, it has been proposed that patients reported more preoccupations and symptoms when their caregiver is more empathic,⁴⁴ which can facilitate the consideration of the biopsychosocial perspective and the unique experience of each patient by the caregiver, two key dimensions of PCC.

Furthermore, some authors have suggested that more empathetic caregiver behaviour was related to better patient's participation in their treatment plan⁴⁵ and better patient-caregiver relationship.⁴⁶ Patient's participation and therapeutic alliance are two important dimensions of PCC, supporting that empathy demonstrated by the caregiver can influence his-her style of care approach. Although it is impossible to determine the directionality of the observed correlations in our study, these associations could indicate that empathy showed by the caregiver leads to more PCC behaviour.

On the other hand, a lack of correlation was observed between self-assessed PCC and mental health characteristics, as has been demonstrated by another research team.⁴⁶ Conversely, a recent study has reported that a mindful communication program was associated with improvements in the attitudes associated with PCC, empathy and burnout,¹⁶ suggesting potential relations between these variables. However, the authors were not able to definitely determine that these improvements were due to any or all of the components within the intervention. Interestingly, in our group of participants-caregivers, a negative significant correlation was observed between self-evaluated empathy and burnout, more specifically with the personal accomplishment subscale. This finding supports that the burnout level of the caregiver can indirectly influence the use of PCC. Evidences from other studies suggest a relation between low level of empathy and burnout.¹⁷ According to a qualitative study in a group of physicians, showing interest in the "person behind the symptoms" was a decisive factor protecting against monotony.⁴⁷ A good patient-physician relationship was reflected in the patients' appreciation and gratitude, which can be a source of strength for the physician.⁴⁷ Thus, these empathetic behaviours seem to play a protective role against burnout, by fostering a sense of personal accomplishment. It is important to note that burnout does not seem to be directly related to PCC, which can be explained by the fact that our sample had relatively low levels of burnout.

Finally, our results showed a lack of correlation between self-assessment and observer's assessment for both PCC and empathy. These results may seem surprising, but other studies have reported similar observations for the PCC tendency²³ and empathy.⁴⁸ Several hypotheses may explain why self-assessment and observed behaviour often do not correlate

closely for those variables. According to Epstein et al.,²³ survey data are affected by unmeasured patient factors, such as personality, preferences and sociodemographic characteristics, for which it is difficult to control. However, our results and those of other research teams^{3,13} have clearly demonstrated the influence of patients' characteristics on the use of PCC and empathy. Moreover, according to Epstein et al.,²³ "PCC is considered as both a *trait* (an overall style of practice)⁴⁹ and a *state* (behaviours during a particular interaction)".⁴⁹ Thus, self-assessment and observed behaviour can reflect different facets of PCC, which may explain the lack of correlation between these two perspectives of evaluation. Finally, social desirability bias may also contribute to this lack of correlation.⁵⁰

One potential limitation of our study is the lack of an authentic interaction between participants-caregivers and patients in the videos. As a result of its methodological advantages and low cost, we used standardized videos of real chronic pain patients. However, the observation scales used for the assessment of PCC and empathetic behaviours were adapted for this kind of situations. We obtained a good variability in our results, suggesting that we were able to capture behavioural and attitudes subtleties. Another limitation is the strength of the association obtained between observed PCC and empathy. This high correlation can be explained by the fact that the same observers evaluated subsequently these two variables. Nevertheless, an association was also found between self-assessed PCC and empathy, supporting the presence of a real relation.

To our knowledge, this is the first study showing a direct correlation between PCC and empathy in the context of chronic pain. Our results show that PCC was related to empathy, while empathy was associated with burnout, more precisely with personal accomplishment. Our results support the relevance of training to develop empathy of professional caregivers. However, burnout seems to be an important variable to consider because it can be directly related to empathy and thus, indirectly to PCC. Finally, the presence of visible physical signs in chronic pain patients seems to be an important factor that influences PCC and empathetic behaviour. These findings raise the importance of educating caregivers to these unconscious biases and the potential impact on chronic pain patients. Future studies could utilize real clinical encounters to replicate these results.

ACKNOWLEDGEMENTS AND FUNDING

E. Paul-Savoie has a doctoral scholarship from the Canadian Institute of Health Research (CIHR). P. Bourgault was at the time of the study a Junior 1 Clinician Investigator with the FRQS, and a researcher at the CR-CHUS. E. Gosselin has a doctoral scholarship from the *Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec*. S. Potvin is a Junior 1 Young Investigator from the Quebec Fund for Health Research (FRQS), and is supported by the *Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal* and the Louis-H Lafontaine Hospital Foundation. S. Lafrenaye is supported by the medicine and health science faculty of the Université de Sherbrooke and a researcher at the *Centre de recherche du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CR-CHUS)*. The authors have declared no conflict of interest.

REFERENCES

- 1 Elzahaf RA, Tashani OA, Unsworth BA, et al. The prevalence of chronic an analysis of countries with a human Development index less than 0.9: a systematic review without meta-analysis. *CMRO* 2012;28:1221-1229.
- 2 Jacobson L, Mariano AJ. General considerations of chronic pain. In: Loeser JD, Butler SH, Chapman R, Turk DC, eds. *Bonica's Management of Pain*. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins 2001; 241-254.
- 3 Hudon C, Fortin M, Haggerty JL, et al. Measuring Patients' Perceptions of Patient-Centered Care: A Systematic Review of Tools for Family Medicine. *Ann Fam Med* 2011;9:155-164.
- 4 McCormack B, McCance T. Developing a conceptual framework for person-centred nursing. *J Adv Nurs* 2006;56:472-479.
- 5 Alamo MM, Moral RR, de Torres LAP. Evaluation of a patient-centred approach in generalized musculoskeletal chronic pain/fibromyalgia patients in primary care. *Patient Educ Couns* 2002;48:23-31.

- 6 Monsivais DB, Engebretson JC. Cultural Cues: Review of qualitative evidence of patient-centered care in patients with nonmalignant chronic pain. *Rehab Nurs* 2011;36:166-171.
- 7 Taverner T, Closs SJ, Briggs M. The Journey to Chronic Pain: A Grounded Theory of Older Adults' Experiences of Pain Associated with Leg Ulceration. *Pain Nurs Manag* 2014;15:186-198.
- 8 Coulmont M, Roy C, Dumas L. Patient-centered approach to care pay off? A Cost-benefit analysis. *Health Care Manag* 2013;32:87-95.
- 9 Parsons S, Harding G, Breen A et al. Will shared decision making between patient with chronic musculoskeletal pain and physiotherapists, osteopaths and chiropractors improve patient care? *Fam Pract* 2012;29:203-212.
- 10 Haidet P, Dains JE, Paterniti DA, et al. Medical student attitudes toward the doctor-patient relationship. *Med Educ* 2002;36 :568-574.
- 11 Bertakis KD, Azari R. Determinants and outcomes of patient-centered care. *Patient Educ Couns* 2011;85:46-52.
- 12 Willems S, De Maesschalck S, Deveugele M, et al. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? *Patient Educ Couns* 2005;56:139-146.
- 13 Zandbelt LC, Smets EM, Oorf FJ, et al. Determinants of physicians' patient-centred behaviour in the medical specialist encounter. *Soc Sci Med* 2006;63:899-910.
- 14 Monsivais DB. Decreasing the stigma burden of chronic pain. *J Am Assoc Nurse Pract* 2013;25:551-556.
- 15 Tsimtsiou Z, Benos A, Garyfallos AA, et al. Predictors of physicians' attitudes toward sharing information with patients and addressing psychosocial needs: a cross-sectional study in Greece. *Health Commun* 2012;27:257-263.
- 16 Krasner MS, Epstein RM, Beckman H, et al. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA* 2009;302:1284-1293.
- 17 Passalacqua SA, Segrin C. The effect of resident physician stress, burnout, and empathy on patient-centered communication during the long-call shift. *Health Commun* 2012;27:449-456.

- 18 Gopal R, Glasheen JJ, Miyoshi TJ, et al. Burnout and internal medicine resident work-hour restrictions. *Arch Intern Med* 2005;165:2595-2600.
- 19 Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, et al. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med* 2002;136:358-367.
- 20 Lavoie-Tremblay M, O'Brien-Pallas L, Gélinas C, et al. Addressing the turnover issue among new nurses from a general viewpoint. *J Nurs Manag* 2008;16:724-733.
- 21 Chen D, Lew R, Hershman W, Orlander J. A cross-sectional measurement of medical student empathy. *J Gen Intern Med* 2007;22:1434-1438.
- 22 Ward J, Cody J, Schaal M, et al. The empathy enigma: an empirical study of decline in empathy among undergraduate nursing students. *J Prof Nurs* 2012;28:34-40.
- 23 Epstein RM, Franks P, Fiscella K, et al. Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: theoretical and practical issues. *Soc Sci Med* 2005;61:1516-1528.
- 24 Childs J. Clinical resource centers in nursing programs. *Nurse Educ* 2002;27:232-235.
- 25 Paul-Savoie E, Bourgault P, Potvin S, et al. Assessing patient-centered care for chronic pain: validation of a new research paradigm. *Pain Res Manag* (In press).
- 26 Hemmerdinger JM, Stoddart S, Lilford A. A systematic review of tests of empathy in medicine. *BMC Med Educ* 2007; 7: 24.
- 27 Paul-Savoie E, Bourgault P, Gosselin E, et al. Assessing patient-centered care: Validation of the French Version of the Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS). *Eur J Pers Centered Healthcare* (in press).
- 28 Krupat E, Rosenkranz SL, Yeager CM, et al. The practice orientations of physicians and patients: the effect of doctor-patient congruence on satisfaction. *Patient Educ Couns* 2000;39:49-59.
- 29 Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, et al. Physician empathy: Definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *Am J Psychiatry* 2002;159:1563-1569.
- 30 Bourgault P, Lavoie S, Grégoire M et al. Le rôle de la détresse psychologique et de l'empathie dans la gestion de la douleur à l'urgence. IVe Congrès mondial des infirmières et infirmiers de l'espace francophone, Marrakech 2009.

- 31 Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, et al. Physician empathy in medical education and practice: experience with the Jefferson scale of physician empathy. *Sem Integ Med* 2003;1:25-41.
- 32 Massé R, Poulin C, Dassa C, et al. Evaluation and validation of a test of psychological distress in a general population in French Quebec. *Can J Public Health* 1998;89:183-187.
- 33 Massé R, Poulin C, Dassa C, et al. Elaboration and validation of a tool to measure psychological well-being: WBMMS. *Can J Public Health* 1998;89:352-357.
- 34 Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup behav* 1981;2:99-113.
- 35 Dion G, Tessier R. Validation de la traduction de l'Inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. *Revue Canadienne des sciences du comportement* 1994;26:210-27.
- 36 Gosselin E, Paul-Savoie E, Lavoie S, et al. Reliability and validity of the French version of the Reynolds Empathy Scale in nursing. *J Nurs Meas* 2015;23.
- 37 Gosselin E, Bourgault P, Lavoie S. Association between job strain, mental health and empathy among intensive care nurses. *Nurs Crit Care* (in press).
- 38 Grilo AM, Santos MC, Rita JS, et al. Assessment of nursing students and nurses' orientation toward patient-centeredness. *Nurs Educ Today* 2014;34:35-39.
- 39 Chan CMH, Ahmad WAW. Differences in physician attitudes towards patient-centredness: across four medical specialties. *Int J Clin Pract* 2011;66:16-20.
- 40 Fields SK, Hojat M, Gonnella JS, et al. Comparisons of nurses and physicians on an operational measure of empathy. *Eval health prof* 2004;27:80-94.
- 41 Bourgault P, Lavoie S, Paul-Savoie E, et al. Relationship between empathy and well-being among emergency nurses. *J Emerg Nurs* [Epub ahead of print].
- 42 Graugaard PK, Holgersen K, Eide H, et al. Changes in physician-patient communication from initial to return visits: A prospective study in a haematology outpatient clinic. *Patient Educ Couns* 2005;57:22-29.
- 43 Allaz A. *Le messager boiteux: Approche pratique des douleurs chroniques rebelles* [in French]. Genève: Médecine et Hygiène 2003.

- 44 Good BJ. *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective.* Cambridge:Cambridge University Press 1994.
- 45 Larson EB, Yao X. Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *JAMA* 2005;293:1100-1106.
- 46 Levinson W, Roter D. Physicians' psychosocial beliefs correlate with their patient communication skills. *J Gen Intern Med* 1995;10:375-379.
- 47 Lamothe M, Boujut E, Zenasni F, et al. To be or not to be empathic: the combined role of empathic concern and perspective taking in understanding burnout in general practice. *BMJ Fam Pract* 2014;15:15.
- 48 Reynolds WJ. *The measurement and development of empathy in nursing.* Burlington:Ashgate 2000.
- 49 McWhinney IR. *Why we need a new clinical method.* Thousand Oaks: Sage 1995.
- 50 Roter DL, Hall JA, Katz NR. Relations between physicians' behaviors and analogue patients' satisfaction, recall, and impressions. *Med Care* 1987;25:437-451.

SIXIÈME CHAPITRE – DISCUSSION

L'objectif principal de la présente étude doctorale était d'explorer chez les soignants (médecins et infirmières), dans un contexte de douleur chronique, les associations entre le type d'approche privilégiée et : i) leur empathie; ii) leur bien-être psychologique; iii) leur détresse psychologique et iv) leur niveau d'épuisement professionnel. Les objectifs secondaires visaient à : i) mesurer le type d'approche privilégiée, l'empathie, le bien-être psychologique, la détresse psychologique et l'épuisement professionnel des médecins et infirmières; ii) comparer les différentes perspectives d'évaluation (auto-évaluation et observation) de l'approche centrée sur le patient et de l'empathie; et iii) comparer le type d'approche privilégiée et l'empathie démontrées par les soignants selon la pathologie des patients (signes physiques visibles et non visibles).

6.1 Résumé de la méthode

Pour répondre à ces objectifs, le projet a d'abord été approuvé par le comité d'éthique de la recherche sur l'humain du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (voir annexe D). Avant de prendre part à l'étude, tous les soignants participants ont lu et signé le formulaire de consentement préalablement approuvé par ce même comité d'éthique (voir annexe E). Afin de permettre l'auto-évaluation (évaluation à la première personne) des variables d'intérêt de la présente étude, les versions françaises de cinq questionnaires auto-administrés ont été distribuées aux participants. Plus spécifiquement, les questionnaires utilisés étaient : i) *Patient-Practitioner Orientation-Scale* (F-PPOS) pour mesurer l'utilisation de l'ACP; ii) *Jefferson Scale of Physician Empathy* (F-JSPE) (Bourgault *et al.*, 2009) pour mesurer le degré d'empathie; iii) Échelle de mesure des manifestations de bien-être psychologique (EMMBEP) (Massé *et al.*, 1998c); iv) Échelle de mesure des manifestations de détresse psychologique (Massé *et al.*, 1998b); et v) *Maslach Burnout Inventory* (F-MBI) (Dion et Tessier, 1994) pour mesurer le niveau d'épuisement professionnel. Parmi ces questionnaires, seul le PPOS n'était pas disponible en français au début de l'étude. Sa traduction et sa validation ont été effectuées avant de débiter la

collecte de données (article 1). Tous ces questionnaires sont présentés en annexe (annexes F à J).

L'utilisation de l'ACP et de l'empathie a également été mesurée à l'aide d'observations (évaluation à la troisième personne). Pour ce faire, une combinaison de vidéos standardisées de patientes réelles atteintes de douleur chronique et de grilles d'observation a été retenue. Puisque de telles vidéos et une grille d'observation pour l'hétéro-évaluation de l'ACP n'étaient pas disponibles, ces instruments ont été élaborés et validés préalablement à la collecte de données (article 2). La grille d'observation qui a été utilisée pour l'évaluation de l'ACP est la *Sherbrooke Observation Scale of Patient-Centered Care* (SOS-PCC) (annexe K), tandis que celle utilisée pour l'évaluation de l'empathie est une adaptation de la version française de la *Reynolds Empathy Scale* (F-RES) (annexe L). Il importe de mentionner que les patientes qui ont été présentées dans les vidéos ont également lu et signé un formulaire de consentement avant de prendre part à la séance d'enregistrement (annexe M).

Pour ce qui est de la collecte de données du projet principal, 21 infirmières et 21 médecins ont été recrutés principalement par le biais d'un courriel (annexe N). Une fois les critères d'admissibilité vérifiés, les soignants ayant accepté de prendre part à l'étude ont été rencontrés individuellement. Lors de cette séance, ils ont regardé les cinq vidéos de patientes réelles. Après chacune des vidéos, des questions spécifiques étaient demandées afin de permettre au participant d'expliquer la prise en charge qu'il offrirait pour chacune des situations cliniques. Le guide d'entrevue est d'ailleurs présenté à l'annexe O. Ces explications ont été filmées afin de permettre l'évaluation des comportements de chacun des soignants participants à la fin de l'étude. À la fin de la séance expérimentale, chaque soignant participant a rempli la batterie de questionnaires précédemment mentionnée afin de permettre l'auto-évaluation des variables d'intérêt. Une fois la collecte de données complétée, les enregistrements des soignants ont été visionnés par trois observateurs externes (la doctorante, une infirmière et un résident en médecine). Les observateurs ont évalué le degré d'utilisation de l'ACP et d'empathie des 42 participants pour chacune des 5 situations cliniques, pour un total de 210 observations (article 3).

Dans les prochains paragraphes, un bref résumé des principaux résultats issus de nos trois articles seront exposés, puis suivra l'analyse présentée en fonction des différents objectifs.

6.2 Résumé des principaux résultats

L'évaluation de variables en recherche en sciences de la santé est une étape fondamentale et nécessite l'utilisation d'instruments de mesure valides et fidèles (Streiner et Norman, 2008). Un instrument est considéré valide lorsqu'il mesure bien ce qu'il est censé mesurer (Fortin, 2010). Selon Fortin (2010), il existe trois types de validité : i) la validité de contenu; ii) la validité liée au critère et iii) la validité conceptuelle. Quant à la fidélité, elle réfère à la précision et à la constance des mesures obtenues à l'aide d'un instrument de mesure, ou en d'autres termes, à la reproductibilité de l'instrument (Fortin, 2010). La fidélité d'un instrument de mesure peut être évaluée à l'aide de différents critères, dont les principaux sont : i) la stabilité temporelle (test-retest); ii) la fidélité entre les observateurs (intrajuges et interjuges); iii) la cohérence interne; et iv) l'équivalence (Fortin, 2010). Comme il a été mentionné précédemment, la première étape de ce projet de doctorat consistait donc à traduire et valider le questionnaire PPOS, à élaborer les cinq vidéos de patientes réelles atteintes de douleur chronique et à élaborer et valider la grille d'observation SOS-PCC. Pour chacun de ces instruments, divers types de validité et de fidélité ont été évalués. Ils seront discutés subséquemment dans cette thèse.

6.2.1 Traduction et validation du questionnaire PPOS

Dans la présente étude, l'adaptation et la traduction en langue française du questionnaire PPOS a suivi un processus rigoureux de traduction inversée suivant la majorité des recommandations méthodologiques de l'équipe de Hébert (1994). Plus spécifiquement, la version originale anglaise a été traduite en français par deux membres du comité d'experts. Ces deux versions françaises ont été retraduites en anglais par deux traducteurs indépendants. Ensuite, ces différentes versions ont été analysées par un comité d'experts composé de quatre membres bilingues, incluant un médecin, une infirmière, un chercheur et la doctorante. Parmi les 18 items, 2 présentaient des discordances importantes. Ces

discordances ont fait l'objet d'une discussion entre les différents experts jusqu'à l'obtention d'un consensus. Cette version préliminaire du questionnaire a été soumise à cinq soignants afin de vérifier si les divers énoncés étaient formulés clairement et si les instructions étaient claires. Les soignants participants ont suggéré quelques modifications qui ont été discutées par le comité d'experts jusqu'à l'obtention d'un consensus. Ces étapes ont permis de juger que la validité de contenu était satisfaisante (Fortin, 2010). Ensuite, la cohérence interne du F-PPOS a été évaluée pour le score total et pour chacune des sous-échelles (*Sharing* et *Caring*). L'analyse de cohérence interne a été effectuée pour tout l'échantillon, mais aussi pour chacun des sous-groupes (infirmières et médecins). Ces valeurs varient de 0,10 à 0,65 selon les sous-échelles ou sous-groupes, ce qui suggère une cohérence interne pauvre à acceptable (voir tableau 3 de l'article 1) (Helmstader, 1964; Nunnaly, 1978). À première vue, ces résultats peuvent suggérer une traduction et une adaptation insatisfaisante, mais d'autres équipes de recherche ont obtenu des résultats similaires (Pereira *et al.*, 2013; Lee *et al.*, 2008). Ces résultats sont discutés en détails dans l'article 1 de la présente thèse.

