

**Université du Québec en Outaouais**

**La relation entre l'empathie offerte par le médecin traitant et la détresse psychologique des individus souffrant de douleur chronique**

Essai doctoral  
Présenté au  
Département de psychoéducation et de psychologie

Comme exigence partielle du doctorat en psychologie,  
Profil psychologie clinique (D. Psy.)

Par  
© Andrea TOO

Avril 2021

## **Composition du jury**

### **La relation entre l'empathie offerte par le médecin traitant et la détresse psychologique des individus souffrant de douleur chronique**

Par  
Andrea TOO

Cet essai doctoral a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Stéphanie Cormier, Ph.D., directrice de recherche, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais

Paul S. Greenman, Ph.D., président du jury et examinateur interne, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais

Isabelle Green-Demers, Ph.D., examinatrice interne, Département de psychologie et de psychoéducation, Université du Québec en Outaouais

Frédéric Dionne, Ph.D., examinateur externe, Département de psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières

## REMERCIEMENTS

Ce projet représente l'aboutissement de longues journées, mais de courtes années. Je suis à jamais redevable aux personnes qui m'ont donné l'occasion d'apprendre et de me mettre au défi. En réfléchissant à ces dernières années, je suis remplie d'un immense sentiment de gratitude. Bien que les mots ne suffisent pas, j'espère pouvoir exprimer ma gratitude envers les personnes qui ont joué un rôle important dans mon parcours.

Tout d'abord, j'aimerais remercier ma directrice de recherche, Dre Stéphanie Cormier, qui a cru en moi dès le début. Son engagement à faire le pont entre la recherche et la pratique clinique, ainsi que les encouragements qu'elle m'a prodigués alors que je saisisais de nouvelles opportunités m'ont permis de tirer beaucoup plus de cette expérience qu'un simple diplôme. Sa gentillesse, son humour et son empathie m'ont été d'une aide précieuse dans les moments de stress.

J'aimerais également remercier mes superviseurs cliniques et professeurs de ces dernières années, qui ont encore accru ma passion pour la psychologie clinique. Je suis honorée par leurs expertises, leur travail acharné et leur dévouement à la formation de psychologues compétents et au service des autres. Travailler sous la direction de ces personnes a été des plus inspirant. Je tiens à exprimer également ma gratitude aux membres de mon jury pour les précieux conseils qui ont contribué à l'élaboration et à l'aboutissement de ce projet.

Aux patients qui m'ont fait confiance dans leurs moments les plus vulnérables, je vous remercie de m'avoir permis d'être témoin de votre courage et de faire partie de votre parcours.

À mes amis : Merci pour votre soutien indéfectible, les rires et les expériences inoubliables. Nos séances de travail de nuit, nos stress communs et nos célébrations partagées ont fait que je ne me suis jamais sentie seule dans ce nouvel environnement. Je suis si fière d'avoir pu grandir à vos côtés.

To Mom, Dad and Kristen: Thank you for always believing in me and encouraging me to follow my dreams. Without your unconditional love and support, none of this would have been possible. Thank you for being models of determination, compassion, and strength.

To Tim : I am so grateful to have taken on this adventure with you by my side. Thank you for being my safe place when everything felt daunting.

Enfin et surtout, merci aux participants de ce projet qui ont partagé leurs expériences afin que cette étude puisse être réalisée. Votre résilience et votre persévérance m'inspirent dans mon engagement à continuer à fournir les meilleurs soins possibles aux patients.

## AVANT PROPOS

Cet essai doctoral présente une étude quantitative qui vise à comprendre la relation entre l'empathie des médecins et la détresse psychologique des patients souffrant de douleur chronique. Elle fait partie d'un projet de plus grande envergure qui explore l'expérience psychosociale des personnes issues de la population générale qui rapportent souffrir de douleur chronique. La réalisation de ce projet a été rendue possible grâce au financement accordé à Andrea Too et à Stéphanie Cormier par les Fonds de recherche du Québec — Société et culture.

À titre de première auteure de l'article qui compose cet essai doctoral, j'ai développé et réalisé cette étude du début à la fin. J'ai participé à l'élaboration des questions de recherche, au recrutement des participants, à la collecte et à l'analyse des données ainsi qu'à l'interprétation des résultats finaux. Dans le but de favoriser le transfert des connaissances des résultats issus de cette étude, j'ai rédigé un article scientifique soumis pour publication à la revue *Patient Education and Counselling*. Suite à un processus de révision par les pairs, l'article a été accepté par la revue. Il est présentement sous presse et disponible en ligne depuis le 8 septembre 2020.

## TABLE DES MATIÈRES

AVANT PROPOS .....	v
LISTE DES FIGURES .....	viii
LISTE DES TABLEAUX.....	ix
RÉSUMÉ .....	x
CHAPITRE I	
INTRODUCTION .....	1
La douleur .....	1
La définition de la douleur chronique .....	2
Les composantes de la douleur .....	2
Le modèle biopsychosocial.....	3
Les conséquences de la douleur .....	4
La détresse psychologique .....	5
La dépression et la douleur chronique .....	6
L'anxiété et la douleur chronique .....	8
Les soins centrés sur le patient.....	11
La relation soignant-soigné.....	13
L'empathie .....	14
Les composantes de l'empathie .....	14
L'empathie perçue et l'empathie offerte .....	16
Le rôle de l'empathie dans le contexte de la santé.....	17
L'empathie et la satisfaction dans le contexte de la santé.....	18
La pertinence de l'essai doctoral.....	22
Les objectifs et les questions de recherche .....	22
CHAPITRE II	
ARTICLE SCIENTIFIQUE.....	24
Présentation de l'article.....	24
Abstract .....	26
Introduction.....	27
Method/Design.....	30
Participants and procedures.....	30
Measures .....	31
Sociodemographic and clinical information.....	31
Perceived physician empathy.....	31
Treatment satisfaction.....	32
Psychological distress .....	32
Depressive symptoms.....	32
Anxiety symptoms.....	32
Data analyses .....	33
Results.....	36
Descriptive statistics.....	36
Levels of empathy .....	36

Correlations between perceived physician empathy, treatment satisfaction, psychological distress, and pain characteristics .....	40
Treatment satisfaction as a mediator of perceived physician empathy and psychological distress....	40
Discussion .....	46
Strengths and limitations.....	49
Conclusion .....	50
<b>CHAPITRE III</b>	
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>51</b>
Synthèse et intégration des principaux résultats .....	51
Le niveau d'empathie des médecins .....	51
Les associations entre l'empathie, la satisfaction et la détresse psychologique .....	54
L'empathie et la satisfaction.....	54
L'empathie et la détresse psychologique.....	56
La satisfaction et la détresse psychologique.....	57
La satisfaction comme variable médiatrice de l'association entre l'empathie et la détresse .....	59
Les principales retombées de l'essai doctoral.....	62
Les retombées cliniques .....	63
Les retombées pratiques.....	64
Les retombées éducatives.....	65
Les forces et les limites de l'essai doctoral.....	66
Orientations pour les recherches futures.....	68
Conclusion .....	69
Références.....	71
ANNEXE A : Consentement des coauteurs.....	109
ANNEXE B : Formulaire de consentement.....	111
ANNEXE C : Questionnaire sociodémographique.....	115
ANNEXE D : Questionnaire concis sur les douleurs (BPI) .....	121
ANNEXE E : Questionnaire CARE .....	124
ANNEXE F : Questions uniques sur la satisfaction .....	127
ANNEXE G : Questionnaire CES-D .....	129
ANNEXE H : Questionnaire STICSA.....	133
ANNEXE I : Approbation éthique de la recherche .....	136

## LISTE DES FIGURES

Figure 1. <i>The relationship between perceived empathy and psychological distress mediated by treatment satisfaction</i> .....	35
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----



## LISTE DES TABLEAUX

Table 1. <i>Sociodemographic characteristics of the sample of participants with chronic pain</i> .....	37
Table 2. <i>Pain characteristics of the sample of participants with chronic pain</i> .....	38
Table 3. <i>Patient-physician relationship characteristics within the sample of participants with chronic pain</i> .....	39
Table 4. <i>Pearson correlations between perceived empathy, treatment satisfaction, pain characteristics, and psychological distress within the sample of participants with chronic pain</i> .....	43
Table 5. <i>Regression results of significant sociodemographic, pain and patient-physician relationship variables on depression and anxiety symptoms</i> .....	44
Table 6. <i>Results of the tests of indirect effect for treatment satisfaction as mediator (M) and depression and anxiety symptoms as dependent variables (DV)</i> .....	45