6.2.2 Développement et validation de la grille d'observation de l'ACP

Le développement des vidéos et la validation de la grille d'observation SOS-PCC consistait en une étape charnière de ce projet. Pour le développement des vidéos, les recommandations de McWilliams et Botwinski (2010) concernant le développement d'examen clinique à objectif structuré ont été suivies, alors que les recommandations de Streiner et Norman (2008) ont été suivies pour le développement de la grille. Pour les vidéos, la validité de contenu a été assurée par la mise en place d'un comité d'experts qui était composé d'une infirmière, un médecin, un physiothérapeute, une ergothérapeute, une psychologue, une psychoéducatrice et l'étudiante au doctorat, tous ayant une connaissance approfondie du contexte particulier de la douleur chronique. Pour la grille SOS-PCC, l'évaluation qualitative de la validité de contenu a été vérifiée par un comité d'experts, où l'ensemble des énoncés a été analysé et révisé jusqu'à l'obtention d'un consensus (Fortin, 2010). Quant à la fidélité, la cohérence interne et la fidélité interjuges ont été évaluées à l'aide du coefficient alpha de Cronbach et du coefficient de corrélation intra-classe (CCI) respectivement. La fidélité interjuges réfère à la concordance des résultats enregistrés par au moins deux observateurs qui ont utilisé les mêmes instruments de mesure auprès des

participants ou ont observé le même évènement (Fortin, 2010). Plusieurs techniques peuvent être utilisées pour évaluer la fidélité interjuges, comme le kappa de Cohen, le kappa de Fleiss, le CCI ou encore les coefficients de corrélation (Streiner et Norman, 2008). Le kappa de Cohen et les coefficients de corrélation peuvent être utilisés lorsque les mesures ont été prises par deux observateurs, alors que le kappa de Fleiss et le CCI peuvent être utilisés lorsqu'il y en a davantage (Gwet, 2014). Le kappa de Cohen et le kappa de Fleiss permettent de mesurer l'accord entre observateurs lorsque les données sont de type catégoriel (Gwet, 2014). Puisque la grille SOS-PCC a été complétée par trois observateurs qui ont évalué la même situation et que chaque énoncé était répondu à l'aide d'une échelle de Likert à quatre niveaux, le CCI a été privilégié. Le coefficient alpha et le CCI ont été calculés pour chacune des vidéos, puis pour le score total. Des valeurs entre 0,76 et 0,88 ont été obtenues pour le coefficient alpha de Cronbach, alors que des valeurs entre 0,84 et 0,93 ont été obtenues pour les CCI (voir tableau 4 de l'article 2). Ces résultats soutiennent une bonne cohérence interne ainsi qu'une bonne fidélité interjuges pour cette grille. Ils sont discutés plus en détails dans l'article 2 de cette présente thèse.

Bien que la F-RES ait été validée dans une étude précédente de notre équipe de recherche (Gosselin *et al.*, 2015), nous avons analysé la cohérence interne et la fidélité interjuges de cet instrument dans le contexte précis de notre étude. Des valeurs entre 0,80 et 0,91 ont été obtenues pour le coefficient alpha de Cronbach, alors que des valeurs entre 0,70 et 0,85 ont été obtenues pour les CCI. Ces résultats soutiennent une bonne cohérence interne ainsi qu'une fidélité interjuges acceptable pour cette grille.

6.2.3 Mesures de l'ACP, de l'empathie et de la santé mentale

L'article 3 présenté dans cette thèse expose les différents résultats qui sont découlés de notre collecte de données principale. Dans un premier temps, la compilation des données obtenues à l'aide des questionnaires a permis de déterminer que notre groupe de soignants utilisait l'ACP de façon modérée (moyenne de 4,82 sur un maximum de 6,00) (Krupat *et al.*, 1999). Pour ce qui est de l'empathie, notre groupe avait une moyenne d'empathie de 116,53 sur un maximum de 140,00. Les niveaux de bien-être psychologique s'élevaient à

79,12 (maximum de 125), alors que ceux de la détresse psychologique étaient de 11,93 (maximum de 100). Finalement, le niveau d'épuisement professionnel était de 22,97 sur un maximum de 132. Pour ce qui est de l'ACP et l'empathie observées, la moyenne a été calculée pour les cinq vidéos (score total), puis pour les deux vidéos des patientes réelles ayant des signes visibles (score visibilité) et pour les deux vidéos des patientes réelles ne présentant pas de signes visibles (score invisibilité). Pour l'utilisation de l'ACP, le score maximal est de 36, alors que pour l'empathie, le maximum est de 28. Pour l'ACP, notre groupe de soignants a obtenu 25,94 pour le score total, 27,25 pour le score visibilité et 25,45 pour le score invisibilité ($p < 0,01$). Pour l'empathie, le même groupe a obtenu 20,70 pour le score total, 22,06 pour le score visibilité et 19,64 pour le score invisibilité ($p < 0,01$).

En ce qui a trait aux différentes associations retrouvées entre les variables à l'étude, les résultats ont démontré que l'ACP était positivement et significativement corrélée à l'empathie, autant pour l'auto-évaluation ($r = 0,58$; $p < 0,01$) que pour l'observation ($r = 0,90$; $p < 0,01$). Néanmoins, nous n'avons pas retrouvée d'association statistiquement significative entre l'ACP et les différentes mesures de la santé mentale. Finalement, nous avons vérifié s'il y avait corrélation entre les différentes perspectives d'évaluation (questionnaire et grilles d'observation) de l'ACP et de l'empathie. Les résultats ont démontré qu'il n'y avait pas d'association statistiquement significative entre ces différentes mesures de l'ACP ou de l'empathie.

6.3 Caractéristiques des participants

Le premier objectif spécifique de la présente thèse consistait à mesurer le type d'approche privilégiée, l'empathie, le bien-être psychologique, la détresse psychologique et l'épuisement professionnel des médecins et des infirmières. Les résultats recueillis pour répondre à cet objectif ont permis dans un premier temps de bien décrire notre échantillon composé de médecins et d'infirmières en regard de ces caractéristiques. Le tableau 1 de l'article 3 présente d'ailleurs les caractéristiques de l'échantillon total, puis du sous-groupe des médecins et de celui des infirmières.

6.3.1 Utilisation de l'ACP

Parmi toutes les variables mesurées, seules la moyenne de l'âge ($p=0,01$) et la moyenne à la sous-échelle *Sharing* ($p=0,04$) du F-PPOS sont significativement différentes entre le sous-groupe des infirmières et celui des médecins ($p=0,01$). Plus spécifiquement, le sous-groupe des infirmières est plus jeune et a obtenu des scores plus élevés à cette sous-échelle de l'ACP en comparaison au sous-groupe des médecins. Certains auteurs ont d'ailleurs suggéré que les soignants plus jeunes (Tsimtsiou *et al.*, 2012) et du genre féminin (Bertakis et Azari, 2011; Bertakis *et al.*, 1995; Zandbelt *et al.*, 2006) avaient davantage tendance à utiliser l'ACP. Puisque le sous-groupe d'infirmières avait un plus jeune âge et était composé d'un plus fort ratio de femmes, ceci peut expliquer la plus forte auto-évaluation de l'ACP rapportée par les infirmières. Néanmoins, cette différence n'est pas statistiquement significative pour l'utilisation de l'ACP mesurée à l'aide de la grille SOS-PCC. Puisque des études antérieures ont rapporté que les femmes utilisent généralement davantage l'ACP que les hommes (Bertakis *et al.*, 1995; Bertakis et Azari, 2011; Zandbelt *et al.*, 2006), une attention particulière a été portée à ces potentielles différences lors de l'analyse de nos résultats. Ainsi, nos résultats ont démontré que les femmes avaient des scores légèrement plus élevés que les hommes, autant pour l'ACP auto-évaluée (4,89 et 4,68; $p=0,27$) que pour l'ACP observée (27,56 et 26,13; $p=0,52$), mais ces différences ne sont pas statistiquement ni cliniquement significatives.

En comparaison à d'autres études recensées ayant utilisé le questionnaire PPOS pour évaluer l'ACP, notre échantillon semble davantage centré sur le patient que d'autres groupes de médecins (Chan et Ahmad, 2012) ou d'infirmières (Grilo *et al.*, 2014) ayant des caractéristiques sociodémographiques similaires. Une explication possible de cette utilisation plus marquée de l'ACP par les participants de notre étude repose sur les méthodes de sélection et de recrutement retenues. Comme mentionné dans l'article 3, les participants potentiels ont été référés par le biais de connaissances et ont été contactés par courriel, où une brève description de l'étude leur était envoyée. Les variables d'intérêt de l'étude n'étaient pas explicitement précisées, mais il était mentionné que la prise en charge de la douleur chronique était investiguée (voir courriel à l'annexe N). Bien qu'un effort ait été fait pour contacter un nombre maximal de soignants, un nombre relativement faible a

répondu à l'appel. Plus spécifiquement, 119 soignants ont été contactés, dont 42 ont pris part à l'étude. Parmi les soignants ayant été contactés, 12 sujets ne répondaient pas aux critères d'admissibilité, 8 sujets ont refusé de participer par manque de temps, 3 sujets ont refusé de participer en raison de l'enregistrement et 54 sujets n'ont pas répondu au courriel. Il est donc possible que les soignants ayant accepté de participer soient davantage intéressés par la prise en charge de la douleur chronique et sensibilisés aux approches les plus bénéfiques pour cette clientèle, telle que l'ACP.

6.3.2 Empathie

En regard de l'empathie, les résultats de l'auto-évaluation, effectuée à l'aide du questionnaire F-JSPE, suggèrent que notre échantillon soit comparable à d'autres groupes de médecins ou d'infirmières ayant utilisé le même questionnaire (Fields *et al.*, 2004). Dans cette étude de l'équipe de Fields (2004), les auteurs avaient également observé des scores d'empathie légèrement plus élevés pour les infirmières en comparaison aux médecins, mais la différence n'était pas statistiquement significative. La même tendance est constatée pour l'empathie observée, mesurée à l'aide du F-RES (Gosselin *et al.*, 2015a). Puisque certains auteurs ont proposé que les femmes sont généralement plus empathiques que les hommes (Hojat, 2007; Preston et de Waal, 2002), nous avons vérifié si la variable du genre avait un effet sur l'empathie dans notre échantillon. Il en ressort que les femmes étaient légèrement plus empathiques que les hommes, autant pour l'empathie auto-évaluée (117,26 et 114,73; $p=0,51$) que pour l'empathie observée (22,20 et 21,21; $p=0,586$), mais ces différences ne sont pas statistiquement ni cliniquement significatives.

6.3.3 Santé mentale

Pour ce qui est du bien-être psychologique, nos résultats sont comparables à ceux d'études précédentes ayant été menée par notre équipe de recherche auprès d'infirmières travaillant à l'urgence (Bourgault *et al.*, 2015) et aux soins intensifs (Gosselin *et al.*, 2015b) et ayant utilisé le même questionnaire. Par contre, les participants de notre étude ont démontré moins de détresse psychologique que ce qui a été rapportés dans nos études précédentes. La

même tendance a été observée pour ce qui est de l'épuisement professionnel. En comparaison à un groupe hongrois d'infirmières et de médecins (Kovacs *et al.*, 2010) et à un groupe américain d'étudiants en médecine (Brazeau *et al.*, 2010), notre échantillon avait des scores moins élevés d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation, combinés à des scores plus élevés d'accomplissement personnel. Encore une fois, ces résultats peuvent être expliqués en partie par les stratégies de sélection et de recrutement utilisées dans notre étude, comme il a été discuté précédemment.

6.3.4 Effet d'une formation spécifique

Fait intéressant, nous avons également collecté des renseignements concernant les formations spécifiques suivies par les soignants ayant pris part à l'étude. Parmi notre échantillon, certains soignants ont rapporté avoir suivi une formation spécifique soit sur la prise en charge de la douleur (n=24), la détresse (n=8), la souffrance (n=10) ou la technique d'entrevue (n=21). Des analyses comparatives ont démontré que seule une formation sur la souffrance avait un effet significatif sur l'ACP (p=0,02) et sur l'empathie (p=0,05). Plus spécifiquement, les soignants ayant suivi une formation spécifique sur la souffrance avaient des scores plus élevés d'ACP et d'empathie auto-évaluées que ceux qui n'avaient pas suivi une telle formation. Ces différences n'étaient néanmoins pas statistiquement significatives pour ces variables mesurées à l'aide des grilles d'observation. Comme il a été mentionné précédemment, certaines formations ont fait leur preuve en démontrant un effet positif, à la fois sur l'utilisation de l'ACP, l'empathie et l'épuisement professionnel auprès de plusieurs groupes de médecins (Krasner *et al.*, 2009). D'autres groupes ont produit des résultats positifs sur l'empathie à la suite d'une formation destinée aux infirmières (Cunico *et al.*, 2012) et aux médecins (Bonvicini *et al.*, 2009). Cependant, certaines formations n'ont pas été en mesure d'entraîner un tel effet sur l'empathie (Evans *et al.*, 1998; Oz, 2001). Ceci suggère que toute formation n'entraîne pas automatiquement une amélioration de ces variables et soulèvent l'importance de bien identifier les éléments clés favorisant des retombées positives. Malheureusement, les détails spécifiques concernant les formations reçues dans le cadre de notre étude n'ont pas été recueillis, que ce soit en regard de la durée, des contenus ciblés ou des stratégies pédagogiques utilisées, ce qui limite l'émission

d'hypothèse sur les éléments potentiellement prometteurs des formations pouvant favoriser l'utilisation de l'ACP.

6.4 Comparaisons de l'ACP et de l'empathie selon la perspective d'évaluation

Le deuxième objectif secondaire de notre étude consistait à comparer les différentes perspectives d'évaluation (auto-évaluation et observation) de l'ACP et l'empathie. Comme il a été mentionné précédemment, nous n'avons pas trouvé de corrélation statistiquement significative entre les différentes perspectives d'évaluation, que ce soit pour l'ACP ou pour l'empathie. Une des hypothèses pour expliquer cette absence d'association repose sur le fait que l'évaluation à l'aide de questionnaires ne peut considérer les facteurs liés aux patients relativement à une situation particulière, telle que l'âge, le genre ou la sévérité de la maladie (Epstein *et al.*, 2005). Comme il a été mentionné précédemment, l'ACP peut être considérée comme un trait, soit un style général de pratique (McWhinney, 1995), mais également comme un état, c'est-à-dire un comportement particulier durant une interaction particulière (Roter *et al.*, 1987). Il est donc possible que l'auto-évaluation (F-PPOS) reflète davantage une mesure du trait, alors que l'observation (SOS-PCC) mesure plutôt différents états de l'ACP.

Cette explication peut également s'appliquer pour l'empathie, puisque certaines évidences soutiennent que l'empathie du soignant peut aussi être modulée par des facteurs liés aux patients. En effet, les médecins auraient moins tendance à être empathiques lorsque les patients sont considérés « difficiles » (Neumann *et al.*, 2009). Une étude d'IRMf a même démontré que l'activation du CCA et de l'insula antérieure, deux structures ayant un rôle clé dans l'empathie pour la douleur (Jackson *et al.*, 2006; Lamm *et al.*, 2011), était modulée par les préjugés (Decety *et al.*, 2009). Plus spécifiquement, l'équipe de Decety (2009) a comparé l'empathie auto-évaluée (échelle de Likert) et l'activité hémodynamique du CCA et de l'insula antérieure auprès de 22 sujets sains lorsque ces derniers visionnaient des vidéos de 2 groupes de patients atteints du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) présentant une expression faciale de douleur. Le premier groupe était composé de patients

atteints du SIDA ayant été contaminés par transfusion sanguine, alors que le deuxième groupe était composé de patients atteints du SIDA ayant été contaminés par l'usage de drogues intraveineuses. Leurs résultats ont démontré qu'en plus d'être moins empathiques (échelle de Likert) au groupe ayant utilisé des drogues intraveineuses, les sujets participants démontraient également une moins grande activité hémodynamique du CCA et de l'insula antérieure. De plus, certains auteurs proposent que l'empathie situationnelle soit à la fois influencée par l'empathie de base (trait) et les événements contextuels (Nezlek *et al.*, 2001). Fait intéressant, toujours selon ces auteurs, plus de 50 % de la variance des fluctuations quotidiennes de l'empathie serait attribuable aux expériences contextuelles. Ainsi, tout comme pour l'ACP, l'empathie envers l'autre peut être modulée par certaines caractéristiques du patient, qui ne peuvent pas nécessairement être considérées lors d'une évaluation par questionnaire.

Concernant l'empathie, une autre hypothèse a été suggérée pour expliquer cette absence d'association entre les perspectives d'évaluation. Comme il a été mentionné précédemment, l'empathie est un concept multidimensionnel, composé d'une composante cognitive, émotionnelle et comportementale (Irving et Dickson, 2004; Mercer et Reynolds, 2002). Il est possible que les différentes perspectives d'évaluation ne reflètent pas équitablement ces trois composantes, d'autant plus que de faibles corrélations ont parfois été retrouvées entre l'empathie cognitive et l'empathie émotionnelle (Dehning *et al.*, 2012). Ainsi, il est possible que la grille d'observation mesure davantage la composante comportementale en comparaison aux mesures auto-rapportées.

6.5 Comparaisons de l'ACP et de l'empathie selon la présence de signes visibles

Le troisième objectif spécifique de cette thèse visait à comparer le type d'approche utilisée et l'empathie démontrés par les médecins et infirmières selon la pathologie des patients (signes visibles et non visibles). Parmi les vidéos visionnées par les soignants participants, deux présentaient des patientes avec des signes apparents de douleur (arthrite rhumatoïde et SDRC) et deux présentaient des patientes sans signes apparents de douleur (syndrome d'Ehlers-Danlos et fibromyalgie). Les évaluations de l'ACP et de l'empathie ont été

effectuées à l'aide des grilles d'observation SOS-PCC et F-RES respectivement et ce, pour chacune des quatre vidéos. Les résultats, présentés au tableau 2 de l'article 3, ont démontré que les soignants participants avaient tendance à davantage utiliser une ACP et à être plus empathiques avec les deux patientes présentant des déformations physiques.

À notre connaissance, aucun autre groupe de recherche n'a démontré l'impact de signes apparents de douleur sur le degré d'utilisation de l'ACP ou encore sur l'empathie démontrée. Par contre, un autre groupe de recherche a identifié un lien entre une plus grande utilisation de l'ACP et une présence de signes physiques apparents ou de conditions de santé considérées plus sévères (Zandbelt *et al.*, 2006). Plus spécifiquement, dans cette étude, les chercheurs ont évalué les comportements reliés à l'ACP de résidents de diverses spécialités lorsque ces derniers étaient en interaction avec leurs patients. Ils ont ensuite demandé aux patients de quantifier leurs symptômes physiques à l'aide d'une échelle inspirée de la *Rotterdam Symptom Checklist* (de Haes *et al.*, 1990) et de la *Subjective Health Questionnaire* (Dirken, 1969). Ils ont demandé aux médecins d'évaluer, selon eux, la sévérité de la condition de santé de chacun des patients à l'aide d'une échelle visuelle analogique. Leurs résultats ont démontré que les médecins utilisaient davantage l'ACP lorsque les patients rapportaient des hauts scores à l'échelle de symptômes et lorsque les médecins évaluaient la condition du patient comme étant plus sévère. Ainsi, les soignants n'ajusteraient pas leur approche selon les préférences du patient, mais plutôt selon leur évaluation de la sévérité de la pathologie ou le nombre de symptômes physiques rapportés par ces derniers (Zandbelt *et al.*, 2006).

Ces observations sont d'une grande importance dans un contexte de douleur chronique, puisqu'il est fréquent que ces patients ne présentent aucun signe physique apparent (Bouckenaere, 2007; Monsivais, 2013). À titre d'exemple, les patients atteints de douleur neuropathique souffrent d'allodynie et d'hyperalgésie, mais ils ne présentent souvent aucun signe physique apparent. Les soignants sont d'ailleurs souvent déconcertés par l'absence de corrélation entre l'intensité de la douleur physiquement exprimée par ces patients et la condition médicale qu'ils rapportent (Allaz, 2003). Une étude a même démontré que lorsque les soignants évaluent la douleur du patient douloureux chronique sans l'interroger,

même si le patient mentionne par la suite une intensité plus élevée, les soignants préservent son évaluation initiale (Riva *et al.*, 2011). Ceci va à l'encontre des recommandations pour l'évaluation de la douleur, prônant l'importance de considérer le patient comme la seule source fiable pour l'évaluation de sa propre douleur (IASP, 2011). Dans la perspective où les patients ne seraient pas interrogés sur leurs préférences et l'évaluation de la sévérité de leur état, ceux qui sont plus stoïques face à leur douleur et ceux qui ont moins de symptômes apparents seraient donc plus susceptibles de recevoir une prise en charge sous-optimale, c'est-à-dire davantage centrée sur la maladie et dépourvue de comportement empathique. Ceci soutient l'importance de sensibiliser les soignants de l'impact de ce facteur sur leur attitude et prise en charge offerte aux différents patients rencontrés dans leur pratique clinique.

Finalement, ces résultats soutiennent que l'utilisation de l'ACP et de l'empathie peut être influencée par les facteurs liés aux patients. Ceci est cohérent avec plusieurs autres études qui ont démontré que des facteurs tels que l'âge, le genre, le statut sociodémographique ou la sévérité de la maladie, peuvent certainement influencer le type d'approche que le soignant privilégiera, mais également son empathie. Dans la présente étude, ces résultats pourraient également contribuer à l'absence d'association que nous avons observé entre les deux perspectives d'évaluation de ces variables, comme il a été discuté précédemment.

6.6 Associations entre l'ACP, l'empathie et la santé mentale

En combinant tous les résultats décrits jusqu'à présent, nous pouvons maintenant nous attarder à l'objectif principal de cette thèse qui consistait à explorer l'effet de certaines caractéristiques propres au soignant, sur son utilisation de l'ACP. Plus spécifiquement, cet objectif consistait à explorer chez les soignants (médecins et infirmières), dans un contexte de douleur chronique, les associations entre le type d'approche privilégiée et : i) leur empathie; ii) leur bien-être psychologique; iii) leur détresse psychologique et iv) leur niveau d'épuisement professionnel.

6.6.1 Associations entre l'ACP et l'empathie

Dans le passé, plusieurs auteurs ont suggéré l'importance d'être empathique comme prérequis pour l'ACP (Cox, 2011; Irving et Dickson, 2004; McCormack et McCance, 2006; Tait, 2008). En sciences infirmières, il est même suggéré que la présence empathique soit une dimension de l'ACP (Bilodeau *et al.*, 2015). Mais comme il a été mentionné précédemment, de façon étonnante, peu d'évidences empiriques existent pour soutenir l'existence d'une telle relation entre l'empathie et l'ACP. Les résultats présentés dans le tableau 3 de l'article 3, soutiennent la présence d'une association positive statistiquement significative entre l'ACP mesurée à l'aide du questionnaire F-PPOS et l'empathie mesurée à l'aide du questionnaire F-JSPE ($r=0,58$; $p<0,01$). Ces résultats sont congruents avec ceux obtenus par une autre équipe de recherche, qui avait retrouvé une corrélation négative modérée entre le déclin de l'empathie situationnelle et la communication centrée sur le patient auprès de résidents en médecine ($r=-0,26$; $p<0,05$) (Passalacqua et Segrin, 2012). Ce lien entre ces variables peut être expliqué par les effets bénéfiques de l'empathie sur les diverses dimensions de l'ACP.

Selon la définition que nous avons retenu dans le présent projet doctoral, l'ACP est composée de quatre dimensions : i) perspective biopsychosociale; ii) patient en tant que personne; iii) partage du pouvoir et des décisions; et iv) alliance thérapeutique. Premièrement, il a été démontré que les patients rapportent davantage leurs symptômes et leurs préoccupations lorsque leur soignant est plus empathique (Halpern, 2006; Hojat *et al.*, 2007; Larson et Yao, 2005). Il est possible de croire qu'avec un plus grand nombre de renseignements rapportés par le patient concernant sa problématique de santé ainsi que les impacts sur sa vie, les soignants peuvent adresser plus facilement les dimensions « perspective biopsychosociale » et « patient en tant que personne ». Deuxièmement, il est suggéré que plus un soignant démontre un comportement empathique, meilleure est la participation du patient dans son plan de traitement (Kim *et al.*, 2004; Price *et al.*, 2006), ce qui est directement relié à la dimension « partage du pouvoir et des responsabilités ». Troisièmement, une plus grande empathie du soignant a été associée à une meilleure « alliance thérapeutique » entre ce dernier et son patient (Levinson et Roter, 1995; Neumann *et al.*, 2009), qui correspond à une autre dimension de l'ACP. Or, de par ces

retombées de l'empathie sur les diverses dimensions de l'ACP, il est logique que l'empathie puisse favoriser une plus grande utilisation de l'ACP.

L'association entre l'utilisation de l'ACP et l'empathie est encore plus grande lorsque ces variables sont observées, c'est-à-dire lorsque l'ACP est évaluée à l'aide de la grille SOS-PCC et l'empathie à l'aide de la grille F-RES ($r=0,90$; $p<0,001$). Cependant, ce fort coefficient de corrélation peut soulever certains questionnements quant à la proximité de ces deux concepts ainsi évalués. Bien qu'un certain nombre d'énoncés des grilles d'observation de l'ACP et de l'empathie mesurent des observations distinctes, d'autres peuvent sembler mesurer des observations similaires (annexes K et L). Dans la présente étude, trois évaluateurs externes ont évalué l'ACP et l'empathie pour chacun des participants à l'aide de ces deux grilles d'observation. Puisque les deux grilles étaient remplies l'une à la suite de l'autre, il est possible que le jugement de l'observateur pour une l'ACP ait pu influencer son jugement pour l'empathie et vice-versa. Ceci pourrait expliquer une surestimation de la corrélation entre ces deux variables. Bien que l'intensité de cette relation entre ces deux concepts puisse être amplifiée, elle semble bien réelle, puisqu'elle est présente pour les deux méthodes d'évaluation.

6.6.2 Associations entre l'ACP et la santé mentale

Les relations entre l'ACP, le bien-être psychologique, la détresse psychologique et l'épuisement professionnel du soignant ont également été explorées. Cependant, les résultats présentés dans le tableau 3 de l'article 3, démontrent qu'aucune de ces mesures de la santé mentale n'est associée à l'utilisation de l'ACP mesurée à l'aide du questionnaire F-PPOS. Ces résultats ne sont pas plus significatifs pour l'ACP évaluée à l'aide de la grille d'observation SOS-PCC. À notre connaissance, aucune autre étude n'a investigué directement les relations entre le bien-être, la détresse et l'ACP. Néanmoins, quelques groupes de recherches ont exploré l'effet de l'épuisement professionnel sur le type d'approche du soignant (Ratanawongwa *et al.*, 2008; Travado *et al.*, 2005). Si le premier groupe n'a pas été en mesure de détecter une corrélation statistiquement significative entre la communication centrée sur le patient et l'épuisement professionnel (Ratanawongsa *et al.*,

2008), le second a tant qu'à lui observé une association modérée entre les croyances des médecins en regard de l'importance de la dimension biopsychosociale et l'épuisement professionnel (Travado *et al.*, 2005). Cette absence de consensus quant à ces résultats propose l'existence d'une relation complexe entre l'ACP et l'épuisement professionnel des soignants, où d'autres variables peuvent entrer en ligne de compte.

En ce sens, Passalacqua et Segrin (2012) suggèrent que l'épuisement professionnel soit associé à un déclin d'empathie et que ce déclin soit à son tour associé à une communication moins centrée sur le patient. Ce rôle de l'empathie pourrait du coup expliquer pourquoi certains programmes éducatifs, comme celui proposé par l'équipe de Krasner (2009) visant la communication pleine conscience (*mindfulness*), entraînent à la fois une amélioration des soins centrés sur le patient, de l'empathie et une diminution de l'épuisement professionnel. Cette association entre l'empathie et l'épuisement professionnel méritait donc d'être investiguée plus en profondeur.

6.6.3 Associations entre l'empathie et la santé mentale

Les associations potentielles entre l'empathie mesurée à l'aide du questionnaire F-JSPE et les trois mesures de la santé mentale du soignant ont aussi été explorées. Nos résultats ont démontré que seul l'épuisement professionnel était associé à l'empathie et plus spécifiquement à la sous-échelle de l'accomplissement personnel ($r=0,48$; $p=0,003$). Néanmoins, puisque le devis de notre étude ne permet pas de préciser la direction de l'association entre l'empathie et l'épuisement professionnel, nos résultats peuvent être interprétés selon différentes perspectives.

Dans un premier temps, certaines croyances suggèrent que le fait d'être empathique envers ses patients peut être drainant et être une source de stress pour les soignants (Larson et Yao, 2005). Dans leur ouvrage, Larson et Yao (2005), décrivent même l'empathie comme un « travail émotionnel » qui requiert des ressources cognitives et émotionnelles. Ainsi, pour un soignant présentant de hauts niveaux d'épuisement professionnel, être empathique pourrait être considéré comme étant émotionnellement épuisant. Afin de se protéger, ces

derniers seraient donc moins empathiques, ce qui consisterait en une « tactique de survie » (Passalacqua et Segrin, 2012).

Dans un deuxième temps, il est possible de percevoir sous un autre angle cette association entre l'empathie et l'épuisement professionnel, et plus spécifiquement avec la sous-échelle du sentiment d'accomplissement personnel. En effet, l'empathie pourrait plutôt être un facteur protecteur contre l'épuisement professionnel. Ceci peut être soutenu par les résultats d'une récente étude qualitative qui s'est intéressée à identifier les facteurs potentiellement protecteurs contre l'épuisement professionnel vécu par les médecins (Zwack et Schweitzer, 2013). Leurs observations proposent que l'action de démontrer de l'intérêt à la « personne derrière la maladie » protège contre la monotonie. À cela s'ajoute le fait que l'empathie favorise l'établissement et le maintien d'une bonne relation thérapeutique avec le patient. Par ricochet, le patient fait ressentir au médecin son appréciation et sa gratitude, ce qui peut être une source positive de force pour le médecin (Zwack et Schweitzer, 2013). En d'autres termes, selon cette perspective, démontrer de l'empathie à ses patients serait une stratégie protectrice contre l'épuisement professionnel, en augmentant le sentiment d'accomplissement personnel.

Ces deux perspectives sont d'ailleurs intégrées dans le modèle du processus d'empathie clinique de Davis (1996), où l'empathie serait à la fois une source de renforcement en étant associée à une meilleure satisfaction professionnelle, et à la fois une source d'épuisement professionnel. Ceci suggère la possibilité de la co-existence de ces deux perspectives et souligne la complexité de cette relation. En ce sens, l'équipe de Lamothe (2014) a récemment investigué les rôles spécifiques de deux composantes de l'empathie, soit la composante cognitive (*perspective taking*) et la composante affective (*empathic concern*). La composante cognitive est celle qui est le plus souvent associée à la satisfaction des patients (Blatt *et al.*, 2010) et le bien-être des médecins (Shanafelt *et al.*, 2005), alors qu'un trop haut niveau de la composante affective, qui se rapproche de la sympathie (Spreng *et al.*, 2009), peut interférer avec l'objectivité du soignant dans ses prises de décision (Gleichgerrcht et Decety, 2013). Dans leur étude, Lamothe et collaborateurs (2014) ont voulu clarifier la contribution de chacune de ces composantes sur le risque d'épuisement

professionnel. Leurs résultats soutiennent qu'un déficit dans la composante cognitive peut être un facteur de risque pour l'épuisement professionnel. D'un autre côté, une combinaison de hauts niveaux de la composante cognitive et de la composante affective peut être protectrice. Ceci soutient que l'empathie peut effectivement protéger contre l'épuisement, mais plus encore, que la composante cognitive semble jouer un rôle particulièrement important, puisque sans elle, les risques d'épuisement peuvent être plus grands.

6.7 Forces et limites

La présente étude doctorale possède plusieurs forces, mais également quelques limites qu'il importe de souligner. Les prochains paragraphes présentent une discussion de ces principales forces et limites. Une attention particulière a été portée à la validité interne et à la validité externe de l'étude. La validité interne réfère à la fiabilité ou à la certitude des conclusions de l'étude, alors que la validité externe renvoie à la possibilité de généraliser les résultats à d'autres populations et contextes que ceux de l'étude (Fortin, 2010).

6.7.1 Forces

La première force de notre étude repose sur l'aspect novateur de la recherche. À notre connaissance, il s'agit de la première étude s'étant intéressée à la fois aux concepts d'ACP, d'empathie et de santé mentale du soignant dans un contexte de douleur chronique. À l'opposé de la majorité des études, les facteurs liés au soignant étaient au cœur de nos questions de recherche, alors que l'intérêt est généralement porté aux facteurs liés aux patients. Puisqu'il est suggéré que les caractéristiques du soignant influencent le type d'approche que ce dernier utilise (Mead et Bower, 2000a; McCormack et McCance, 2004), l'investigation plus approfondie de l'effet des caractéristiques des soignants était nécessaire.

6.7.1.1 Validité interne

Plusieurs précautions ont été prises dans le but de favoriser une bonne validité interne. Afin d'éviter les biais liés à une seule méthode, nous avons opté pour une procédure où les mesures étaient collectées à l'aide de questionnaires, mais aussi à l'aide d'observations. L'évaluation de l'ACP et de l'empathie selon différentes méthodes a également fait l'objet de plusieurs recommandations dans le passé (Epstein *et al.*, 2005; Teherani *et al.*, 2008; Wear et Varley, 2008). Puisqu'il s'agit de variables complexes et multidimensionnelles, il est particulièrement important de les mesurer selon diverses méthodes. Nos résultats ont d'ailleurs démontré que ces différentes méthodes d'évaluation ne corrèlent pas entre elles, ce qui soutient davantage l'importance de mesurer ces variables selon ces diverses méthodes afin d'en tirer des conclusions plus probantes. De plus, la méthode utilisée est novatrice et implique des patientes réelles plutôt que des vignettes cliniques ou encore des patients simulés, ce qui s'apparente davantage à la réalité clinique. Les soignants ayant participé à l'étude ont d'ailleurs rapporté verbalement à plusieurs reprises que les patientes présentées dans les vidéos reflétaient bien leur clientèle. Ceci confirme que les vidéos présentaient des situations cliniques réalistes et authentiques.

Le choix d'instruments de mesures possédant de bonnes propriétés psychométriques pour évaluer les variables d'intérêt dans cette étude est une autre force. En effet, les questionnaires auto-administrés qui ont permis de mesurer l'empathie, le bien-être psychologique, la détresse psychologique et l'épuisement professionnel étaient tous des questionnaires disponibles et validés en français. Il s'agissait de questionnaires largement utilisés dans la communauté scientifique, ce qui a également permis des comparaisons avec d'autres études. L'utilisation d'instruments de mesure valides et fidèles en recherche est d'ailleurs fortement recommandée afin d'assurer une bonne validité interne (Fortin, 2010; Streiner et Norman, 2008).

6.7.1.2 Validité externe

Concernant la validité externe, plusieurs décisions ont été prises afin de favoriser la généralisation des résultats. La population à l'étude était composée à la fois de médecins et d'infirmières, alors que la majorité des études se sont attardées aux médecins seulement.

Considérant l'importance de ces deux professions de la santé et de l'interdisciplinarité dans la prise en charge des patients atteints de douleur chronique (Carter *et al.*, 2014; IASP, 2011) et que leur perception de l'ACP peut diverger selon ces professions (Gachoud *et al.*, 2012), il est tout-à-fait indiqué d'explorer l'influence des caractéristiques personnelles de ces deux professionnels sur les soins qu'ils offrent. Néanmoins, il importe de rappeler qu'il serait intéressant et pertinent, dans le futur, d'investiguer ces variables auprès d'autres professionnels de la santé, comme les physiothérapeutes, les ergothérapeutes ou encore les psychologues, qui jouent un rôle important dans la prise en charge de ces patients (IASP, 2011). De plus, un effort a été fait afin de recruter des infirmières et des médecins provenant de différentes régions du Québec et de différents milieux cliniques, afin d'obtenir un portrait plus représentatif de l'ensemble de la pratique au Québec.

6.7.2 Limites

6.7.2.1 Validité interne

Bien que des efforts considérables aient été faits pour limiter les biais, cette étude possède certaines limites qui peuvent nuire à la validité interne. Dans un premier temps, il est possible que le choix des stratégies d'échantillonnage et de recrutement des sujets ait influencé les résultats. La solution la plus avantageuse consiste à donner une chance égale à toutes les personnes d'une population ciblée d'être sélectionnées et à s'en remettre au hasard (Simpson *et al.*, 2009). Cette stratégie est nommée « échantillonnage aléatoire simple ». Néanmoins, le contexte ne permet pas toujours l'utilisation de cette stratégie optimale, comme il en était le cas dans ce projet doctoral. Les préoccupations premières consistaient à recruter le nombre nécessaire de participants en tentant d'éviter d'introduire des erreurs systémiques, comme il en est le cas dans la majorité des études (Simpson *et al.*, 2009). Or, dans le présent projet, nous avons voulu favoriser une participation maximale dans un délai relativement court. Comme les soignants sont des professionnels ayant un horaire très chargé et qu'ils sont souvent impliqués dans de nombreuses activités, nous avons opté pour une stratégie d'échantillonnage non probabiliste de convenance. Il s'agissait d'une participation volontaire, où des soignants référés par des collaborateurs au

projet, étaient invités à prendre part à l'étude via un courriel. Ceci peut donc introduire un biais de volontariat (Simpson *et al.*, 2009). Plus spécifiquement, il est possible que les personnes ayant répondu à l'appel soient des soignants qui se sentent davantage interpellés par la prise en charge de la douleur chronique que les soignants en général. Comme il a été discuté précédemment, ceci pourrait expliquer pourquoi notre échantillon présente des mesures reflétant une meilleure santé mentale en comparaison à des groupes similaires. Des études subséquentes seront nécessaires pour reproduire nos résultats dans un échantillon de plus grande taille afin d'avoir une meilleure représentativité de la population cible ou encore dans un échantillon où les participants ne seront pas informés du contexte de douleur chronique.

Dans un deuxième temps, bien que la majorité des instruments de mesure choisis possédaient de bonnes propriétés psychométriques, le questionnaire F-PPOS, les cinq vidéos de patientes réelles atteintes de douleur chronique et la grille d'observation SOS-PCC ont été élaborés et validés dans le cadre de cette étude. Idéalement, le processus d'évaluation des propriétés psychométriques d'un instrument de mesure aurait dû être réalisé dans une étude indépendante et précédente à notre étude principale (Streiner et Norman, 2008). Mais par un souci de faisabilité, et de coûts, la validation de ces instruments a été effectuée à même cette étude. Il est important de souligner que les résultats soutiennent que ces instruments possèdent des propriétés psychométriques allant de bonnes à acceptables et que ces derniers ne nécessiteront pas de modifications futures. Aussi, bien que la grille d'observation utilisée pour l'évaluation de l'empathie (F-RES), ait été validée dans une étude précédente de notre équipe de recherche (Gosselin *et al.*, 2015a), cet instrument a dû être adapté dans la présente étude. Plus spécifiquement, deux principaux changements ont été apportés, soit le retrait de trois items et la modification de l'échelle de cotation. Les trois items qui ont été retirés sont les suivants : « Adopte un ton de voix approprié, détendu », « Adopte un ton de voix inapproprié, sec », « Effectue une action concrète pour rassurer le patient ». La raison pour laquelle ces items ont été retirés repose sur le fait qu'ils n'étaient pas applicables à notre situation expérimentale où les soignants n'étaient pas en relation directe avec les patientes. En ce qui concerne l'échelle de cotation, la version précédente présentait une échelle de réponses catégoriques, soit

« oui », « non » ou « incomplet ». Afin d'augmenter la précision de cet instrument (Streiner et Norman, 2008), nous avons opté pour une échelle de Likert à quatre niveaux, allant de « aucunement démontré » à « fortement démontré ». Bien que ces changements aient été apportés afin de mieux adapter notre instrument à notre situation expérimentale, il est possible que ces modifications aient affecté sa validité et sa fidélité (Fortin, 2010).

Une autre limite pouvant affecter la validité interne de l'étude consiste en l'effet de réactivité. Ce biais se traduit par une modification du comportement ou par une tendance à donner des réponses favorables pouvant avoir des répercussions sur les résultats (Fortin, 2010). Dans le cas de la présente étude, nous devons considérer la possibilité que les participants aient modifiés leurs réponses concernant la prise en charge offerte à chacune des participantes. Ainsi, il est probable que les niveaux d'ACP et d'empathie évalués à l'aide des grilles d'observation aient été surestimés. Néanmoins, des efforts ont été faits afin de ne pas spécifier aux participants les variables étudiées. Les questionnaires permettant d'évaluer ces variables ont été distribués à la fin de la séance expérimentale dans le but d'éviter que les participants les suspectent et modifient, consciemment ou non, leurs comportements. De plus, malgré ce biais potentiel, nos résultats soulignent que certains soignants utilisent peu une ACP ou démontrent peu d'empathie bien qu'ils se savaient filmés et observés.