## RÉSUMÉ

Vivre avec une douleur chronique peut avoir des répercussions considérables, allant bien au-delà d'une atteinte physique. Ces conséquences constituent d'importants défis psychologiques, émotionnels et interpersonnels pour les individus souffrants. Bien que le modèle biopsychosocial conceptualise la douleur chronique comme un phénomène multidimensionnel, un nombre relativement restreint d'études examine l'influence des facteurs sociaux sur l'expérience de la douleur chronique. Les écrits scientifiques révèlent pourtant des expériences sociales d'invalidation et de stigmatisation chez les personnes aux prises avec cette condition. Il semble donc essentiel d'explorer les façons dont les expériences sociales vécues par cette population influencent leur expérience de la maladie ainsi que leurs résultats cliniques. Cet essai doctoral a donc examiné la relation entre l'empathie perçue chez le médecin et la détresse psychologique du patient, tout en explorant les mécanismes qui sous-tendent cette association. Un échantillon communautaire de 259 adultes souffrant de douleur chronique a rempli des questionnaires électroniques mesurant, entre autres, la perception d'empathie chez le médecin traitant, la satisfaction à l'égard des traitements reçus et les symptômes de dépression et d'anxiété. Les résultats révèlent que l'empathie perçue est positivement et fortement corrélée à la satisfaction des patients. Une corrélation négative significative a également été démontrée entre l'empathie perçue et les symptômes de dépression, mais pas entre l'empathie perçue et les symptômes d'anxiété. Des modèles de médiation entre l'empathie perçue et les symptômes de dépression et d'anxiété, via la satisfaction à l'égard des traitements comme variable médiatrice, se sont également avérés significatifs. Ainsi, les patients souffrant de douleur chronique qui perçoivent un plus grand degré d'empathie de la part de leur médecin éprouvent moins de symptômes de dépression et d'anxiété, grâce entre autres à la satisfaction à l'égard des traitements. Ces résultats témoignent de l'association entre les soins centrés sur le patient et les résultats cliniques et ils soulignent le rôle important des facteurs sociaux dans l'expérience de la douleur chronique. Les conclusions de cet essai doctoral réitèrent les bienfaits de l'approche centrée sur le patient et incitent une exploration plus approfondie des facteurs favorisant l'empathie des soignants dans le contexte de la douleur chronique. En somme, les individus aux prises avec une douleur chronique éprouvent le besoin de se sentir compris, soutenus et épaulés et il est juste de croire que les soignants peuvent contribuer à satisfaire ce besoin, notamment en se montrant empathiques.

**Mots clés :** douleur chronique ; empathie ; relation soignant-soigné ; détresse psychologique ; anxiété ; dépression ; satisfaction face au traitement

# CHAPITRE I

## Introduction

La douleur chronique est une condition de santé reconnue pour ses impacts délétères tant dans la vie des individus qui en souffrent que sur leurs familles et le système de santé (Duenas et al., 2016 ; Henry, 2008 ; Schopflocher et al., 2011). Selon une étude épidémiologique menée par Shupler et ses collègues (2018), la douleur chronique touche 21 % des adultes canadiens. Il est également démontré que la prévalence de la douleur est plus élevée chez les femmes que chez les hommes (20 % des femmes et 15,3 % des hommes) (Shupler et al., 2019). Malgré les progrès médicaux survenus au cours des dernières décennies en matière de gestion de la douleur chronique, les traitements actuellement disponibles n'offrent que très rarement une résolution complète des symptômes (Pina et al., 2017 ; Turk et al., 2011). Grâce entre autres à la reconnaissance croissante de la gestion de douleur en tant que droit humain et au consensus quant aux avantages des soins centrés sur le patient, les chercheurs dans le domaine de la douleur accordent de plus en plus d'importance aux facteurs psychosociaux qui influencent l'expérience de la douleur du point de vue des patients (Brennan et al., 2007 ; Schopflocher et al., 2011). Un développement important de cet axe de recherche consiste à considérer la qualité de la relation soignant-soigné et son apport dans le vécu des individus aux prises avec une douleur chronique.

## La douleur

La douleur est une expérience subjective influencée par plusieurs facteurs (Gatchel et al., 2007 ; Miaskowski et al., 2020). Outre la sensation physique, la douleur entraîne des manifestations psychologiques et émotionnelles considérables. Quand l'expérience de la douleur perdure dans le temps, la qualité de vie de la personne, sa santé globale et son niveau de fonctionnement sont également affectés négativement (Turk et al., 2011 ; Vartiainen et al., 2016).

### ***La définition de la douleur chronique***

La douleur est définie par l'*International Association for the Study of Pain* comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire réel ou potentiel, ou décrite en termes de tels dommages » (Raja, Carr, Cohen et al., 2020). Plus particulièrement en ce qui a trait à la douleur chronique, elle est définie comme une douleur qui perdure depuis plus de trois mois et qui est dépourvue de son rôle protecteur et adaptatif (Linton et al., 2018 ; Linton & Shaw, 2011 ; Lumley et al., 2011). La plus récente définition de la douleur chronique souligne également que « la douleur est toujours une expérience personnelle influencée à des degrés divers par des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux » (Raja et al., 2020, p. 1977). Antérieurement considérée comme le résultat d'une maladie ou d'une blessure quelconque, les experts conceptualisent désormais la douleur chronique comme une maladie en soi, un point de vue qui favorise la mobilisation dans le but d'optimiser son soulagement (Gatchel et al., 2014).