Dans le même ordre d'idée, certaines stratégies ont été utilisées afin de limiter les biais potentiels liés aux attentes de l'expérimentateur qui peuvent influencer sur les réponses des participants vis-à-vis des effets désirables souhaités (Fortin, 2010). Afin de limiter l'impact de ce biais potentiel, l'analyse des résultats a été effectuée à la toute fin de l'étude pour ne pas influencer les attentes de l'expérimentateur. Le fait que l'étudiante responsable du projet ne soit pas une clinicienne peut également avoir permis aux participants d'expliquer leur prise en charge sans crainte de jugement par un collègue. Ceci a d'ailleurs été spécifié à chacun des soignants participants au début de chaque rencontre. Un biais expérimental lié aux attentes de l'expérimentateur peut également avoir affecté l'évaluation de l'ACP et de l'empathie que les observateurs ont effectué à l'aide des grilles d'observation. Deux des trois observateurs étaient des soignants ne faisant pas partie de l'équipe de recherche, alors

que le troisième observateur était la doctorante. De plus, les deux observateurs externes ont été formés par la doctorante et les autres membres de l'équipe de recherche. Il est possible que les directives mentionnées par l'équipe de recherche aient été teintées par leurs attentes. Néanmoins, la formation s'est déroulée avant l'analyse complète des résultats et les hypothèses de recherche n'ont pas été mentionnées aux deux autres observateurs. De plus, puisque les CCI de la grille SOS-PCC sont élevés, il est possible de croire que les attentes, conscientes ou non, de la doctorante n'aient pas grandement influencées son jugement.

La taille de l'échantillon peut également représenter une certaine limite pouvant affecter la validité interne. Le calcul de la taille d'échantillon a été fait pour être en mesure de détecter toute corrélation supérieure à 0,4 entre 2 variables continues, avec une puissance de 0,80 et un niveau alpha de 0,05. Or, il est possible que cette taille d'échantillon n'ait pas permis de détecter de façon statistiquement significative des associations plus faibles entre les variables d'intérêt. Ainsi, il est possible que l'absence de corrélation entre l'ACP et la santé mentale du soignant ou encore entre l'empathie, la détresse et le bien-être psychologique soit expliquée par un manque de puissance. D'autres études menées auprès d'un échantillon de plus grande taille devront être effectuées afin de vérifier ces associations potentielles.

6.7.2.2 Validité externe

La principale limite pouvant affecter la validité externe de la présente étude concerne l'absence d'interaction réelle entre le soignant et le patient. Bien que le choix de cette procédure possède plusieurs avantages, principalement en regard de la faisabilité et reproductibilité, il demeure néanmoins qu'aucune interaction réelle n'a eu lieu entre le soignant participant et le patient. L'ACP et l'empathie sont deux variables qui sont évoquées dans le contexte d'une interaction. Afin de limiter cet effet, les instruments utilisés pour mesurer l'ACP et l'empathie des soignants ont été spécifiquement conçus ou adaptés pour ce genre de situation. La dimension la plus difficile à mesurer était « l'alliance thérapeutique » du concept d'ACP. Afin de s'assurer que le soignant participant aborde ce sujet, une question spécifique à ce propos lui a été demandée. Le guide d'entrevue est d'ailleurs disponible à l'annexe O, présentant toutes les questions qui ont été demandées aux participants.

Une autre limite pouvant avoir un impact sur la validité externe repose sur notre choix d'avoir sélectionné uniquement des femmes pour l'élaboration de nos vidéos de patientes atteintes de douleur chronique. Bien que nous avons volontairement opté pour isoler l'effet du genre, il est impossible d'affirmer si les résultats auraient été les mêmes auprès d'une clientèle masculine. D'autres études seront nécessaires afin de développer des vidéos présentant des patients de genre masculin et d'investiguer si les résultats sont similaires auprès de cette population.

6.8 Retombées et perspectives

De nombreuses retombées intéressantes, tant du point de vue de la recherche, que du point de vue clinique et sociétal découlent de cette étude. Les données permettent également de dresser la table pour plusieurs perspectives d'avenir.

6.8.1 Retombées pour la recherche

Tout d'abord, cette étude a permis une meilleure compréhension des associations entre l'utilisation de l'ACP, l'empathie et la santé mentale des soignants et ce, dans un contexte de douleur chronique. Bien qu'il a souvent été suggéré que l'empathie soit un prérequis pour l'utilisation d'une ACP, peu de preuves empiriques pouvaient le supporter. Nos résultats soutiennent, à l'aide de données quantitatives, que ces deux variables sont bel et bien associées. De plus, cette association a été démontrée autant pour l'auto-évaluation de ces variables ainsi que pour leur observation. La nature de la relation entre l'empathie et l'épuisement professionnel est souvent ambiguë pour la communauté scientifique, puisqu'une absence de consensus est rapportée. Nos résultats viennent appuyer d'autres recherches qui suggèrent que l'empathie et l'épuisement sont deux variables reliées et plus spécifiquement, que l'accomplissement personnel joue un rôle primordial dans cette association. D'autres études seront néanmoins nécessaires afin de préciser le sens de cette relation. De plus, peu d'études sur le sujet ont été menées dans un contexte infirmier. Les

analyses de notre étude permettent d'éclaircir l'état des faits dans cette population qui a un rôle clé dans la prise en charge de la douleur chronique (IASP, 2011).

Dans le passé, certains auteurs ont démontré que les différentes perspectives d'évaluation de l'ACP ne corrélaient pas entre elles et ont même suggéré l'utilisation concomitante de différentes mesures de cette variable (Epstein *et al.*, 2005; Mead et Bower, 2000b). Des recommandations similaires ont été faites pour l'évaluation de l'empathie (Teherani *et al.*, 2008; Wear et Varley, 2008), mais les preuves empiriques sont moins nombreuses. Nos résultats soutiennent que l'empathie peut varier selon la méthode d'évaluation retenue. Celle-ci peut donc avoir un impact considérable sur les conclusions apportées et il devient donc primordial de choisir adéquatement les instruments de mesure selon le but visé et surtout, de demeurer conscient que les observations collectées peuvent différer selon les méthodes retenues. Le fait que la présence de symptômes physiques apparents puisse influencer le type d'approche ou l'empathie du soignant doit également être considéré du point de vue de la recherche. En effet, il s'agit d'un facteur de confusion relié au patient qui s'ajoute à une longue liste. Cette information est particulièrement importante dans un contexte de douleur chronique, où bon nombre de patients ne présentent aucun signe visible évoquant de la douleur.

Finalement, notre projet de recherche a permis le développement d'instruments qui pourront être utilisés dans des recherches futures, dont le questionnaire F-PPOS, les vidéos de patientes réelles atteintes de douleur chronique et la grille d'observation SOS-PCC. À notre connaissance, aucun questionnaire permettant d'évaluer le degré d'utilisation de l'ACP n'était disponible en français. Le F-PPOS, en plus d'être un questionnaire qui permet d'évaluer l'ACP selon les définitions les plus couramment utilisées (Epstein *et al.*, 2005; Hudon *et al.*, 2011; McCormack et McCance, 2006; Mead et Bower, 2000a), est le questionnaire le plus largement utilisé pour mesurer ce concept. En ce qui concerne les vidéos et la grille d'observation de l'ACP, ensemble, ils offrent une procédure intéressante, standardisée et peu coûteuse.

6.8.2 Retombées pour la clinique

Le but ultime de ce projet de doctorat était de mieux comprendre les facteurs influençant l'ACP afin de permettre une optimisation de l'utilisation de cette approche qui est associée aux meilleures retombées cliniques pour les patients atteints de douleur chronique (Alamo *et al.*, 2002; Frantsve et Kerns, 2007; Monsivais et Engebretson, 2011). L'utilisation de cette approche, quoique fort prometteuse, semble malheureusement être sous-optimale dans la réalité (Parsons *et al.* 2012) et même en chute libre au cours de la formation académique des médecins (Haidet *et al.*, 2002). Il faut donc identifier des pistes de solution pour prévenir ce déclin et favoriser son utilisation, comme l'élaboration de formations spécifiques. Mais faut-il d'abord identifier les contenus pertinents à cibler dans ces formations. Parmi les caractéristiques du soignant investiguées dans le cadre de la présente étude doctorale, l'empathie est la seule variable qui est directement associée au type d'approche utilisée. Néanmoins, nos données indiquent que l'empathie est également associée à l'épuisement professionnel. Ces deux variables semblent donc être des cibles intéressantes pour le développement de formations et d'outils destinés aux professionnels de la santé actuels et futurs. Ainsi, il serait sans doute plus efficace de cibler à la fois ces deux variables afin d'optimiser les effets bénéfiques sur l'utilisation de l'ACP.

Ces résultats sont particulièrement importants dans la situation actuelle, où des données alarmantes concernant l'empathie et la santé mentale du soignant sont disponibles. De plus, l'acquisition et le maintien des compétences et des attitudes dites plus humaines, comme l'empathie, constituent un objectif important de l'éducation en soins de santé (*Accreditation Council on Graduate Medical Education*, 2012). Cependant, il semble exister un écart important entre ce que l'on souhaite que les étudiants apprennent et les compétences acquises en réalité au cours de leur formation (Beaudoin *et al.*, 1998). Il faut donc se repositionner et développer des formations qui permettent le développement de l'empathie, mais aussi qui offrent des outils aux soignants afin qu'ils puissent se protéger contre l'épuisement professionnel. Certaines formations visant l'amélioration du comportement empathique (Brunero *et al.*, 2010; Cunico *et al.*, 2012) et la prévention de l'épuisement professionnel (Krasner *et al.*, 2009) ont d'ailleurs déjà montré des résultats prometteurs dans d'autres institutions. Parmi ces formations, les activités expérientielles et

réflexives ont entraîné les résultats les plus significatifs, tels que les jeux de rôle, la projection de vidéos et les discussions en petits groupes. Néanmoins, de telles formations n'ont à ce jour pas été testées auprès des étudiants, résidents ou médecins de nos institutions canadiennes et jamais dans un contexte de douleur chronique. Des études futures seront donc nécessaires pour évaluer l'effet de telles formations auprès des soignants, mais surtout auprès des patients. Ceci pourra du coup améliorer les soins offerts aux patients et la santé mentale du soignant. Finalement, nos données ont démontré que le type d'approche du soignant et son empathie peuvent être influencées par la présence de symptômes physiques apparents des patients, soulignant l'importance de sensibiliser les soignants à cette réalité, afin qu'ils en soient conscients et puissent remédier à cette situation.

6.8.3 Retombées pour la société

Finalement, cette recherche peut également avoir des retombées non négligeables pour la société. Il est connu que la douleur chronique coûte cher à notre société. À titre d'exemple, les conséquences économiques aux États-Unis se chiffrent annuellement à plus de 560 milliards de dollars (*Institute of Medicine*, 2011). Une étude québécoise récente a démontré que l'intégration de l'ACP dans notre système de santé peut réduire considérablement les coûts (Coulmont *et al.*, 2013) et ce, sans prolonger la durée des consultations (Henbest et Fehrsen, 1992; McLean et Armstrong, 2004). En développant des formations et des outils qui peuvent favoriser l'utilisation d'une telle approche par les divers professionnels de la santé, il est possible de croire que notre système de santé pourrait que mieux s'en porter. Sans oublier que le développement de telles formations visera également la prévention d'une détérioration de la santé mentale de nos soignants, qui augmentera du même coup l'efficacité de notre système, tout en diminuant les coûts associés aux pertes de productivité et d'arrêts de travail.

REMERCIEMENTS

À la fin de cette belle expérience d'apprentissage, mais surtout de vie, je tiens à remercier plusieurs personnes qui ont contribué de près ou de loin à cette thèse. Cette aventure a été possible grâce à mes trois directeurs de recherche, les professeurs Patricia Bourgault, Sylvie Lafrenaye et Stéphane Potvin. Soutien, opportunités et conseils abondants m'ont permis d'acquérir un magnifique bagage de connaissances. Patricia, ta rigueur et ta grande générosité teinteront sans aucun doute ma carrière. Sylvie, tu auras été la toute première à croire en moi et tes nombreuses idées sauront m'inspirer pour les années à venir. Stéphane, tes conseils et l'efficacité de ta plume ont été de fidèles alliés.

Un merci tout particulier à mes collègues de travail et d'étude qui sont devenus, au fil de ces dernières années, mes amis. J'ai eu la chance de découvrir des personnes incroyables. Je repars le cœur rempli de souvenirs mémorables, mais surtout de votre amitié. Votre joie de vivre a certainement enjolivé nos diverses rencontres scientifiques et nos découvertes de si jolis pays.

Je tiens également à remercier ma famille et mes amis qui ont toujours cru en moi et qui m'ont appuyé dans ce long périple. Vos encouragements m'ont inspiré dans les moments les plus difficiles et votre présence m'a permis de partager et profiter pleinement de mes moments de bonheur. Papa et maman, merci de m'avoir appris à rêver, mais aussi à persévérer malgré les embûches. Sans vous, je ne serais pas où je suis aujourd'hui. Manon et Richard, merci d'avoir été aussi présents et de m'avoir soutenu. Et puis Guillaume, merci pour ton écoute, mais surtout merci de m'encourager à repousser mes limites et à croire que rien n'est impossible. Merci de me permettre de réaliser mes rêves.

LISTE DES RÉFÉRENCES

- Abeles AM, Pillinger MH, Solitar BM, Abeles M (2007) Narrative review : the pathophysiology of fibromyalgia. *Annals of Internal Medicine* 146(10) :726-734.
- Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME). (2012). Institutional requirements. Disponible sur www.acgme.org (Consulté le 30 octobre 2014).
- Aktekin M, Karaman T, Senol YY, Erdem S, Erengin H, Akaydin M (2001) Anxiety, depression and stressful life events among medical students : a prospective study in Antalya, Turkey. *Medical Education* 35(1):12-17.
- Alacacioglu A, Yavuzsen T, Dirioz M, Oztop I, Yilmaz U (2009) Burnout in nurses and physicians working at an oncology department. *Psychooncology* 18(5):543-548.
- Alamo MM, Moral RR, de Torres LAP (2002) Evaluation of a patient-centred approach in generalized musculoskeletal chronic pain/fibromyalgia patients in primary care. *Patient Education & Counseling* 48(1):23-31.
- Allaz A (2003) Le messenger boiteux: Approche pratique des douleurs chroniques rebelles. Genève: Médecine et Hygiène.
- Allgood MR (1992) Empathy: the importance of recognizing two types. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 30(3):14-17.
- Aring CD (1958) Sympathy and empathy. *Journal of the American Medical Association* 167(4):448-452.
- Armstrong D (1979) The emantipation of biographical medicine. *Social Science and Medicine* 13A:1-8.
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2013) *Évaluation et prise en charge de la douleur* (3e éd.). Toronto, Ontario: Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.
- Ball S, Bax A (2002) Self-care in medical education: effectiveness of health-habits interventions for first-year medical students. *Academic Medicine* 77(9):911-917.
- Balch CM, Shanafelt T (2010) Combating stress and burnout in surgical practice: A review. *Advances in Surgery* 44:29-47.
- Basch MF (1983) Empathic understanding: a review of the concept and some theoretical considerations. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 31(1):101-126.
- Batson CD, Coke JS (1981) Empathy: A source of altruistic motivation for helping? Hillsdale: Erlbaum.

Beaudoin C, Maheux B, Côté L, Des Marchais JE, Jean P, Berkson L (1998) Clinical teachers as humanistic caregivers and educators: perceptions of senior clerks and second-year residents. *Canadian Medical Association Journal* 159(7): 765-769.

Beckman HB, Frankel RM (2003) Training practitioners to communicate effectively in cancer care: it is the relationship that counts. *Patient Education & Counseling* 50(1):85-89.

Bellini LM, Baime M, Shea JA (2002) Variation of mood and empathy during internship. *Journal of American Medical Association* 287(23):3143-3146.

Benbassat J, Pilpel D, Tidhar M (1998) Patients' preferences for participation in clinical decision making: a review of published surveys. *Behavioural Medicine* 24(2):81-88.

Bensing J (2000) Bridging the gap. The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Education & Counseling* 39(1):17-25.

Bensing J, Tromp F, van Dulmen S, van den Brink-Muinen A, Verheul W, Schellevis FG (2006) Shifts in doctor-patient communication between 1986 and 2002: a study of videotaped general practice consultations with hypertension patients. *BMC Family Practice* 7:62.

Bertakis KD, Azari R (2011) Determinants and outcomes of patient-centered care. *Patient Education & Counseling* 85:46-52.

Bertakis KD, Helms LJ, Callahan EJ, Azari R, Robbins JA (1995) The influence of gender on physician practice style. *Medical Care* 33(4) :407-416.

Bertakis KD, Roter D, Putnam SM (1991) The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *Journal of Family Practice* 32(2) :175-181.

Betz JB, Boles M, Mullooly JP, Levinson W (1999) Effect of clinician communication skills training on patient satisfaction. *Annals of Internal Medicine* 131 :822-829.

Bilodeau K, Dubois S, Pepin J (2013) Contribution des sciences infirmières au développement des savoirs interprofessionnels. *Recherches en soins infirmiers* 113;43-50.

Bilodeau K, Dubois S, Pepin J (2015) Interprofessional patient-centred practice in oncology teams: utopia or reality? *Journal of Interprofessional Care* 29(2): 106-112.

Binnie A, Titchen A (1999) Freedom to practise: The development of patient-centred nursing. Oxford: Elsevier.

Black DM (2004) Sympathy reconfigured: Some reflections on sympathy, empathy and the discovery of values. *International Journal of Psychoanalytic* 85(Pt 3):579-595.

Black S, Weinreich P (2003) An exploration of counselling identity in counsellors who deal with trauma. London: Routledge & Kegan Paul.

Blanchard CG, Labrecque MS, Ruckdeschel JC, Blanchard EB (1988) Information and decision-making preferences of hospitalized adult cancer patients. *Social Science and Medicine* 27(11):1139-1145.

Blatt B, LeLacheur SF, Galinsky AD, Simmens SJ, Greenberg L (2010) Does perspective-taking increase patient satisfaction in medical encounters? *Academic Medicine* 85(9):1445-1452.

Blumgart HL (1964) Caring for the patient. *New England Journal of Medicine* 270:449-456.

Bonvicini KA, Perlin MJ, Bylund CL, Carroll G, Rouse RA, Goldstein MG (2009) Impact of communication training on physician expression of empathy in patient encounters. *Patient Education & Counseling* 75(1):3-10.

Botvinick M, Jha AP, Bylsma LM, Fabian SA, Solomon PE, Prkachin KM (2005) Viewing facial expressions of pain engages cortical areas involved in the direct experience of pain. *Neuroimage* 25(1):312-319.

Bouckenaere D (2007) La douleur chronique et la relation médecin-malade. *Cahiers de Psychologie Clinique* 28:167-183.

Boulanger A, Clark AJ, Squire P, Cui E, Horbay GLA (2007) Chronic pain in Canada : Have we improved our management of chronic pain? *Pain Research & Management* 12(1):39-47.

Bourgault P, Devroede G, St-Cyr-Tribble D, Marchand S (2008) Help-seeking process in women with irritable bowel syndrome. Part 2: Discussion. *Gastrointestinal Nursing* 6 :28-32.

Bourgault P, Michaud C, Bolduc N, Lapré J (2009) Validation culturelle et application de questionnaires sur les connaissances en gestion de la douleur et de l'empathie. IVe congrès mondial des infirmières et infirmiers, juin 2009. Marrakech, Maroc.

Bourgault P, Lavoie S, Paul-Savoie E, Grégoire M, Michaud C, Gosselin E, Johnston CC (2015) Relationship between empathy and well-being among emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing* [Epub ahead of print].

Bower P (1998) Understanding patients : implicit personality theory and the general practitioner. *British Journal of Medical Psychology* 71(Pt 2):153-163.

Bradley JG, Zia MJ, Hamilton N (1996) Patient preferences for control in medical decision making: a scenario-based approach. *Family Medicine* 28(7):496-501.

Brazeau CM, Schroeder R, Rovi S, Boyd L (2010) Relationships between medical student burnout, empathy, and professionalism climate. *Academic Medicine* 85(10):S33-S36.

Brearily S (1990) Patient participation: The literature. London : Scutari Press.

Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D (2006) Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain* 10(4):287-333.

Brody DS (1980) The patient's role in clinical decision-making. *Annals of Internal Medicine* 93(5) :718-722.

Broemeling AM, Watson DE, Prebtani F (2008) Population patterns of chronic health conditions, co-morbidity and healthcare use in Canada : Implications for policy and practice. *Healthcare Quality* 11(3):70-76.

Brown JB, Stewart MA, Ryan BL (2001) Assessing communication between patients and physicians: The measure of patient-centered communication (MPCC). Working Paper Series, Paper #95-2 (2nd ed.). London, Ontario: Thames Valley Family Practice Research Unit and Centre for Studies in Family Medicine.

Brunero A, Lamont S, Coates M (2010) A review of empathy education in nursing. *Nursing Inquiry* 17(1): 65-74.

Burns N, Grove SK (2007) Understanding nursing research: Building and evidence-based practice (4th ed.). St-Louis, MO: Saunders Elsevier.

Butow PN, Dunn SM, Tattersall MH, Jones QJ (1995) Computer-based interaction analysis of the cancer consultation. *British Journal of Cancer* 71(5) :1115-1121.

Byrne P, Long B (1976) Doctors talking to patients. London : HMSO.

Callahan EJ, Bertakis KD (1991) Development and validation of the Davis Observation Code (DOC). *Family Medicine* 23 :19-24.

Camirand H, Nanhou V (2008) La détresse psychologique chez les Québécois en 2005. Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Québec : Institut de la statistique du Québec.

Campbell DA Jr, Sonnad SS, Eckhauser FE, Campbell KK, Greenfield LJ (2001) Burnout among American surgeons. *Surgery* 130(4) :696-702.

Carson AJ, Dias S, Johnston A, McLoughlin MA, O'Connor M, Robinson BL, Sellar RS, Trewanas JJ, Wojcik W (2000) Mental health in medical students. A case control study using the 60 item General Health Questionnaire. *Scottish Medical Journal* 45(4) :115-116.

Carter J, Watson AC, Sminkey PV (2014) Pain management: Screening and assessment of pain as part of a comprehensive case management process. *Professional Case Management* 19(3):126-34.

Carkhuff RR (1969) The perception of the effects of teacher-counselor education: The development of communication and discrimination selection indexes. *Counselor Education and Supervision* 8:265-272.

Cassileth BR, Zupkis RV, Sutton-Smith K, March V (1980) Information and participation preferences among cancer patients. *Annals of Internal Medicine* 92(6) :832-836.

Chan CM, Ahmad WA (2012) Differences in physician attitudes towards patient-centredness : across four medical specialties. *International Journal Clinical Practice* 66(1) :16-20.

Chapman CR, Nakamura Y, Flores LY (1999) Chronic pain and consciousness : A constructivist perspective. New York : Guilford Press.

Charles C, Gafni A, Whelan T (1997) Shared decision-making in the medical encounter : what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science and Medicine* 44(5) :681-692.

Chen D, Lew R, Hershman W, Orlander J (2007) A cross-sectional measurement of medical student empathy. *Journal of General Internal Medicine* 22(10)1434-1438.

Cheng Y, Lin CP, Li HL, Hsu YY, Lim KE, Hung D, Decety J (2007) Expertise modulates the perception of pain in others. *Current Biology* 17: 1708-1713.

Cherlin A, Reeder LG (1975) The dimensions of psychological well-being, a critical review. *Social Methods Research* 4 :189-214.

Childs J (2002) Clinical resource centers in nursing programs. *Nurse Education* 27(5):232-235.

Colliver JA, Swartz MH, Robbs RS, Lofquist M, Cohen D, Verhulst SJ (1998) The effect of using multiple standardized patients on the inter-case reliability of a large-scale standardized-patient examination administered over an extended testing period. *Academic Medicine* 73(10) :S81-83.

Cott CA (2004) Client-centred rehabilitation: Client perspectives. *Disability and Rehabilitation* 26: 1411-1422.

Coulehan JL, Platt FW, Egener B, Frankel R, Lin CT, Lown B, Salazar WH (2001) “Let me see if I have this right...”: words that help build empathy. *Annals of Internal Medicine* 135(3): 221-227.

Coulmont M, Roy C, Dumas L (2013) Patient-centered approach to care pay off? A Cost-benefit analysis. *Health Care Management* 32(1):87-95.

Cox JL (2011) Empathy, identity and engagement in person-centred medicine: the sociocultural context. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 17(2):350-353.

Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Thomas H (1999) The role of expectancies in the placebo effect and their use in the delivery of health care : a systematic review. *Health Technology Assessment* 3(3) :1-96.

Cunico L, Sartori R, Marognolli O, Meneghini AM (2012) Developing empathy in nursing students : a cohort longitudinal study. *Journal of Clinical Nursing* 21(13-14) :2016-2025.

Cvengros JA, Christensen AJ, Hillis SL, Rosenthal GE (2007) Patient and physician attitudes in the health care context : attitudinal symmetry predicts patient satisfaction and adherence. *Annals of Behavioural Medicine* 33(3) :262-268.

Dale J, Sandhu H, Lall R, Glucksman E (2008) The patient, the doctor and the emergency department : a cross-sectional study of patient-centredness in 1990 and 2005. *Patient Education & Counseling* 72(2) :320-329.

Davis DA, Mazmanian PE, Fordis M, Van Harrison R, Thorpe KE, Perrier L (2006) Accuracy of physician self-assessment compared with observed measures of competence : a systematic review. *Journal of the American Medical Association* 296(9) :1094-1102.

Decety J (2010) The neurodevelopment of empathy in humans. *Developmental Neuroscience* 32(4) :257-267.

Decety J, Echols S, Correll J (2009) The blame game : The effect of responsibility and social stigma on empathy for pain. *Journal of Cognitive Neuroscience* 22(5) :985-997.

Decety J, Michalska KJ (2010) Neurodevelopment changes in the circuits underlying empathy and sympathy from childhood to adulthood. *Developmental Science* 13(6):886-899.

Degner LF, Sloan JA (1992) Decision making during serious illness : what role do patients really want to play? *Journal of Clinical Epidemiology* 45(9) : 941-950.

De Haes JC, van Knippenberg FC, Neijt JP (1990) Measuring psychological and physical distress in cancer patients : Structure and application of the Rotterdam Symptom Checklist. *British Journal of Cancer* 62(6) :1034-1038.

Dehing S, Girma E, Gasperi S, Meyer S, Tesfaye M, Siebeck M (2012) Comparative cross-sectional study of empathy among first year and final year medical students in Jimma University, Ethiopia : Steady state of the heart and opening of the eyes. *BMC Medical Education* 12 :34.

De Monchy C, Richardson R, Brown RA, Harden RM (1988) Measuring attitudes of doctors : the doctor-patient (DP) rating. *Medical Education* 22(3) :231-239.

Dewig J (2004) Concerns relating to the application of framework to promote person-centredness in nursing with older people. *International Journal of Older People Nursing* 13(3a):39-44.

DiLalla LF, Hull SK, Dorsey JK (2004) Effect of gender, age, and relevant course work on attitudes toward empathy, patient spirituality, and physician wellness. *Teaching and Learning in Medicine* 16(2) :165-170.

DiMatteo MR, Sherbourne CD, Hays RD, Ordway L, Kravitz RL, McGlynn EA, Kaplan S, Rogers WH (1993) Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment : results from Medical Outcomes Study. *Health Psychology* 12(2) :93-102.

Dion G, Tessier R (1994) Validation de la traduction de l'Inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. *Revue Canadienne des sciences du comportement* 26:210-227.

Dirken JM (1969) Arbeid en stress : Het vaststellen van aanpassingsproblemen in werksituaties. Groningen : Wolters-Noordhoff.

Dixon DM, Sweeney KG, Pereira Gray DJ (1999) The physician healer : ancient magic or modern science. *British Journal of General Practice* 49 :309-312.

Donaldson SK, Corwley DM (1978) The discipline of nursing. *Nursing Outlook* 26 :1113-1120.

Doyal L (1979) The political economy of health. London: Pluto Press.

Duhamel F (2006) *La santé et la famille – Une approche systémique en soins infirmiers*. Montréal : Chenelière Éducation.

Dunn N (2003) Practical issues around putting the patient at the centre of care. *Journal of the Royal Society of Medicine* 96(7):325-327.

Dunn LB, Iglewicz A, Moutier C (2008) Conceptual model of medical student well-being: promoting resilience and preventing burnout. *Academic Psychiatry* 32(1):44-53.

Dymond RF (1949) A scale for the measurement of empathic ability. *Journal of Consultation in Psychology* 13(2):127-133.

Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS, Power DV, Eacker A, Harper W, Durning S, Moutier C, Szydio DW, Novotny PJ, Sloan JA, Shanafelt TD (2008) Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Annals of Internal Medicine* 149(5):334-341.

Dyrbye LN, West C, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, Shanafelt T (2014) Burnout among U.S. Medical students, residents, early career physicians relative to the General U.S. Population. *Academic Medicine* 89(3):443-451.

Edvardsson D, Fetherstonhaugh, Nay R (2010) Promoting a continuation of self and normally: person-centred care as described by people with dementia, their family members and aged care staff. *Journal of Clinical Nursing* 19(17-18): 2611-8.

Ehmann VE (1971) Empathy: its origin, characteristics, and process. *Lamp* 28(11):25-31.

Ehrenreich B, English D (1979) For her own good. London: Pluto Press.

Embriaco N, Papazian L, Kentish-Barnes N, Pochard F, Azoulay E (2007) Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Current Opinion in Critical Care* 13:482-488.

Eisenberg N, Lennon R (1983) Sex differences in empathy and related capacities. *Psychological Bulletin* 94:100-131.

Emanuel EJ, Emanuel LL (1992) Four models of the physician-patient relationship. *Journal of the American Medical Association* 267(16):2221-2226.

Epstein RM, Franks P, Fiscella K, Shields CG, Meldrum SC, Kravitz RL, Duberstein PR (2005) Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: theoretical and practical issues. *Social Science & Medicine* 61(7):1516-1528.

Evans G, Wilt D, Alligood M, O'Neil M (1998) Empathy: A study of two types. *Issues in Mental Health Nursing* 19(5): 453-61.

Fawcett J (2000) Contemporary nursing knowledge: Conceptual models of nursing and nursing theories. Philadelphia: F.A. Davis.

Fields SK, Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, Kane G, Magee M (2004) Comparisons of nurses and physicians on an operational measure of empathy. *Evaluation in Health Professional* 27(1):80-94.

Fields SK, Mahan P, Tillman P, Harris J, Maxwell K, Hojat M (2011) Measuring empathy in healthcare profession students using the Jefferson Scale of Physician Empathy: health provider-student version. *Journal of Interprofessional Care* 25(4):287-293.

Firth-Cozens J (1987) Emotional distress in junior house officers. *British Medical Journal* 295(6597):533-536.

Ford S, Fallowfield L, Lewis S (1996) Doctor-patient interactions in oncology. *Social Science and Medicine* 42:1511-1519.

Forsyth GL (1980) Analysis of the concept of empathy: illustration of one approach. *ANS Advanced in Nursing Science* 2(2):33-42.

Fortin MF (2010) *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal: Chenelière Éducation (2e éd.).

Frantsve LM, Kerns RD (2007) Patient-provider interactions in the Management of Chronic Pain: Current findings within the context of shared medical decision making. *Pain Medicine* 8(1):25-35.

Friedson E (1970) *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*. New York: Harper & Row.

Gachoud D, Albert M, Kuper A, Stroud L, Reeves S (2012) Meanings and perceptions of patient-centeredness in social work, nursing and medicine: a comparative study. *Journal of Interprofessional Care* 26(6):484-490.

Geurts S, Rutte C, Peeters M (1999) Antecedents and consequences of work-home interference among medical students. *Social Science and Medicine* 48(9):1135-1148.

Gillespie M, Melby V (2003) Burnout among nursing staff in accident and emergency and acute medicine: a comparative study. *Journal of Clinical Nursing* 12:842-851.

Givens JL, Tjia J (2002) Depressed medical students' use of mental health services and barriers to use. *Academic Medicine* 77(9):918-921.

Gladstein G, Feldstein J (1983) Using film to increase counsellor empathic experiences. *Counselor Education and Supervision* 23:125-131.

Gleichgerricht E, Decety J (2013) Empathy in clinical practice: how individual dispositions, gender, and experience moderate empathic concern, burnout and emotional distress in physicians. *PLoS One* 8(4):e61526.

Goldberg R, Boss RW, Chan L, Goldberg J, Mallon WK, Moradzadeh D, Goodman EA, McConkie ML (1996) Burnout and its correlates in emergency physicians: four years' experience with a wellness booth. *Academic Emergency Medicine* 3(12):1156-1164.

Goldberg DS, McGee SJ (2011) Pain as a global public health priority. *BMC Public Health* 11:770.

Goleman D (1995) *Emotional Intelligence*. New York: Bantam.

Good BJ (1994) *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.

Gopal R, Glasheen JJ, Miyoshi TJ, Prochazka AV (2005) Burnout and internal medicine resident work-hour restrictions. *Archives in Internal Medicine* 165(22):2595-2600.

Gosselin E, Paul-Savoie E, Lavoie S, Bourgault P (2015a) Validity of the French version of the Reynolds empathy scale among intensive care nurses. *Journal of Nursing Measurement* 23(1).

Gosselin E, Bourgault P, Lavoie S (2015b) Association between job strain, mental health and empathy among intensive care nurses. *Nursing in Critical Care* (sous presse).

Gosselin E, Paul-Savoie E, Lavoie S, Lafrenaye S, Bourgault P (2014) Comparison of empathy perceived by healthcare professionals and observers in chronic pain management context. 15th World Congress on Pain, Buenos Aires, Argentine (8 octobre 2014).

Gottlieb LN, Feeley N (2007) La collaboration infirmière-patient: un partenariat complexe. Montréal: Chenelière Éducation.

Grassi L, Magnani K (2000) Psychiatric morbidity and burnout in the medical professional: an Italian study of general practitioners and hospital physicians. *Psychotherapy and Psychosomatic* 69(6):329-334.

Grilo AM, Santos MC, Rita J, Gomes AI (2014) Assessment of nursing students and nurses' orientation towards patient-centredness. *Nurse Education Today* 34(1) : 35-39.

Grol R, de Maeseneer J, Whitfield M, Mokkink H (1990) Disease-centred versus patient-centred attitudes: comparison of general practitioners in Belgium, Britain and The Netherlands. *Family Practice* 7(2):100-103.

Gwet KL (2014) Handbook of inter-rater reliability. Gaithersburg: Advanced Analytics, LLC (4e éd.).

Haas JS, Cook EF, Puopolo AL, Burstin HR, Cleary PD, Brennan TA (2000) Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction? *Journal of General Internal Medicine* 15(2):122-128.

Haidet P, Dains JE, Paterniti DA, Hechtel L, Chang T, Tseng E, Rogers JC (2002) Medical student attitudes toward the doctor-patient relationship. *Medical Education* 36:568-574.

Hallsdorsdottir S, Hamrin E (1997) Caring and uncaring encounters within nursing and healthcare from the cancer patients' perspective. *Cancer Nursing* 20:120-128.

Halpern J (2007) Empathy and patient-physician conflicts. *Journal of General Internal Medicine* 22(5):696-700.

Han S, Fan Y, Mao L (2008) Gender difference in empathy for pain: An electrophysiological investigation. *Brain Research* 1196:85-93.

Haynes SN, Richard DCS, Kubany ES (1995) Content validity in psychological assessment: A functional approach to concepts and methods. *Psychological Assessment* 7:238-247.

Hébert R, Bravo G, Voyer L (1994) La traduction d'instruments de mesure pour la recherche gérontologique en langue française: critères métrologiques et inventaire. *Revue Canadienne du Vieillissement* 13 : 392-405.

Helmstader GC (1964) Principles of psychological measurement. New York : Appleton-Century-Cofts.

Hemmerdinger JM, Stoddart S, Lilford R (2007) A systematic review of tests of empathy in medicine. *BMC Medical Education* 7: 24.

Henbest RJ, Fehrsen GS (1992) Patient-centredness: is it applicable outside the West? Its measurement and effect on outcomes. *Family Practice* 9(3):311-317.

Herman PM, Dodds SE, Logue MD, Abraham I, Rehfeld RA, Grizzle AJ, Urbine TF, Horwitz R, Crocker RL, Maizes VH (2014) IMPACT – Integrative Medicine primary care trial: protocol for a comparative effectiveness study of the clinical and cost outcomes of an integrative primary care clinic model. *BMC Complementary & Alternative Medicine* 14:132.

Herrman H, Saxena S, Moodie R (2005) Promoting Mental Health: Concepts, emerging evidence, practice. Geneva: World Health Organization.

Hoffman ML (1981) The development of empathy. Cambridge: Cambridge University Press.

Hogan R (1969) Development of an empathy scale. *Journal of Consultation in Clinical Psychology* 33(3):307-316.

Hojat M (2007) Empathy in patient care: Antecedents, Development, Measurement, and Outcomes. New York: Springer.

Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, Nasca T, Veloski JJ, Erdmann JB, Callahan CA, Magee M (2002) Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Medical Education* 36(6):522-527.

Hojat M, Mangione S, Gonnella JS, Nasca T, Veloski JJ, Kane G (2001) Empathy in medical education and patient care. *Academic Medicine* 76(7):669.

Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Rattner S, Erdmann JB, Gonnella JS, Magee M (2004) An empirical study of decline in empathy in medical school. *Medical Education* 38(9):934-941.

Hojat M, Spandorfer J, Luis DZ, Gonnella JS (2011) Empathic and sympathetic orientations toward patient care: conceptualization, measurement, and psychometrics. *Academic Medicine* 86(8): 989-995.

Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, Veloski J, Gonnella JS (2009) The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Academic Medicine* 84(9):1182-1191.

Hudon C, Fortin M, Haggerty JL, Lambert M, Poitras ME (2011) Measuring Patients' Perceptions of Patient-Centered Care: A Systematic Review of Tools for Family Medicine. *Annals of Family Medicine* 9(2):155-164.

Hyypa MT, Kronholm E, Mattlar CE (1991) Mental well-being of good sleepers in a random population sample. *British Journal of Medical Psychology* 64(Pt 1):25-34.

Ilfeld FW Jr (1976) Characteristics of current social stressors. *Psychological Reports* 39(Pt 2):1231-1247.

Illich I (1976) *Limits to medicine*. London: Penguin.

Institute of Medicine (2011) *Relieving pain in America: A blueprint for transforming prevention, care, education, and research*. Washington: The National Academies Press.

International Association for the Study of Pain (2011) Unrelieved pain is a major global healthcare problem. Disponible sur <<http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Home&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=2908>> (Consulté le 20 novembre 2014).

Irish JT (1997) Deciphering the physician-older patient interaction. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 27(3) :251-267.

Irving P, Dickson D (2004) Empathy: towards a conceptual framework for health professionals. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 17(4-5): 212-220.

Isaksson KE, Gude T, Tyssen R, Aasland OG (2008) Counselling for burnout in Norwegian doctors: One year cohort study. *British Medical Journal* 11(337):a2004.

Jackson PL, Brunet E, Meltzoff AN, Decety J (2006) Empathy examined through the neural mechanisms involved in imagining how I feel versus how you feel pain. *Neuropsychologia* 44(5):752-761.

Jackson PL, Meltzoff AN, Decety J (2005) How do we perceive the pain of others? A window into the neural processes involved in empathy. *Neuroimage* 24(3):771-779.

Jacobson L, Mariano A (2001) *General considerations in chronic pain*. Baltimore : Lippincott Williams and Wilkins (3^e éd.).

James N (1992) Care = organisation + physical labour + emotional labour. *Sociology of Health and Illness* 14 :489-509.

Johnson TM, Hardt EJ, Kleinman A (1995) Cultural factors in the medical interview. New York :Springer.

Joos SK, Hickam DH, Gordon GH, Baker LH (1996) Effects of a physician communication intervention on patient care outcomes. *Journal of General Internal Medicine* 11(3) : 147-155.

Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE Jr (1989) Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Medical Care* 27(Suppl 3) :S110-27.

Kim SS, Kaplowitz S, Johnston MV (2004) The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Evaluation of Health Professional* 27(3) :237-251.

Kinnersley P, Stott N, Peters TJ, Harvey I (1999) The patient-centredness of consultations and outcome in primary care. *British Journal of General Practice* 49(446) :711-716.

Kovacs M, Kovacs E, Hegedus K (2010) Emotion work and burnout: cross-sectional study of nurses and physicians in Hungary. *Croatian Medical Journal* 51(5):432-42.