### ***Les composantes de la douleur***

Historiquement, la douleur a été conceptualisée comme une expérience strictement sensorielle, le résultat unique de processus physiologiques (Mardian et al., 2020). Cependant, l'aspect sensoriel de la douleur ne fournit pas un portrait complet des processus qui sous-tendent le phénomène complexe qu'est la douleur (Bevers et al., 2016 ; Melzack & Casey, 1968). Ainsi, la douleur est désormais conceptualisée comme une expérience multidimensionnelle, le produit de plusieurs processus dynamiques survenant dans le corps, l'esprit et l'environnement de l'individu qui y fait face. Par conséquent, outre son aspect sensoriel, il est maintenant bien établi que la douleur comporte également une dimension motivo-affective et une dimension cognitivo-comportementale (Baliki & Apkarian, 2015 ; Gatchel & Turk, 1996 ; Huang et al., 2020). Plus

précisément, la composante motivo-affective de la douleur réfère à la nature désagréable de l'expérience, laquelle incite la mobilisation de l'individu en vue de mettre fin à la douleur (Gatchel & Turk, 1996). La dimension cognitivo-comportementale réfère quant à elle aux pensées et aux comportements qui se manifestent et qui contribuent à teinter l'expérience de la douleur (Gatchel & Turk, 1996). Ces trois dimensions interagissent d'une manière dynamique pour donner lieu au phénomène de la douleur.

### **Le modèle biopsychosocial**

Il est pratique courante pour les experts dans le domaine de la douleur d'avoir recours à une approche biopsychosociale afin de conceptualiser l'expérience de la douleur chronique dans toute sa complexité (Bervers et al., 2016). En effet, la progression dans la conceptualisation de la douleur traduit l'évolution d'une compréhension strictement biomédicale vers une compréhension biopsychosociale de la maladie (Farre & Rapley, 2017 ; Gatchel & Turk, 1996). Le modèle biomédical argumente que les symptômes vécus par le patient souffrant de douleur sont la conséquence d'un état pathologique spécifique qui empêche le corps de maintenir la santé, ce qui peut être confirmé par des évaluations diagnostiques objectives (Gatchel & Turk, 1996). Cependant, la recherche démontre que des explications uniquement physiologiques ne parviennent pas à expliquer avec justesse la présence de douleur. D'ailleurs, il est intéressant de constater que la recherche suggère que les pathologies physiques et la douleur ressentie ne sont que *modérément* liées (Bedson & Croft, 2008 ; Waddell et al., 1984). Effectivement, il a été démontré que les facteurs psychosociaux auraient eux aussi un rôle à jouer dans l'étiologie, la pathophysiologie et le traitement de nombreuses maladies chroniques (Bervers et al., 2016).

L'incapacité du modèle biomédical à expliquer avec justesse l'expérience de la douleur a incité la considération des autres facteurs potentiellement impliqués (Turk et al., 2016). Le

modèle biopsychosocial prend en compte ces facteurs et propose que la maladie résulte d'une interaction complexe des dimensions biologiques, psychologiques et sociales (Turk & Adams, 2016). Ainsi, selon cette perspective, les différentes manifestations de la douleur (p. ex. : son intensité, sa durée et ses conséquences) résultent non seulement de l'état biologique, mais également de l'état psychologique et du contexte socioculturel de la personne concernée (Gatchel et al., 2014 ; Meints & Edwards, 2018). À différents moments au cours de l'évolution de la maladie, la pondération du rôle de ces facteurs dans l'expression de la douleur peut changer (Lumley et al., 2011). Par exemple, pendant la phase aiguë d'une douleur, les facteurs biologiques peuvent prédominer, mais au fil du temps, le rôle des variables psychologiques et sociales peut devenir disproportionné et ainsi moduler significativement la manifestation des symptômes. De plus, le modèle suggère que des facteurs psychologiques et sociaux, indépendants des facteurs biologiques, peuvent être communs à plusieurs conditions physiques (Gatchel & Turk, 1996). Cela implique que les patients qui souffrent de douleur chronique partagent certaines caractéristiques comportementales, psychologiques et sociales, et ce, peu importe la cause physiologique de leur condition.

### ***Les conséquences de la douleur***

En parallèle aux nombreux facteurs qui peuvent influencer la présentation de la douleur, la douleur elle-même exerce une grande influence sur plusieurs aspects de la vie de l'individu qui en souffre. En effet, il est abondamment démontré que la douleur chronique influence, entre autres, la santé physique globale, la santé mentale, les relations avec les proches, le choix des activités, le statut financier et finalement la qualité de vie (Cano et al., 2018 ; Dworkin et al., 2005 ; Gerrits et al., 2014 ; Turk et al., 2008).