Krupat E, Frankel R, Stein T, Irish J (2006) The Four Habits Coding Scheme: Validation of an instrument to assess clinicians' communication behaviour. *Patient Education and Counseling* 62(1):38-45.

Sliszcs J, Hebanowski M, Rembowski J (1998) Emotional and cognitive empathy in medical schools. *Academic Medicine* 73(5) :541.

Koehler WF, Fottler MD, Swan JE (1992) Physician-patient satisfaction : equity in the health services encounter. *Medical Care Review* 49(4) :455-484.

Korsch BM, Gozzi EK, Francis V (1968) Gaps in doctor-patient communication. 1. Doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Pediatrics* 42(5) :855-871.

Krasner MS, Epstein RM, Beckman H, Suchman AL, Chapman B, Mooney CJ, Quill TE (2009) Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *Journal of the American Medical Association* 302(12):1284-1293.

Krupat E, Bell RA, Kravitz RL, Thom D, Azari R (2001) When physicians and patients think alike: patient-centered beliefs and their impact on satisfaction and trust. *Journal of Family Practice* 50(12):1057-1062.

Krupat E, Hiam CM, Fleming MZ, Freeman P (1999) Patient-centeredness and its correlates among first year medical students. *International Journal of Psychiatry Medicine* 29(3):347-356.

Krupat E, Rosenkranz SL, Yeager CM, Barnard K, Putnam SM, Inui TS (2000) The practice orientations of physicians and patients : the effect of doctor-patient congruence on satisfaction. *Patient Education & Counseling* 39(1) :49-59.

Laine C, Davidoff F (1996) Patient-centered medicine. A professional evolution. *Journal of American Medical Association* 275(2) :152-156.

La Monica EL (1981) Construct validity of an empathy instrument. *Research in Nursing Health* 4(4) :389-400.

La Monica EL, Wolf RM, Madea AR, Oberst MT (1987) Empathy and nursing care outcomes. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice* 1(3) :197-213.

Lamm C, Decety J, Singer T (2011) Meta-analytic evidence for common and distinct neural networks associated with directly experienced pain and empathy for pain. *Neuroimage* 54(3) :2492-2502.

Lamothe M, Boujut E, Zenasni F, Sultan S (2014) To be or not to be empathic: the combined role of empathic concern and perspective taking in understanding burnout in general practice. *BMC Family Practice* 15:15.

Larson EB, Yao X (2005) Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *Journal of the American Medical Association* 293(9) :1100-1106.

Lavoie S, Bourgault P, Grégoire M (2010) Empathy, psychological distress among emergency room nurses and pain management : Nurses' Perceptions. Sherbrooke : Université de Sherbrooke.

Lavoie-Tremblay M, Sounan C, Lavigne GL, Bonin JP, Lesage AD, Denis PL, Renayd M, Maisy N, Farand L, Racine H (2008) The psychosocial work environment and evidence utilization by health professionals. *Canadian Journal of Nursing Research* 40(4) :112-118.

Lee KH, Seow A, Luo N, Koh D (2008) Attitudes towards the doctor-patient relationship : a prospective study in an Asian medical school. *Medical Education* 42(11) :1092-1099.

Leplege A, Gzil F, Cammelli M, Lefevre C, Pachoud B, Ville I (2007) Person-centeredness : conceptual and historical perspectives. *Disability and Rehabilitation* 29(20-21) :1555-1565.

Lessard D, Barylak L, Côté D (2000) L'expérience d'utilisation des services de soutien pour les aidantes naturelles. Rapport final présenté au Centre d'excellence pour la santé des femmes – Consortium Université de Montréal, Montréal.

Levenstein JH, Brown JB, Weston WW, Stewart M, McCracken MC, McWhinney I (1989) *Patient-centered clinical interviewing*. Newbury : Sage.

Levenstein JH, McCracken E, McWhinney I, Stewart M, Brown J (1986) The patient-centred clinical method 1: a model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Family Practice* 3(1):24-30.

Levinson W, Gorawara-Bhat R, Lamb J (2000) A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. *Journal of the American Medical Association* 284(8) :1021-1027.

Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM (1997) Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *Journal of the American Medical Association* 277(7) :553-559.

Levinson W, Roter D (1995) Physicians' psychosocial beliefs correlate with their patient communication skills. *Journal of General Internal Medicine* 10(7) :375-379.

Linn LS, Brook RH, Clark VA, Davies AR, Fink A, Kosecoff J (1985) Physician and patient satisfaction as factors related to the organization of internal medicine group practices. *Medical Care* 23(10) :1171-1178.

Lipkin M Jr, Quill TE, Napodano RJ (1984) The medical interview : a core curriculum for residencies in internal medicine. *Annals of Internal Medicine* 100(2) :277-284.

Mackay R, Hughes JR, Carver EJ (1990) Empathy in the helping relationship. New York: Springer.

Mann KJ, Hoffman A, Miller D, Chadwick S, Bratcher DO (2013) The effect of a patient- and family- centered care curriculum on pediatrics residents' patient-centeredness. *Journal of Graduate Medical Education* 5(1):36-40.

Marchand A (2004) Travail en santé mentale: une perspective multi-niveaux des déterminants de la détresse psychologique. Montréal: Université de Montréal.

Marchand S (2009) Le phénomène de la douleur. Montréal : Chenelière Éducation (2^e éd., 1^e éd. 1998).

Martin LR, Jahng KH, Golin CE, DiMatteo MR (2003) Physician facilitation of patient involvement in care : Correspondence between patient and observer reports. *Behavioural Medicine* 28(4) :159-164.

Maslach C, Jackson SE (1981) The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational behaviour* 2:99-113.

Maslach C, Jackson SE, Leiter MP (1996) Maslach Burnout Inventory manual. Palo Alto: Consulting Psychologist PR (3^e ed.).

Massé R, Poulin C, Dassa C, Lambert J, Bélair S, Battaglini MA (1998a) Élaboration et validation d'un outil de mesure de la santé mentale. Montréal : Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

Massé R, Poulin C, Dassa C, Lambert J, Bélair S, Battaglini MA (1998b) Evaluation and validation of a test of psychological distress in a general population in french Quebec. *Canadian Journal of Public Health* 89(3) :183-187.

Massé R, Poulin C, Dassa C, Lambert J, Bélair S, Battaglini MA (1998c) Elaboration and validation of a tool to measure of psychological well-being: WBMMS. *Canadian Journal of Public Health* 89(5) :352-357.

Mazurkiewicz R, Korenstein D, Fallar R, Ripp J (2012) The prevalence and correlations of medical student burnout in the pre-clinical years : a cross-sectional study. *Psychology in Health Medicine* 17(2) :188-195.

McCance T (2003) Caring in nursing practice : the development of a conceptual framework. *Research Theory of Nursing Practice* 17(2) :101-116.

McCance T, McCormack B, Dewing J (2011) An exploration of person-centredness in practice. *Online Journal of Issues in Nursing* 16(2) :1.

McCance T, McKenna HP, Boore JR (1997) Caring :dealing with a difficult concept. *International Journal of Nursing Study* 34(4) :241-248.

McCormack B (2001) Negotiating partnerships with older people – A person-centred approach. Basingstoke : Ashgate.

McCormack B (2003) A conceptual framework for person-centred practice with older people. *International Journal of Nursing Practice* 9(3) :202-209.

McCormack B (2004) Person-centredness in gerontological nursing : An overview of the literature. *Journal of Clinical Nursing* 13(3a):31-38.

McCormack B, Kitson A, Harvey G, Rycroft-Malone J, Titchen A, Seers K (2002) Getting evidence into practice: the meaning of “context”. *Journal of Advanced Nursing* 38(1): 94-104.

McCormack B, McCance T (2006) Developing a conceptual framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing* 56:472-479.

McCormack B, McCance T (2010) Person-centred nursing: Theory and Practice. Oxford: Wiley Blackwell.

McLean M, Armstrong D (2004) Eliciting patients' concerns: a randomised controlled trial of different approaches by the doctor. *British Journal of General Practice* 54(506):663-666.

- McWhinney IR (1995) Why we need a new clinical method. Thousand Oaks: Sage.
- McWilliams P, Botwinski C (2010) Developing a successful nursing objective structured clinical examination. *Journal of Nursing Education* 49(1):36-41.
- Mead N, Bower P (2000a) Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine* 51(7):1087-1110.
- Mead N, Bower P (2000b) Measuring patient-centredness: a comparison of three observation-based instruments. *Patient Education & Counseling* 39(1) :71-80.
- Melville A (1980) Job satisfaction in general practice: implications for prescribing. *Social Science and Medicine Medical Psychology and Medical Sociology* 14A(6):495-499.
- Mercer SW, Reynolds WJ (2002) Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice*, 52: S9-12.
- Mishler E (1984) The discourse of medicine: dialectics of medical interview. New Jersey: Ablex.
- Moffat KJ, McConnachie A, Ross S, Morrison JM (2004) First year medical student stress and coping in a problem-based learning medical curriculum. *Medical Education* 38(5):482-491.
- Monsivais DB (2013) Decreasing the stigma burden of chronic pain. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners* 25(10):551-556.
- Monsivais DB, Engebretson JC (2011) Cultural Cues: Review of qualitative evidence of patient-centered care in patients with nonmalignant chronic pain. *Rehabilitation Nursing* 36(4):166-171.
- Morse JM, Anderson G, Bottorff JL, Yonge O, O'Brien B, Solberg SM, McIlveen KH (1992) Exploring empathy: a conceptual fit for nursing practice. *Image Journal of Nursing Scholarship* 24(4):273-280.
- Moulin DE, Clark AJ, Speechley M, Morley-Foster PK (2002) Chronic pain in Canada – Prevalence, treatment, impact and the role of opioid analgesia. *Pain Research & Management* 7(4):179-184.
- Murphy PA, Forrester DA, Price DM, Monaghan JF (1992) Empathy of intensive care nurses and critical care family needs assessment. *Heart Lung* 21(1) :25-30.
- Neumann M, Bensing J, Mercer S, Ernstmann N, Ommen O, Pfaff H (2009) Analyzing the « nature » and « specific effectiveness » of clinical empathy : a theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient Education & Counseling* 74(3) :339-346.

- Neumann M, Edelhauser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, Haramati A, Scheffer C (2011) Empathy decline and its reasons : a systematic review of studies with medical students and residents. *Academic Medicine* 86(8) :996-1009.
- Neumann M, Scheffer C, Tauschel D, Lutz G, Wirtz M, Edelhäuser F (2012) Physician empathy: Definition, outcome-relevance and its measurement in patient care and medical education. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 29(1): Doc 11.
- Neumann M, Wirtz M, Bollschweiler E, Mercer SW, Warm M, Wolf J, Pfaff (2007) Determinants and patient-reported long-term outcomes of physician empathy in oncology: a structural equation modelling approach. *Patient Education & Counseling* 69(1-3):63-75.
- Neumann M, Wirtz M, Bollschweiler E, Warm M, Wolf J, Pfaff H (2008) Psychometric evaluation of the German version of the “Consultation and Relational Empathy” (CARE) measure at the example of cancer patients. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 58(1):5-15.
- Newton BW, Barber L, Clardy J, Cleveland E, O’Sullivan P (2008) Is there hardening of the heart during medical school? *Academic Medicine* 83(3):244-249.
- Newton BW, Savidge MA, Barber L, Cleveland E, Clardy J, Beeman G, Hart T (2000) Differences in medical students’ empathy. *Academic Medicine* 75(12):1215.
- Nezlek JB, Feist GJ, Wilson C, Plesko RM (2001) Day-to-day variability in empathy as a function of daily events and mood. *Journal of Research in Personality* 35:401-423.
- Nightingale SD, Yarnold PR, Greenberg MS (1991) Sympathy, empathy, and physician. *Journal of General Internal Medicine* 6(5): 420-423.
- Nolan MR, Davies S, Brown J, Keady J, Nolan J (2004) Beyond person-centred care : a new vision for gerontological nursing. *Journal of Clinical Nursing* 13(3a) :45-53.
- Nunnally JC Jr (1978) Psychometric theory. New York : McGraw-Hill (2^e éd.).
- Okun MA, Stock WA (1987) Correlated and components of subjective well-being among the elderly. *Journal of Applied Gerontology* 6 :95-112.
- Olson J (1995) Relationships between nurse-expressed empathy, patient-perceived empathy and patient distress. *Image Journal of Nursing Scholarship* 27(4) :317-322.
- Olson J, Hanchett E (1997) Nurse-expressed empathy, patient outcomes, and development of a middle-range theory. *Image Journal of Nursing Scholarship* 29(1) :71-76.
- Olsson LE, Hansson E, Ekman I, Karlsson J (2009) A cost-effectiveness study of patient-centred integrated care pathway. *Journal in Advanced Nursing* 65(8) :1626-1635.

- Orem D (2001) *Nursing : Concepts of practice*. St-Louis : Mosby.
- Oz F (2001) Impact of training on empathy communication skills and tendency of nurses. *Clinical Excellence for Nurse Practitioners* 5(1): 44-51.
- Ozcan CT, Oflaz F, Sutcu Cicek H (2010) Empathy : the effects of undergraduate nursing education in Turkey. *International Nursing Review* 57(4) :493-499.
- Parker PA, Kulik JA (1995) Burnout, self- and supervisor-rated job performance, and absenteeism among nurses. *Journal of Behavioural Medicine* 18(6) :581-599.
- Parsons S, Harding G, Breen A, Foster N, Pincus T, Vogel S, Underwood M (2012) Will shared decision making between patient with chronic musculoskeletal pain and physiotherapists, osteopaths and chiropractors improve patient care? *Family Practice* 29(2):203-212.
- Parsons T (1951) *The social system*. Glencoe: Free Press.
- Pasero C, McCaffery M (2010) *Pain Assessment and Pharmacologic Management*. St-Louis : Mosby.
- Passalacqua SA, Segrin C (2012) The effect of resident physician stress, burnout, and empathy on patient-centered communication during the long-call shift. *Health Communication* 27(5):449-456.
- Patel VL, Arocha JF, Kushniruk AW (2002) Patients' and physicians' understanding of health and biomedical concepts: relationship to the design of EMR systems. *Journal of Biomedical Information* 35(1-2):8-16.
- Paul-Savoie E, Jarvis C (2015) Évaluation de la douleur: un autre signe vital. Dans C. Jarvis (Éd.), *L'examen clinique et l'évaluation de la santé* (2^e éd.). Montréal, Qc: Chenelière Éducation.
- Pereira CMAS, Amaral CFS, Ribeiro MMF, Paro HBMS, Pinto RMC, Reis LET, Silva CHM, Krupat E (2013) Cross-cultural validation of the Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS). *Patient Education & Counseling* 91(1):37-43.
- Pelzang R (2010) Time to learn: understanding patient-centred care. *British Journal of Nursing* 19(14):912-917.
- Peteani LA (2004) Enhancing clinical practice and education with high-fidelity human patient simulators. *Nurse Education* 29(1):25-30.
- Pizzo PA, Clark NM (2012) Alleviating suffering 101 – Pain relief in the United States. *New England Journal of Medicine* 366(3):197-199.

Preston SD, de Waal FBM (2002) Empathy: Its ultimate and proximate. *Behavioral and Brain Sciences* 25(1): 1-20.

Préville M, Boyer R, Potvin L, Perreault C, Légaré (1990) La demoralisation: Détermination de la fiabilité et de la fidélité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec. Montréal: DSC Maisonneuve-Rosemont.

Price S, Mercer SW, MacPherson H (2006) Practitioner empathy, patient enablement and health outcomes: a prospective study of acupuncture patients. *Patient Education & Counseling* 63(1-2):239-245.

Rakel DP, Hoelt TJ, Barrett BP, Chewing BA, Crag BM, Niu M (2009) Practitioner empathy and the duration of the common cold. *Family Medicine* 41(7):494-501.

Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM, Leaning MS, Snashall DC, Timothy AR (1995) Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *British Journal of Cancer* 71(6):1263-1269.

Ratanawongsa N, Roter D, Beach MC, Laird SL, Larson SM, Carson KA, Cooper LA (2008) Physician burnout and patient-physician communication during primary care encounters. *Journal of General Internal Medicine* 23(10):1581-1588.

Reid-Ponte P (1992) Distress in cancer patients and primary nurses' empathy skills. *Cancer Nursing* 15(4):283-292.

Reitsma M, Tranmer JE, Buchanan DM, Van Den Kerkhof EG (2012) The epidemiology of chronic pain in Canadian men and women between 1994 and 2007: longitudinal results of the National Population Health Survey. *Pain Research & Management* 17(3):166-172.

Reschovsky J, Reed M, Blumenthal D, Landon B (2001) Physicians' assessments of their ability to provide high-quality in a changing health care system. *Medical Care* 39(3):254-269.

Rice EM, Rady MY, Hamrick A, Verheijde JL, Pendergast DK (2008) Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult acute tertiary care hospital. *Journal of Nursing Management* 16(3):360-373.

Riva P, Rusconi P, Montali L, Cherubini P (2011) The influence of anchoring on pain judgement. *Journal of Pain and Symptom Management* 42(2):265-277.

Roberts LW, Warner TD, Lyketsos C, Frank E, Ganzini L, Carter D (2001) Perceptions of academic vulnerability associated with personal illness: a study of 1,027 students at nine medical schools. Collaborative Research Group on Medical Student Health. *Comprehensive Psychiatry* 42(1):1-15.

- Robinson A, Thomson R (2001) Variability in patient preferences for participating in medical decision making: implication for the use of decision support tools. *Quality in Health Care* 10(Suppl 1):i34-i38.
- Rosal MC, Ockene IS, Ockene JK, Barrett SV, Ma Y, Hebert JR (1997) A longitudinal study of students' depression at one medical school. *Academic Medicine* 72(6):542-546.
- Rosen IM, Gimotty PA, Shea JA, Bellini LM (2006) Evolution of sleep quantity, sleep deprivation, mood disturbances, empathy, and burnout among interns. *Academic Medicine* 81(1):82-85.
- Roter DL, Hall JA, Katz NR (1987) Relations between physicians' behaviors and analogue patients' satisfaction, recall, and impressions. *Medical Care* 25(5):437-451.
- Rycroft-Malone J, Kitson A, Harvey G, McCormack B, Seers K, Titchen A, Estabrooks C (2002) Ingredients for change: revisiting a conceptual framework. *Quality and Safety in Health Care* 11(2): 174-80.
- Santé Canada (2006) Interprofessional education for collaborative patient-centred practice: An evolving framework. Disponible sur < <http://www.cihc.ca/evaluation/framework/>> (Consulté le 30 novembre 2014).
- Scholl I, Zill JM, Harter M, Dirmaier J (2014) An integrative model of patient-centeredness – A systematic review and concept analysis. *Plos One* 9(9) : 1-9.
- Schmoltdt RA, Freeborn DK, Klevit HD (1994) Physician burnout: recommendations for HMO managers. *HMO Practice* 8(2):58-63.
- Sewitch MJ, Abrahamowicz M, Dobkin PL, Tamblyn R (2003) Measuring differences between patients' and physicians' health perceptions: The Patient-Physician Discordance Scale. *Journal of Behavioral Medicine* 26(3): 245-264.
- Sewitch MJ, Dobkin PL, Bernatsky S, Baron M, Starr M, Cohen M, Fitzcharles MA (2004) Medication non-adherence in women with fibromyalgia. *Rheumatology* 43(5):648-654.
- Shamasundar C (1999) Understanding empathy and related phenomena. *American Journal of Psychotherapy* 53(2):232-245.
- Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL (2002) Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals of Internal Medicine* 136(5):358-367.
- Shanafelt TD, Sloan JA, Habermann TM (2003) The well-being of physicians. *American Journal of Medicine* 114(6):513-519.

Shanafelt TD, West C, Zhao X, Novotny P, Kolars J, Habermann T, Sloan J (2005) Relationship between increased personal well-being and enhanced empathy among internal medicine residents. *Journal of General Internal Medicine* 20(7):559-564.

Sharf BF (1997) Communicating breast cancer on-line: support and empowerment on the internet. *Women health* 26(1): 65-84.

Simpson A, Beaucage C, Bonnier Viger Y (2009) *Épidémiologie appliquée – Une initiation à la lecture critique de la littérature en sciences de la santé*. Montréal: Chenelière Éducation (2e éd.).

Singer T, Seymour B, O'Doherty JP, Stephan KE, Dolan RJ, Frith CD (2006) Empathic neural responses are modulated by the perceived fairness of others. *Nature* 439(7075):466-469.

Siu OL (2002) Predictors of job satisfaction and absenteeism in two samples of Hong Kong nurses. *Journal of Advanced Nursing* 40(2):218-229.

Slater L (2006) Person-centredness: a concept analysis. *Contemporary Nurse* 23(1):135-144.