L'un des domaines de vie les plus significativement affectés par la douleur chronique est

le bien-être émotionnel (Burri et al., 2015 ; Fillingim et al., 2016 ; Stubbs et al., 2017 ; Turk et al., 2008). Plus précisément, les individus souffrant de douleur chronique rapportent de la détresse en lien à leur condition, de même que des difficultés liées à l'accès à des soins médicaux appropriés et de la stigmatisation à leur égard de la part des professionnels de la santé et de leurs proches (Crowe et al., 2017 ; Driscoll et al., 2018). Pour cette raison, les chercheurs recommandent que les cliniciens considèrent l'état psychologique des patients aux prises avec une douleur chronique afin de favoriser l'efficacité des traitements destinés au soulagement et à la gestion de leur condition (Dworkin et al., 2005 ; Fillingim et al., 2016).

### **La détresse psychologique**

L'évaluation systématique des symptômes de détresse psychologique est importante dans l'évaluation globale de la douleur chronique (Hilderink et al., 2012 ; Owen et al., 2018). Dominick, Blyth, et Nicholas (2012) proposent que le taux élevé de comorbidité entre les troubles psychologiques et la douleur chronique soit attribuable au stress additionnel imposé par la gestion de la douleur ainsi qu'aux difficultés psychologiques et aux incapacités physiques qui découlent de la douleur. En effet, il semble que le niveau de stress élevé inhérent à l'expérience de douleur altère la capacité d'un individu à s'adapter à sa condition (Dominick et al., 2012). Par ailleurs, les individus qui souffrent de douleur chronique et de troubles mentaux obtiennent de moins bons résultats suite à leurs traitements comparativement à ceux qui n'ont pas de troubles mentaux comorbides (Dersh et al., 2002 ; Guthrie et al., 2012 ; IsHak et al., 2018). Ces individus présentent un niveau de fonctionnement moindre et répondent moins favorablement à la réhabilitation (Jordan & Okifuji, 2011). À l'inverse, la présence d'une douleur intensifie les symptômes de détresse psychologique, ce qui complique le traitement adéquat de la condition de douleur (de Heer et al., 2018 ; Gatchel & Turk, 1996).

Des études rigoureuses issues de la psychologie de la santé démontrent un lien entre la détresse psychologique et les résultats cliniques (Barry et al., 2020). Ridner (2004) constate que pour qu'il y ait présence de détresse psychologique, un individu doit considérer être incapable de s'adapter à sa situation de manière efficace. Cependant, quand un individu croit que l'adaptation est possible, la résolution de problèmes peut avoir lieu et la détresse est ainsi réduite (Jones & Johnston, 1997). Lorsque les individus sont aux prises avec une détresse psychologique, cela peut se manifester par le passage d'un état émotionnel de base stable à un état anxio-dépressif, caractérisé entre autres par de la démotivation, de l'irritabilité, de l'agressivité et de l'autodépréciation (Massé, 2000 ; Ridner, 2004). Dans le contexte de la douleur chronique, la détresse psychologique se présente principalement sous forme de symptômes de dépression et d'anxiété (Gerrits et al., 2014 ; Mills et al., 2019).

### ***La dépression et la douleur chronique***

Les troubles dépressifs, tels que définis par le DSM-5, comprennent la présence d'une humeur triste ou irritable, accompagnée de changements somatiques et cognitifs qui affectent, de manière significative, la capacité de l'individu à fonctionner (American Psychiatric Association, 2013). Les troubles dépressifs se distinguent entre eux en fonction de leur durée, de leur sévérité et de leur étiologie. Il importe toutefois de souligner que la présentation clinique de la douleur chronique se traduit souvent par la présence de manifestations qui figurent également parmi les critères diagnostiques d'un trouble dépressif (p. ex. : symptômes somatiques, altération du sommeil, difficultés de concentration), ce qui pose un défi de taille lors de l'évaluation clinique de cette population (Knaster et al., 2016)).

Une étude menée par Miller et Cano (2009) a démontré que 35 % des individus souffrant de douleur chronique présentaient les critères diagnostiques d'une dépression (Miller & Cano,



2009). La prévalence de la dépression en présence de douleur chronique varie toutefois en fonction des écrits, allant de 18 % dans des contextes communautaires à 85 % dans des contextes de soins tertiaires (De Jong et al., 2017 ; Yang et al., 2016). Dans tous les cas, les recherches démontrent que la cooccurrence de la douleur chronique et de la dépression entraîne des effets néfastes sur la qualité de vie des personnes aux prises avec cette condition, de même que sur l'efficacité des traitements qui leur sont proposés (IsHak et al., 2018 ; Sullivan et al., 2008). Les recherches révèlent également que les personnes qui reçoivent un diagnostic de dépression, même lorsqu'elles sont rétablies, sont plus à risque de souffrir de douleur chronique (de Heer et al., 2014). À l'inverse, des études suggèrent que les personnes souffrant de douleur chronique soient aussi plus à risque de développer une dépression (Cîmpean & Matu, 2018 ; Koechlin et al., 2018 ; Miller-Matero et al., 2017 ; Mills et al., 2019). La douleur chronique est donc un facteur de stress persistant qui semble amplifier l'affect négatif des personnes qui en souffrent et qui entrave leur capacité à réguler de façon adaptée leurs émotions (Koechlin et al., 2018 ; Vos et al., 2012).

Il y a lieu de croire que la dépression exacerbe l'expérience de la douleur (IsHak et al., 2018 ; Tsai et al., 2005). La dépression prédit une augmentation de l'intensité de la douleur perçue et une diminution du fonctionnement chez les patients souffrant de douleur chronique (Boersma & Linton, 2005 ; Katon, 2003 ; Nassar et al., 2019 ; Rayner et al., 2016 ; Velly et al., 2011), ce qui est associé à une augmentation des visites médicales (Azevedo et al., 2012 ; Himelhoch et al., 2004 ; Jaracz et al., 2016 ; Newman et al., 2018). Par exemple, une étude menée par Velly et ses collègues (2011) démontre que la dépression contribue à la progression des troubles de l'articulation temporo-mandibulaire ainsi que du niveau de dysfonctionnement et de l'intensité de la douleur rapportés par les personnes qui présentent cette condition (Velly et al., 2011). Les chercheurs ont démontré que la sévérité de la dépression des participants, telle

qu'évaluée par l'Inventaire de dépression de Beck, était positivement corrélée à leur niveau de limitations fonctionnelles (Velly et al., 2011).

Somme toute, il semble juste de dire que la présence de symptômes de dépression teinte l'expérience de la douleur chronique, diminuant ainsi les capacités d'adaptation et le fonctionnement des individus qui en souffrent (Jaracz et al., 2016 ; Tsai et al., 2005). La dépression constitue donc un résultat clinique important à considérer dans l'évaluation et dans le traitement des patients souffrant de douleur chronique (Hysing et al., 2017 ; Lee et al., 2018).

### ***L'anxiété et la douleur chronique***

Fortement comorbide avec la dépression, l'anxiété est un autre trouble psychiatrique souvent associé à la douleur chronique (Lerman et al., 2015). L'anxiété se manifeste généralement par des symptômes physiologiques (p. ex. : palpitations cardiaques, vertiges) et des symptômes cognitifs (p. ex. : inquiétudes, vigilance) dans un contexte donné (p. ex. : situation sociale perçue comme menaçante) (American Psychiatric Association, 2013). Conceptuellement, l'anxiété est définie comme un état orienté vers le futur dans lequel la personne est prête à faire face ou à tenter de faire face aux événements négatifs à venir (American Psychiatric Association, 2013). Dans de nombreux cas, la personne anxieuse ne peut pas lier ce sentiment de danger à une menace réelle. L'anxiété se distingue donc de la peur, laquelle est orientée vers le présent et liée à une menace identifiable pouvant être évitée ou confrontée (American Psychiatric Association, 2013). Il existe des processus cognitifs, comportementaux et interpersonnels qui sont communs à tous les troubles anxieux. Toutefois, le contenu des pensées, le type de comportements et les situations interpersonnelles en lien avec les manifestations anxieuses permettent de distinguer les troubles anxieux entre eux (Jordan & Okifuji, 2011).