Slater L, McCormack B, Bunting B (2009) The development and pilot testing of an instrument to measure Nurses Working Environment: The Nursing Context Index. *Worldview of Evidence Based Nursing* 16(3): 173-182.

Smith S, Dear B, Pullin S, Tocher R (2010) Relationship centred outcomes focused on compassionate care for older people within in-patient care settings. *International Journal for Older People Nursing* 5(2):128-136.

Spiro H (1992) What is empathy and can it be taught? *Annals of Internal Medicine* 116(10):843-846.

Spreng RN, McKinnon MC, Mar RA, Levine B (2009) The Toronto Empathy Questionnaire: scale development and initial validation of a factor-analytic solution to multiple empathy measures. *Journal of Personality Assessment* 91(1):62-71.

Stein-Parbury J (2005) *Patient and person: Developing interpersonal skills in nursing*. Sydney: Elsevier (3 éd.).

Stewart M (2001) Towards a global definition of patient centred care. *British Medical Journal* 322(7284):444-445.

Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR (1995) *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*. Thousand Oaks: Sage.

Stichler JF (2011) Patient-centered healthcare design. *Journal of Nursing Administration* 41(12):503-506.

Stratton TD, Saunders JA, Elam CL (2008) Changes in medical students' emotional intelligence: an exploratory study. *Teaching and Learning in Medicine* 20(3):279-284.

Streiner DL, Norman GR (2008) Health measurement scales: a practical guide to their development and use. Oxford: Oxford University Press (4e éd.).

Streit-Forest U (1982) Differences in empathy: a preliminary analysis. *Journal of Medical Education* 57(1):65-67.

Strickland OL (1999) When is internal consistency reliability assessment inappropriate? *Journal of Nursing Measurement* 7(1):3-4.

Strum S (1997) Consultation and patient information on the internet: the patients' forum. *British Journal of Urology* 80(Suppl 3):22-26.

Suchman AL, Markakis K, Beckman HB, Frankel R (1997) A model of empathic communication in the medical interview. *Journal of the American Medical Association* 277(8):678-682.

Suchman AL, Roter D, Green M, Lipkin M Jr (1993) Physician satisfaction with primary care office visits. Collaborative Study Group of the American Academy on Physician and Patient. *Medical Care* 31(12):1083-1092.

Sullivan P, Buske L (1998) Results from CMA's huge 1998 physician survey point to dispirited profession. *Canadian Medical Association Journal* 159(5):525-528.

Tait RC (2008) Empathy: Necessary for effective pain management? *Current Pain Headache Reports* 12:108-112.

Teherani A, Hauer KE, O'Sullivan P (2008) Can simulations measure empathy? Considerations on how to assess behavioral empathy via simulations. *Patient Education & Counseling* 71(2):148-152.

Thomas NK (2004) Resident Burnout. *Journal of the American Medical Association* 292(23):2880-2889.

Thomas MR, Dyrbye LN, Huntington JL, Lawson KL, Novotny PJ, Sloan JA, Shanafelt TD (2007) How do distress and well-being relate to medical student empathy? A multicenter study. *Journal of General of Internal Medicine* 22(2):177-183.

Thommasen HV, Lavancy M, Connelly I, Berkowitz J, Grzybowski S (2001) Mental health, job satisfaction, and intention to relocate. Opinions of physicians in rural British Columbia. *Canadian Family Physician* 47:737-744.

Todres M, Tsimtsiou Z, Stephenson A, Jones R (2010) The emotional intelligence of medical students: an exploratory cross-sectional study. *Medical Teaching* 32(1):e42-e48.

Travado L, Grassi L, Gil F, Ventura C, Martins C and the Southern European Psycho-oncology Study (SEPOS) Group (2005) Physician-patient communication among southern European cancer physician: The influence of psychosocial orientation and burnout. *Psycho-Oncology* 14(8):661-670.

Truax CB (1967) The training of nonprofessional personnel in therapeutic interpersonal relationships. *American Journal of Public Health Nations Health* 57(10):1778-1791.

Tsimtsiou Z, Benos A, Garyfallos AA, Hatzichristou D (2012) Predictors of physicians' attitudes toward sharing information with patients and addressing psychosocial needs: a cross-sectional study in Greece. *Health Communication* 27(3):257-263.

Tsimtsiou Z, Kirana PS, Hatzichristou D (2014) Determinants of patients' attitudes toward patient-centered care: A cross-sectional study in Greece. *Patient Education & Counseling* 97(3):391-395.

Tuckett D, Boulton M, Olson C, Williams A (1985) Meetings between experts: an approach to sharing ideas in medical consultations. London: Tavistock.

Tyssen R, Vaglum P, Gronvold NT, Ekeberg O (2001) Suicidal ideation among medical students and young physicians: a nationwide and prospective study of prevalence and predictors. *Journal of Affective Disorders* 64(1):69-79.

Ullrich A, Hauer J, Farin E (2014) Communication preferences in patients with fibromyalgia syndrome: descriptive results and patient characteristics as predictors. *Patient Preference and Adherence* 31(8): 135-145.

Van Den Kerkhof EG, Hopman WM, Towheed TE, Anastassiades TP, Goldstein DH (2003) The impact of sampling and measurement on the prevalence of self-reported pain in Canada. *Pain Research & Management* 8(3):157-163.

Veit CT, Ware JE Jr (1983) The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consultation in Clinical Psychology* 51(5):730-742.

Verhaak PFM, Kerssens JJ, Dekker J, Sorbi MJ, Bensing JM (1998) Prevalence of chronic benign pain disorder among adults: a review of the literature. *Pain* 77(3):231-239.

Vermeire E, Hearnshaw H, Van Royen P, Denekens J (2001) Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics* 26(5):331-342.

Vlaeyen JW, Linton SJ (2000) Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain* 85(3):317-332.

Wallston KA, Wallston BS, DeVellis R (1978) Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. *Health Education Monograph* 6:160-170.

Wanzer MB, Booth-Butterfield M, Gruber K (2004) Perceptions of health care providers' communication: relationship between patient-centered communication and satisfaction. *Health Communication* 16(3):363-383.

Ward J, Cody J, Schaal M, Hojat M (2012) The empathy enigma: an empirical study of decline in empathy among undergraduate nursing students. *Journal of Professional Nursing* 28(1):34-40.

Ward J, Schaal M, Sullivan J, Bowen ME, Erdmann JB, Hojat M (2009) Reliability and Validity of the Jefferson Scale of Empathy in Undergraduate Nursing Students. *Journal of Nursing Measurement* 17(1): 73-88.

Warfield C, Manley K (1990) Developing a new philosophy in the NDU. *Nursing Standard* 4: 27-30.

Wear D, Varley JD (2008) Rituals of verification: The role of simulation in developing and evaluating empathic communication. *Patient Education & Counseling* 71(2):153-156.

West CP, Huschka MM, Novotny PJ (2006) Association of perceived medical errors with resident distress and empathy. *Journal of American Medical Association* 296:1071-1078.

Wheeler K, Marrett EAM, Lahey EM (1996) A study of empathy as a nursing care outcome measure. *International Journal of Psychiatric Nursing Research* 3(1):281-289.

Willcock SM, Daly MG, Tennant CC, Allard BJ (2004) Burnout and psychiatric morbidity in new medical graduates. *Medical Journal of Australia* 181(7):357-360.

Willems S, De Maesschalck S, Deveugele M, Derese A, De Maeseneer J (2005) Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? *Patient Education & Counseling* 56(2):139-146.

Wise PH (2007) The future pediatrician: the challenge of chronic illness. *Journal of Pediatrics* 151(5) :S6-S10.

Wispé L (1986) The distinction between sympathy and empathy : To call forth a concept, a word is needed. *Journal of Personality and Social Psychology* 50(2) :314-321.

Wolfgang PK, Dieter K, Broich K (2011) Burnout : a fashionable diagnosis. *Deutsches Arzteblatt International* 108(46) :781-787.

World Health Organization (2001) The world health report 2001. Mental Health : New understanding. New Hope. Geneva : World Health Organization.

Wystanski M (2000) Patient-centred versus client-centred mental health care. *Canadian Journal of Psychiatry* 45(7) :670-671.

Yu J, Kirk M (2009) Evaluation of empathy measurement tools in nursing: systematic review. *Journal of advanced nursing* 65(9):1790-1806.

Zandbelt LC, Smets EM, Oorf FJ, Godfried MH, de Haes HC (2006) Determinants of physicians' patient-centred behaviour in the medical specialist encounter. *Social Science & Medicine* 63(4):899-910.

Zderad LT (1969) Empathic nursing; realization of a human capacity. *Nursing Clinics of North America* 4(4):655-662.

Zwack J, Schweitzer J (2013) If every fifth physician is affected by burnout, what about the other four? Resilience strategies of experienced physicians. *Academic Medicine* 88(3):382-389.

ANNEXE A

Preuve d'acceptation
European Journal for Person Centered Healthcare



24 November 2014

Dr. Sylvie Lafrenaye
Faculty of Medicine and Health Sciences
Université de Sherbrooke
3001, 12e avenue Nord
Z7-4016
Sherbrooke
Québec
Canada

Dear Dr. Lafrenaye,

Article: Assessing patient-centered care: validation of the French Version of the Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS).

Thank you for your e-mail with submission to the European Journal for Person Centered Healthcare. I am delighted to advise you that, following formal review, your paper has been accepted for publication in the EJPCH. I attach a Licence form for completion. Following signature this can be scanned into a PC and e-mailed to this e-mail address: andrew.williamsonprofunit@gmail.com

The Production Team will be in touch with you directly with typeset proofs and copy-editing queries. With kind regards, I am,

Yours sincerely

Andrew Miles
Professor Andrew Miles MSc MPhil PhD DSc (hc)
Editor-in-Chief, European Journal of Person Centered Healthcare.
Professor of Clinical Epidemiology and Social Medicine

ANNEXE B

Preuve d'acceptation
Pain Research & Management

----- Message d'origine -----

De :

Date :02/16/2015 5:19 PM (GMT-05:00)

À : "Lafrenaye, Sylvie"

Objet : PR&M - Editorial Decision

Pain Research & Management

Re: Assessing patient-centered care for chronic pain: validation of a new research paradigm

Manuscript ID: PRM-2014-87

Dear Dr. Lafrenaye;

Thank you for the final revisions of your manuscript "Assessing patient-centered care for chronic pain: validation of a new research paradigm". As noted below the two reviewers have recommended that the paper should be accepted for publication. In consequence, it is a pleasure to advise the paper has now been accepted for publication in *Pain Research & Management*. You can expect to receive page proofs directly from Pulsus Group Inc. in due course.

Thank you for your support of *Pain Research & Management*.

We look forward to receiving manuscripts from you in the future.

Reviewer comments follow:

Reviewer #1 :

This revision is satisfactory.

Reviewer #2 :

The authors have been responsive to all of the reviewers' concerns in their revision and their thoughtful commentary. I could quibble with a couple of points, but I think that this manuscript is ready for publication.

Sincerely,

Ken Craig

Kenneth D. Craig, Ph.D.

Editor - in - Chief

Pain Research & Management

ANNEXE C

Preuve de soumission
Medical Care

----- Message d'origine -----

De : Medical Care

Date :03/19/2015 9:35 PM (GMT-05:00)

À : "Lafrenaye, Sylvie"

Objet : Submission has been assigned MDC-D-15-00168

Mar 19, 2015

Dear Dr. Lafrenaye,

Your submission entitled "The influence of caregivers' empathy and burnout on patient-centered care in chronic pain" has been assigned the following manuscript number: MDC-D-15-00168.

You will be able to check on the progress of your paper by logging on to Editorial Manager as an author.

Please note that any portion of your manuscript that was submitted as a Supplemental Digital Content will not appear in the printed version of the journal. These files will only appear online on our website. If changing any part of the submission, please follow the instructions under author's instructions and use the accepted file extensions only.

Tables and figures must be submitted as individual files. Tables must be submitted as .doc files, and figures as doc, eps, ppt, tif, or PDF files.

<http://mdc.edmgr.com/>

Thank you for submitting your work to Medical Care.

Kind Regards,

Karen Doyle
Managing Editor
Medical Care

ANNEXE D

Approbation éthique

APPROBATION ET ATTESTATION
Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

MEMBRES DU COMITÉ :

BERNIER, Louise, LL.D. juriste, professeure, UdeS
 BOUFFARD, Nicole, infirmière, rep. scientifique, v.-présidente
 BRISSON, Sophie, LL.M. avocate, extérieur
 BRODEUR, Louise, B.F.A. représentante du public
 CHAALALA, Chiraz, M.D. neurochirurgie, CHUS
 CISSÉ, Aboubacar, D.Sc. professeur, FMSS
 CLICHE, Jocelyne, LL.M. représentante du public / droit
 CLOUTIER, Sylvie, M.Sc. pharmacienne, CHUS
 CLOUTIER, Yvan, Ph.D. représentant en éthique, extérieur
 CÔTÉ, Anne-Marie, M.D. néphrologie, CHUS
 CUMYN, Annabelle, M.D. interniste, CHUS
 CYR, Claude, M.D. pédiatrie, CHUS

DESPATIS, Marc-Antoine, M.D. chirurgie vasculaire, CHUS
 GRÉGOIRE, Nathalie, LL.M. avocate, extérieur
 JETTÉ, Sylvie, D. Sc. infirmière, professeure, FMSS
 LEBLOND, Julie, M. Sc. pharmacienne, CHUS
 MÉNARD, Julie, D. Sc. représentante scientifique, CRC
 MONETTE, Marcelle, Ph.D. rep. éthique / scientifique, Présidente
 NAUD, Marie-George, C.Ps. représentante du public
 POIRIER, Marie-Sol, M.Sc (c), rep. éthique / scientifique
 ROBERGE, Jean-Pierre, B.E. représentant du public
 ROUSSEAU, Marie-Pierre, M. Sc. pharmacienne, CHUS
 SAVARD, Anne-Marie, LL.D. avocate, professeure, UdeS
 VIGNEAULT, Raymonde, représentante du public

En raison de son implication dans le projet de recherche, la personne suivante, membre du comité d'éthique, n'a pas participé à son évaluation ou à son approbation : Pr Patricia Bourgault

Approbation demandée par: Dre Sylvie Lafrenaye
Pour le projet # 12-035 Pre Patricia Bourgault

Identification des caractéristiques nécessaires à l'application d'une approche centrée sur le patient dans un contexte de douleur chronique.

Approbation donnée par la présidence le 01 mai 2012 pour 12 mois.

- Protocole complet : Version 2 20 mars 2012
- Formulaire de consentement principal 1 mai 2012 .
- Autre formulaire de consentement : 1er mai 2012 Patient participant à une vidéo
- Questionnaire(s) : PPOS; JSPE; EMMBEP;EMMDP; PCS; BDI; PRUS; SF-12
- Amendement # : Date amendement :
- Autre : Publicité; Grille d'observation - Type d'approche; Grille d'observation - Empathie; Renseignements sociodémographiques;

Brochure /Monographie reçue pour évaluation:

En ce qui concerne l'essai clinique visé, à titre de représentant du Comité d'éthique de la recherche, je certifie que:

1. La composition de ce comité d'éthique satisfait aux exigences pertinentes prévues dans le titre 5 de la partie C du Règlement sur les aliments et drogues.
2. Le comité d'éthique de la recherche exerce ses activités de manière conforme aux bonnes pratiques cliniques, et
3. Ce comité d'éthique a examiné et approuvé le formulaire de consentement et le protocole d'essai clinique qui sera mené par le chercheur susmentionné, au lieu d'essai indiqué. L'approbation et les opinions du présent comité ont été consignées par écrit.

1 mai 2012

Signé par:

Marcelle Monette, Ph.D.
Présidente du comité

Date de la signature



**COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE
EN SANTÉ CHEZ L'HUMAIN**

Le 1 mai 2012

Dre Sylvie Lafrenaye
Pédiatrie
CHUS - Hôpital Fleurimont

OBJET: Projet # 12-035

Identification des caractéristiques nécessaires à l'application d'une approche centrée sur le patient dans un contexte de douleur chronique.

Dre Lafrenaye ,

Le Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke a évalué le protocole de recherche ainsi que les documents afférents à l'étude citée en objet de la lettre. La présente est pour vous informer que le CÉR a approuvé votre projet. À cet effet, veuillez trouver ci-joint le formulaire d'approbation.

Veuillez également trouver ci-joint, s'il y a lieu, le formulaire de consentement approuvé par le CÉR et portant le sceau d'approbation. Vous devez utiliser des photocopies de ce formulaire pour obtenir le consentement des sujets.

Nous avons avisé le directeur scientifique du Centre de recherche clinique Étienne-Le Bel de l'approbation de votre projet. Vous devez attendre son autorisation avant de le débiter.

Espérant le tout à votre convenance, je vous prie d'agréer mes sentiments distingués.

Marcelle Monette, Ph.D.
Présidente du comité

APPROBATION
Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

MEMBRES DU COMITÉ :

BEAUCHAMP, René-Paul, M.D. interniste, CHUS
 BERNIER, Louise, LL.D. juriste, professeure, UdeS
 BOUFFARD, Nicole, infirmière, rep. scientifique, v.-présidente
 BRISSON, Sophie, LL.M. avocate, extérieur
 BRODEUR, Louise, B.F.A. représentante du public
 CISSÉ, Aboubacar, D.Sc. professeur, FMSS
 CLICHE, Jocelyne, LL.M. représentante du public / droit
 CLOUTIER, Sylvie, M.Sc. pharmacienne, CHUS
 CLOUTIER, Yvan, Ph.D. représentant en éthique, extérieur
 CÔTÉ, Anne-Marie, M.D. néphrologie, CHUS
 CUMYN, Annabelle, M.D. interniste, CHUS
 CYR, Claude, M.D. pédiatrie, CHUS
 DESPATIS, Marc-Antoine, M.D. chirurgie vasculaire, CHUS
 ECHAVE, Pablo, M.D. anesthésiste, CHUS

FORTIN, Gilberte, Inf. représentante en éthique, extérieur
 GRÉGOIRE, Nathalie, LL.M. avocate, extérieur
 JETTÉ, Sylvie, D. Sc. infirmière, professeure, FMSS
 LAUZIÈRE, Denise, avocate extérieure
 LEBLOND, Julie, M. Sc. pharmacienne, CHUS
 MÉNARD, Julie, Ph. D. représentante scientifique, CRC
 MONETTE, Marcelle, Ph. D. rep. éthique / scientifique, Présidente
 NAUD, Marie-George, C.Ps. représentante du public
 POIRIER, Marie-Sol, M.Sc (c), rep. éthique / scientifique
 ROBERGE, Jean-Pierre, B.E., représentant du public
 ROUSSEAU, Marie-Pierre, M. Sc. pharmacienne, CHUS
 SAVARD, Anne-Marie, LL.D. avocate, professeure, UdeS
 VERRET, Pascale, M.D. interniste CHUS
 VIGNEAULT, Raymonde, représentante du public

En raison de son implication dans le projet de recherche, la personne suivante, membre du comité d'éthique, n'a pas participé à son évaluation ou à son approbation : S/O

Approbation demandée par: Dre Sylvie Lafrenaye

Pour le projet # 12-035-R1

Identification des caractéristiques nécessaires à l'application d'une approche centrée sur le patient dans un contexte de douleur chronique.

Approbation donnée en réunion plénière du Comité le 7 mai 2013 pour 12 mois

- Protocole complet : version 3 4 mai 2012
- formulaire de consentement principal :
- Autre formulaire de consentement :
- Questionnaire(s) :
- Amendement # : . Date amendement :
- Autre : Renouvellement d'approbation jusqu'au 7 mai 2014

En ce qui concerne l'essai clinique visé, à titre de représentant du Comité d'éthique de la recherche, je certifie que:

1. La composition de ce comité d'éthique satisfait aux exigences pertinentes prévues dans le titre 5 de la partie C du Règlement sur les aliments et drogues.
2. Le comité d'éthique de la recherche exerce ses activités de manière conforme aux bonnes pratiques cliniques, et
3. Ce comité d'éthique a examiné et approuvé le formulaire de consentement et le protocole d'essai clinique qui sera mené par le chercheur susmentionné, au lieu d'essai indiqué. L'approbation et les opinions du présent comité ont été consignées par écrit.