Bien que l'anxiété ait moins été étudiée que la dépression dans le contexte de la douleur chronique, les recherches existantes révèlent des niveaux élevés d'anxiété chez les personnes aux prises avec une douleur chronique, avec des taux atteignant 60 % dans certaines études (Arnold et al., 2008 ; Bilevicius et al., 2020 ; McWilliams et al., 2003). Entre autres, les données provenant d'une étude menée par Knaster, Karlsson, Eslander, et Kalso (2012) indiquent qu'en comparaison à la population générale, la prévalence des troubles anxieux était sept fois plus élevée au sein d'un échantillon d'individus souffrant de douleur arthritique chronique. Les auteurs soulignent que tous les types de troubles anxieux étaient représentés dans leur échantillon et que dans 77 % des cas, ils précédaient l'apparition de la douleur (Knaster et al., 2012). Ces résultats se joignent à ceux du *US National Comorbidity Survey Part II* qui rapportent que la prévalence des troubles anxieux est de 35 % chez les individus ayant une douleur arthritique chronique, comparativement à 17 % dans la population générale (McWilliams et al., 2003). Plus récemment, une étude menée par Hong et ses collègues (2014) confirme que le taux d'anxiété est significativement plus élevé dans une population souffrant de lombalgie chronique, comparativement aux individus en santé (Hong et al., 2014). Le taux élevé de troubles anxieux chez les individus aux prises avec une douleur chronique peut s'expliquer au moins en partie par le partage de processus cognitifs et comportementaux apparentés (Sareen et al., 2005). Effectivement, les chercheurs ont mis en évidence des facteurs communs de prédisposition à la douleur chronique et à l'anxiété ainsi que des facteurs d'entretien mutuel par l'entremise desquels la douleur et l'anxiété s'exacerbent mutuellement (Asmundson & Katz, 2009 ; Csupak et al., 2018 ; Sharp & Harvey, 2001).

Au-delà de sa prévalence, il importe de souligner que l'anxiété teinte significativement l'expérience de la douleur chronique. Comme dans le cas de la dépression, il a été démontré que la douleur chronique et l'anxiété entretiennent une relation bidirectionnelle (Bruffaerts et al.,

2015 ; de Heer et al., 2014). Une étude menée par Kroenke et ses collègues (2013) auprès d'un échantillon de 250 patients souffrant de douleur musculo-squelettique chronique a démontré que près de la moitié (45 %) de ces patients présentaient les critères diagnostiques d'un ou de plusieurs troubles anxieux (Kroenke et al., 2013). Les patients qui ont rapporté des taux d'anxiété cliniquement significatifs ont aussi rapporté une qualité de vie moindre et une diminution de leur fonctionnement quotidien (Kroenke et al., 2013). Vowles et ses collègues (2004) ont quant à eux exploré la relation entre l'anxiété associée à la douleur et les caractéristiques de la douleur chronique dans un échantillon de 76 personnes souffrant de lombalgie chronique (Vowles et al., 2004). Les chercheurs ont démontré que la sous-échelle cognitive de l'échelle *Pain Anxiety Symptom Scale* permettait de prédire diverses dimensions de l'expérience de douleur, y compris (1) la détresse affective ; (2) le manque de contrôle perçu ; et (3) l'intensité de la douleur. En outre, Edwards, Augustson, et Fillingim (2003) ont démontré, à l'aide d'un échantillon de 74 individus atteints de douleur chronique, qu'un niveau élevé d'anxiété était corrélé positivement à une douleur d'intensité élevée, ainsi qu'à une moindre amélioration post-traitement, en comparaison aux personnes atteintes de douleur chronique présentant un niveau d'anxiété moindre (Edwards et al., 2003). Bien qu'il ne s'agisse pas de relations causales, ces études démontrent que l'anxiété est liée aux aspects sensoriels, émotionnels et comportementaux de la douleur chronique.

Quoique les troubles anxieux soient fréquents chez les personnes aux prises avec une douleur chronique, ceux-ci demeurent souvent non diagnostiqués et non traités (Sihvo et al., 2006). Pourtant, la présence de ce type de problématique psychologique complique le traitement de la douleur, ce pour quoi il importe d'en faire l'évaluation et le traitement. Considérés dans leur ensemble, les écrits scientifiques laissent entendre que les symptômes d'anxiété sont importants à

considérer à titre de résultat clinique dans le contexte de la douleur chronique (Edwards et al., 2003 ; Hysing et al., 2017 ; Turk et al., 2008).

Tout compte fait, la détresse psychologique vécue par les individus aux prises avec une douleur chronique se manifeste fréquemment sous forme de symptômes de dépression et d'anxiété (Gerrits et al., 2014). Elle interfère dans le processus d'adaptation, ce qui contribue à exacerber l'expérience de douleur. Des recherches récentes illustrent toutefois le rôle important que peuvent avoir les professionnels de la santé dans l'atténuation des défis entourant la maladie chronique, dont la détresse psychologique. Notamment, la façon dont les professionnels de la santé interagissent avec leurs patients apparaît être un élément important à considérer (Blasi et al., 2001).