Signé par:

Marcelle Monette, Ph.D.
Présidente du comité

7 mai 2013

Date de signature

ANNEXE E

Formulaire de consentement
(version soignants participants)



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE
Hôpital Fleurimont, 3001, 12^e Avenue Nord, Fleurimont (Québec) J1H 5N4
Hôtel-Dieu, 580, rue Bowen Sud, Sherbrooke (Québec) J1G 2E8
Téléphone : (819) 346-1110

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT A LA RECHERCHE (Principal)

Titre du projet: Exploration de l'association entre les caractéristiques des cliniciens et la prise en charge de patients atteints de douleur

Chercheuse principale: Sylvie Lafrenaye, MD, Ph.D., Département de pédiatrie
Patricia Bourgault, inf., Ph.D, École des sciences infirmières

Chercheur associé : Stéphane Potvin, Ph.D., chercheur adjoint, Département de psychiatrie, Université de Montréal

Collaboratrice : Émilie Paul-Savoie, M.Sc., étudiante au doctorat, Département de sciences cliniques

POUR INFORMATION

Du lundi au vendredi, entre 8h et 16h, vous pouvez communiquer avec :

Patricia Bourgault, inf., Ph.D. École des sciences infirmières	Tél. :	poste
Dre Sylvie Lafrenaye, Ph.D. Département de pédiatrie	Tél. :	poste
Émilie Paul-Savoie, M.Sc. Étudiante au doctorat responsable du projet	Tél. :	poste

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Si vous acceptez de participer au projet de recherche, vous devrez signer le formulaire de consentement à la fin du présent document et nous vous en remettrons une copie pour vos dossiers.

Ce formulaire d'information et de consentement vous explique le but de ce projet de recherche, les procédures, les risques et inconvénients ainsi que les avantages, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin. Il peut contenir des mots

que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions nécessaires au chercheur responsable du projet ou aux autres personnes affectées au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

La douleur chronique affecte grandement la qualité de vie. Elle est une cause fréquente d'incapacité majeure et de pertes économiques. Malgré des percées intéressantes en recherche, la prise en charge de la douleur chronique demeure un défi pour les cliniciens et son traitement demande une approche interdisciplinaire. Les facteurs impliqués dans la prise en charge de la douleur chronique sont multiples, certains relevant du patient et d'autres du clinicien.

L'objectif de cette étude est donc d'explorer l'association entre certaines caractéristiques du clinicien (médecin, infirmière, physiothérapeute) et la prise en charge des patients atteints de douleur chronique. Ces données devraient permettre de proposer des outils pour améliorer la gestion de la douleur chronique.

Vous êtes interpellés pour cette étude car vous avez dans votre clientèle, des patients atteints de douleur chronique.

DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Si vous acceptez de participer à l'étude, vous devrez vous présenter à une séance individuelle qui aura lieu à l'endroit qui vous convient, près de votre milieu de travail. Cette séance sera d'une durée approximative de 2 heures. Au cours de cette séance, les procédures suivantes seront effectuées.

Vidéos et vignettes de patients réels

Lors de cette séance, vous visionnerez cinq vidéos de patients réels atteints de différentes pathologies douloureuses. Les vidéos seront d'une durée approximative de deux minutes. À la suite de chaque vidéo, nous vous demanderons d'expliquer la prise en charge que vous offririez. Différentes questions vous seront posées. Vos descriptions seront filmées, afin de permettre à deux autres membres de l'équipe de recherche de valider les observations. Ces enregistrements ne seront accessibles qu'aux membres de l'équipe de recherche. En aucun temps, votre performance ne sera jugée. Il s'agit plutôt de voir les caractéristiques de votre prise en charge en général.

Questionnaires auto-administrés

À la fin de la séance, il vous sera demandé de compléter neuf questionnaires portant sur certaines caractéristiques des cliniciens comptant dans leur clientèle des patients atteints de douleur chronique. Nous ne pouvons divulguer les caractéristiques évaluées avant la séance afin d'éviter d'orienter les réponses. Il est important de noter qu'au même titre que vos descriptions de prise en charge, les résultats individuels ne sont pas analysés. Environ une heure devra être consacrée pour compléter cette tâche.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS POUVANT DÉCOULER DE LA PARTICIPATION DU SUJET AU PROJET DE RECHERCHE

Il n'y a pas de risque connu associé à votre participation à cette étude. Le déplacement et le temps requis pour votre participation peuvent être considérés comme des inconvénients.

AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE LA PARTICIPATION DU SUJET AU PROJET DE RECHERCHE

Il n'y a pas de bénéfice direct pour vous, relié à la participation à cette étude. Par ailleurs, les renseignements recueillis au cours de l'étude permettront une meilleure compréhension des caractéristiques liées au clinicien pouvant influencer la prise en charge des patients atteints de douleur chronique. Éventuellement, des actions pourront découler de cette étude (ex. : formation, soutien, etc.).

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT DU PROJET DE RECHERCHE

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision au chercheur responsable du projet ou à l'un de ses assistants. Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur vos relations avec le chercheur responsable du projet et les autres intervenants.

CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à ce projet, le chercheur responsable ainsi que son personnel recueilleront et consigneront dans une base de données ou autre les renseignements fournis dans la grille d'observation, les observations filmées et les questionnaires. Ces derniers seront conservés à l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke jusqu'à ce que les données soient publiées.

Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur responsable du projet de manière sécuritaire.

Les données pourront être publiées dans des revues spécialisées ou faire l'objet de discussions scientifiques mais il ne sera pas possible d'identifier les participants.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre dossier de recherche ainsi que vos dossiers médicaux pourront être consultés par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du CHUS ou par l'établissement, par une personne mandatée par des organismes publics autorisés. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

À des fins de protection, notamment afin de pouvoir communiquer avec vous rapidement vos noms et prénoms, vos coordonnées et la date de début et de fin de votre participation au projet, seront conservés pendant un an après la fin du projet dans un répertoire sécurisé maintenu par le chercheur.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin et ce, aussi longtemps que le chercheur responsable du projet ou l'établissement détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique de l'étude, vous pourriez n'avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois l'étude terminée.

COMPENSATION

Vous recevrez un montant de 50\$, en compensation des frais encourus et des contraintes subies pendant votre participation à ce projet de recherche.

DROITS DU SUJET ET INDEMNISATION EN CAS DE PRÉJUDICE

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement où se déroule ce projet de recherche de leurs responsabilités civile et professionnelle.

FINANCEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Le chercheur a reçu des fonds de démarrage de l'Université de Sherbrooke pour mener à bien ce projet de recherche.

PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant votre participation à l'étude, veuillez communiquer avec Émilie Paul-Savoie au _____, poste _____. Au besoin, vous pouvez également communiquer avec un professionnel du Programme d'Aide aux Employés du CHUS au numéro suivant : 1-800-567-2433. Aucune information vous concernant ne sera transmise entre le PAE et l'équipe de recherche.

Pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler vous pouvez communiquer avec la Commissaire locale aux plaintes et à la qualité du CHUS au numéro suivant : _____, poste _____

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES

Le Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du CHUS a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, nous nous engageons à lui soumettre pour approbation toute révision et toute modification apportée au protocole de recherche ou au formulaire d'information et de consentement.

Si vous désirez rejoindre l'un des membres de ce comité vous pouvez communiquer avec le Service de soutien à l'éthique de la recherche du CHUS au numéro _____, poste _____

CONSENTEMENT

Je déclare avoir lu le présent formulaire d'information et de consentement, particulièrement quant à la nature de ma participation au projet de recherche et l'étendue des risques qui en découlent. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens librement et volontairement à participer à ce projet.

Nom du participant (lettres moulées)	Signature du participant	Date
---	--------------------------	------

Nom de la personne qui obtient le consentement (lettres moulées)	Signature de la personne qui obtient le consentement	Date
---	--	------

ENGAGEMENT DU CHERCHEUR

Je certifie qu'on a expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que j'ai répondu aux questions que le sujet de recherche avait à cet égard et que j'ai clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre copie signée au sujet de recherche.

Nom du chercheur (lettres moulées)	Signature du chercheur	Date
---------------------------------------	------------------------	------

ANNEXE F

Questionnaire F-PPOS

Patient-Practitioner Orientation Scale
(version française)

Ce document a été retiré pour
respect du droit d'auteur

Ce document a été retiré pour
respect du droit d'auteur

ANNEXE G

Questionnaire F-JSPE

Jefferson Scale of Physician Empathy
(version française)

Ce document a été retiré pour
respect du droit d'auteur

Ce document a été retiré pour
respect du droit d'auteur

ANNEXE H

Questionnaire EMMBEP

Échelle de mesure des manifestations de bien-être psychologique

Ce document a été retiré pour
respect du droit d'auteur

Ce document a été retiré pour
respect du droit d'auteur

ANNEXE I

Questionnaire EMMDP

Échelle de mesure des manifestations de détresse psychologique

Ce document a été retiré pour
respect du droit d'auteur

ANNEXE J

Questionnaire F-MBI

Maslach Burnout Inventory
(version française)

Ce document a été retiré pour
respect du droit d'auteur

Ce document a été retiré pour
respect du droit d'auteur

ANNEXE K

Grille d'observation

Sherbrooke Observation Scale of Patient Centered Care
(version française)

1-----2-----3-----4
 Aucunement démontré Fortement démontré

- Pour chaque énoncé, veuillez utiliser l'échelle de Likert de 1 à 4 ci-dessous.
- Si l'énoncé ne s'applique pas, inscrivez N/A.

		Patiente 1 (Arthrite)	Patiente 2 (E. Danlos)	Patiente 3 (Fracture)	Patiente 4 (Fibro)	Patiente 5 (SDRC)
1.	Considère les aspects biologiques.					
2.	Considère les projets de vie.					
3.	Considère les aspects psychologiques.					
4.	S'enquiert des conséquences de la condition actuelle du patient sur sa vie.					
5.	Considère les expériences passées.					
6.	Désire établir une relation thérapeutique.					
7.	Démontre une ouverture d'esprit, sans préjugé.					
8.	Prise en charge en collaboration.					
9.	S'enquiert de la compréhension que le patient a de sa condition médicale actuelle.					

ANNEXE L

Grille d'observation

Reynolds Empathy Scale
(version française)

Ce document a été retiré pour
respect du droit d'auteur

ANNEXE M

Formulaire de consentement
(version patientes participants)



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE
Hôpital Fleurimont, 3001, 12^e Avenue Nord, Fleurimont (Québec) J1H 5N4
Hôtel-Dieu, 580, rue Bowen Sud, Sherbrooke (Québec) J1G 2E8
Téléphone : (819) 346-1110

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT A LA RECHERCHE (Patient participant à une vidéo)

Titre du projet: Identification des caractéristiques nécessaires à l'application d'une approche centrée sur le patient dans un contexte de douleur chronique.

Numéro du projet : 12-035

Chercheure principale: Sylvie Lafrenaye, MD, Ph.D., Département de pédiatrie
Patricia Bourgault, inf., Ph.D, École des sciences infirmières

Chercheur associé: Stéphane Potvin, Ph.D., chercheur adjoint, Département de psychiatrie, Université de Montréal

Collaboratrice : Émilie Paul-Savoie, M.Sc., étudiante au doctorat, Département de sciences cliniques

POUR INFORMATION

Du lundi au vendredi, entre 8h et 16h, vous pouvez communiquer avec :

Patricia Bourgault, inf., Ph.D. École des sciences infirmières	Tél. :	poste
Dre Sylvie Lafrenaye, Ph.D. Département de pédiatrie	Tél. : Pagette :	poste
Émilie Paul-Savoie, M.Sc., Étudiante au doctorat responsable du projet	Tél. :	poste

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche parce que vous êtes atteinte d'un problème de santé impliquant de la douleur chronique. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent. Si vous acceptez de participer au projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin du présent document et nous vous en remettrons une copie pour vos dossiers.

Identification des caractéristiques nécessaires à l'application d'une approche centrée sur le patient dans un contexte de douleur chronique.

Ce formulaire d'information et de consentement vous explique le but de ce projet de recherche, les procédures, les avantages, les risques et inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin. Il peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions nécessaires aux chercheurs responsables du projet ou aux autres personnes affectées au projet de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

La douleur chronique affecte grandement la qualité de vie. Elle est une cause fréquente d'incapacité majeure et de pertes économiques. Malgré des percées intéressantes en recherche, la prise en charge de la douleur chronique demeure un défi pour les professionnels de la santé et son traitement demande une approche interdisciplinaire. Les facteurs impliqués dans la prise en charge de la douleur chronique sont multiples, certains relevant du professionnel de la santé et d'autres du patient.

L'objectif de cette étude est donc d'explorer l'association entre certaines caractéristiques du professionnel de la santé (médecin, infirmière, physiothérapeute) et la prise en charge des personnes atteintes de douleur chronique. Ces données devraient permettre de proposer des outils pour améliorer la gestion de la douleur chronique. Pour y parvenir, nous désirons créer des vidéos de patients réels atteints de différentes maladies chroniques. Ces vidéos nous permettront d'étudier les caractéristiques d'intérêt chez les professionnels de la santé.

Vous êtes interpellée pour cette étude car vous êtes atteinte d'un problème de santé impliquant de la douleur chronique et nous vous proposons d'enregistrer le récit de votre expérience douloureuse.

DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Dans cette étude, une cinquantaine de professionnels de la santé visionneront cinq vidéos de patientes atteintes de douleur chronique. Si vous acceptez de participer à l'étude, vous devrez vous présenter à une rencontre qui aura lieu au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS). Cette rencontre durera approximativement une demi-journée. Lors de cette rencontre, vous devrez raconter votre expérience avec la douleur chronique qui sera enregistrée sur vidéo. Plus spécifiquement, les éléments suivants seront abordés :

- Description de l'apparition de vos symptômes;
- Description de votre état de santé et des diagnostics reçus;
- Description des premières rencontres que vous avez eues avec les professionnels de la santé;
- Description des traitements qui vous ont été proposés;
- Description de votre condition au quotidien.

Identification des caractéristiques nécessaires à l'application d'une approche centrée sur le patient dans un contexte de douleur chronique.

INCONVÉNIENTS POUVANT DÉCOULER DE LA PARTICIPATION DU SUJET AU PROJET DE RECHERCHE

Certaines personnes pourraient ressentir des difficultés ou des malaises quant au déroulement de l'enregistrement. Si cela se produisait, l'équipe de recherche sera présente pour vous assurer un soutien et au besoin, vous diriger vers les ressources de soutien appropriées.

AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE LA PARTICIPATION DU SUJET AU PROJET DE RECHERCHE

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais nous ne pouvons pas le garantir.

Par ailleurs, les informations découlant de ce projet de recherche pourraient contribuer à l'avancement des connaissances dans le domaine de la gestion de la douleur.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT DU PROJET DE RECHERCHE

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet lors de l'enregistrement, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision aux chercheurs responsables du projet.

Votre décision de ne pas participer à ce projet de recherche ou de vous en retirer n'aura aucune conséquence sur vos soins ou sur vos relations avec les chercheurs responsables du projet et/ou les autres intervenants.

RETRAIT DU PROJET DE RECHERCHE

Le chercheur responsable de l'étude et le Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du CHUS peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement, pour les raisons suivantes :

- Si le chercheur responsable du projet pense que cela est dans votre intérêt fondamental;
- Si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche.

CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à ce projet, le chercheur responsable du projet ainsi que son personnel recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche des enregistrements audio et vidéo. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de l'étude seront recueillis et utilisés à cette fin. Des noms fictifs seront utilisés afin de préserver votre anonymat.

Le chercheur responsable du projet utilisera les vidéos à des fins de recherche dans le but de répondre aux objectifs scientifiques du projet décrits dans le formulaire d'information et de consentement.

Identification des caractéristiques nécessaires à l'application d'une approche centrée sur le patient dans un contexte de douleur chronique.

Les vidéos pourront être décrites dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes lors conférences scientifiques.

À des fins de surveillance et de contrôle, votre vidéo pourrait être visionnée par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du CHUS ou par l'établissement, par une personne mandatée par des organismes publics autorisés. Toutes ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

COMPENSATION

Une compensation monétaire de 100\$ vous sera remise pour votre participation à ce projet de recherche.

DROITS DU SUJET ET INDEMNISATION EN CAS DE PRÉJUDICE

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit dû à votre participation au projet de recherche, vous recevrez tous les soins et services requis par votre état de santé, sans frais de votre part.

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement où se déroule ce projet de recherche de leurs responsabilités civile et professionnelle.

PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous croyez que vous éprouvez un problème de santé relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Mme Émilie Paul-Savoie, étudiante responsable du projet au _____, poste _____ ou Dre Sylvie Lafrenaye au _____ poste _____

Pour toute question concernant vos droits en tant que sujet participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler vous pouvez communiquer avec la Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services du CHUS au numéro suivant : _____, poste _____

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES

Le Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du CHUS a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, nous nous engageons à lui soumettre pour approbation toute révision et toute modification apportée au protocole de recherche ou au formulaire d'information et de consentement.

Si vous désirez rejoindre l'un des membres de ce comité vous pouvez communiquer avec le Service de soutien à l'éthique de la recherche du CHUS au numéro _____, poste _____

Identification des caractéristiques nécessaires à l'application d'une approche centrée sur le patient dans un contexte de douleur chronique.

CONSENTEMENT

Je déclare avoir lu le présent formulaire d'information et de consentement, particulièrement quant à la nature de ma participation au projet de recherche et l'étendue des risques qui en découlent. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je consens librement et volontairement à participer à ce projet. Je consens à ce que mon dossier académique ainsi que les résultats des ECOS sommatifs soient divulgués à l'équipe de recherche pour les fins de l'étude.

OUI NON

<i>Nom du participant(e)</i> (lettres moulées)	<i>Signature du participant(e)</i>	<i>Date</i>
---	------------------------------------	-------------

<i>Nom de la personne qui obtient le consentement</i> (lettres moulées)	<i>Signature de la personne qui obtient le consentement</i>	<i>Date</i>
--	---	-------------

ENGAGEMENT DU CHERCHEUR

Je certifie qu'on a expliqué au sujet de recherche les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que j'ai répondu aux questions que le sujet de recherche avait à cet égard et que j'ai clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre copie signée au sujet de recherche.

<i>Nom du chercheur</i> (lettres moulées)	<i>Signature du chercheur</i>	<i>Date</i>
--	-------------------------------	-------------

ANNEXE N

Courriel de recrutement

Bonjour,

Je vous contacte concernant un projet de recherche dirigé les professeurs Patricia Bourgault (UdeS), Sylvie Lafrenaye (UdeS) et Stéphane Potvin (UdeM).

Nous sommes présentement à la recherche de médecins et d'infirmier(ière)s pour participer à cette étude, dont l'objectif est d'explorer l'association entre certaines **caractéristiques du clinicien** et la **prise charge de patients atteints de douleur chronique**.

La participation à ce projet implique une seule rencontre d'une durée d'environ deux heures. Pour cette rencontre, je me déplacerai à l'endroit de votre choix (cela peut être votre bureau, une salle près de votre travail). La première heure consistera à visionner des vidéos de patientes réelles atteintes de douleur chronique. Après chacune des vidéos, je poserai quelques petites questions concernant la prise en charge. Les réponses aux questions seront filmées, car par la suite, j'en aurai besoin pour l'analyse. Ici, je tiens à préciser que ces enregistrements sont complètement confidentiels et ne servent qu'à l'analyse par trois membres de l'équipe de recherche. La deuxième heure consistera à répondre à des questionnaires. Un dédommagement de 50\$ vous sera remis pour votre participation.

Si vous êtes intéressé à participer, vous pouvez m'écrire sur ce courriel () et je vous recontacterai afin de vous transmettre le formulaire de consentement et d'organiser cette rencontre. Aussi, si vous avez des collègues qui pourraient être intéressés, je vous invite à me partager leurs coordonnées.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à me contacter, il me fera plaisir d'en discuter avec vous!

Au plaisir,

Émilie Paul-Savoie, étudiante au doctorat
Patricia Bourgault, inf., Ph.D., Université de Sherbrooke
Sylvie Lafrenaye, M.D., Ph.D., Université de Sherbrooke
Stéphane Potvin, Ph.D., Université de Montréal

ANNEXE O

Guide d'entrevue

QUESTIONS SUR LA PRISE EN CHARGE

Après chacune des vidéos

1. Résumez en une phrase le problème de santé de la patiente.
2. Sur une échelle numérique allant de 0 (aucune douleur) à 10 (pire douleur imaginable), selon vous, quelle est l'intensité de la douleur ressentie par cette patiente lors de l'entrevue.
3. Décrivez la prise en charge que vous offririez à cette patiente.
4. Décrivez la prise en charge que vous croyez que cette patiente souhaiterait recevoir.
5. Expliquez pourquoi il y a une différence entre vos deux descriptions (s'il y a lieu).
6. Accepteriez-vous de suivre à long terme cette patiente dans votre pratique?
7. Comment vous serait-il facile d'établir et de conserver une relation avec cette patiente?