### **Les soins centrés sur le patient**

Historiquement, la relation médecin-patient a été caractérisée par un professionnel contrôlant et de nature paternaliste ne prenant pas en compte les préférences de ses patients (Bervers et al., 2016 ; Robinson et al., 2008 ; Teutsch, 2003). Depuis, cette relation particulière a évolué afin de laisser place à une approche davantage centrée sur le patient. Stewart et ses collègues (2000) définissent les soins axés sur le patient comme l'établissement d'une relation soignant-soigné dans le cadre de laquelle le contexte psychosocial et l'expérience de la maladie du patient doivent nécessairement être considérés afin d'assurer le bien-être de ce dernier (Stewart et al., 2000). Les composantes primaires de l'approche centrée sur le patient incluent la communication de l'empathie envers les patients et l'autonomisation des patients dans le but d'augmenter leur participation active dans le processus médical (Håkansson Eklund et al., 2019 ; Tait, 2008). La communication centrée sur le patient englobe quatre concepts clés, tous liés à la communication du médecin avec le patient dans le cadre de l'interaction clinique : (1) susciter et

valider les préoccupations du patient ; (2) comprendre le contexte psychosocial de l'interaction ; (3) adopter une compréhension commune d'un problème de santé et de son traitement conformément aux valeurs du patient ; et (4) maintenir une répartition égale du pouvoir concernant la prise de décision médicale (Epstein et al., 2005 ; Epstein et al., 2006 ; Paul-Savoie et al., 2018). Les caractéristiques propres aux professionnels traitants ainsi que la perception des patients jouent un rôle important et dynamique dans l'établissement de la relation soignant-soigné. Une revue de la littérature souligne d'ailleurs que les patients souhaitent ardemment que leurs médecins leur offrent compréhension, respect et empathie (Bastemeijer et al., 2017 ; Schattner et al., 2004).

Plus spécifiquement en termes de résultats cliniques, la recherche démontre que les soins axés sur le patient sont, entre autres, liés à une satisfaction accrue face au traitement, une amélioration de l'état affectif et une diminution des préoccupations entretenues par les patients souffrant de douleur chronique dans le contexte de soins primaires (Jiang, 2017 ; Matthias et al., 2010). Par conséquent, une telle approche semble améliorer l'expérience globale des patients aux prises avec une problématique de santé qui les amène à devoir composer avec le système de santé sur une base régulière.

La portée des soins axés sur le patient est particulièrement importante à considérer dans le contexte de la douleur chronique, où une proportion considérable de patients rapporte se sentir non respectée, voir même invalidée par leurs professionnels traitants (Driscoll et al., 2018 ; Kool et al., 2009 ; Upshur et al., 2006). Ces expériences peuvent, entre autres, s'expliquer par un manque de formation sur la douleur chronique. En effet, une étude réalisée en 2001 rapporte que 30 % des médecins généralistes n'ont pas reçu d'enseignement en gestion de la douleur pendant leur formation médicale, lors de leur résidence ou dans le cadre de leur formation continue

(Egnew & Wilson, 2009 ; Green et al., 2001 ; Loeser & Schatman, 2017). De plus, 81,5 % des médecins généralistes décrivent leur formation en douleur chronique comme « inadéquate » (Upshur et al., 2006). Par ailleurs, plusieurs médecins qui travaillent avec des patients souffrants de douleur chronique décrivent leurs interactions avec eux comme un travail « ingrat et frustrant » (Matthias et al., 2010, p. 1692). Qui plus est, lorsque Yanni et ses collègues (2010) ont demandé à un échantillon de résidents de décrire les patients souffrant de douleur chronique, le tiers des qualificatifs soulevés comportait des termes péjoratifs tels que « paresseux » et « manipulateur » (Yanni et al., 2010, p. 265).

Par conséquent, les patients souffrant de douleur chronique constituent une population particulièrement vulnérable étant donné, entre autres, l'incompréhension des médecins quant à l'expérience de cette maladie (Green et al., 2001 ; Loeser & Schatman, 2017). Le manque de compréhension quant aux particularités de cette condition de santé, dont son étiologie incertaine ainsi que l'invisibilité des symptômes qui s'y rattachent, pourrait même mener à la stigmatisation de cette population (Crowe et al., 2017 ; De Ruddere & Craig, 2016 ; Lévesque-Lacasse & Cormier, 2020). Étant donné ces lacunes, il apparaît particulièrement important que les professionnels de la santé aient recours à un cadre de soins centré sur le patient en établissant une relation soignant-soigné de qualité.

### ***La relation soignant-soigné***

La relation soignant-soigné est une partie intégrante des soins axés sur le patient (Kitson et al., 2013) et elle joue un rôle particulièrement important dans l'expérience de la douleur (Blasi et al., 2001 ; Náfrádi et al., 2018). Les interactions entre les médecins et les patients sont souvent caractérisées par des luttes de pouvoir (Eggly & Tzelepis, 2001 ; Kristiansson et al., 2011 ; Rocque & Leanza, 2015). Plus particulièrement en contexte de douleur, il est démontré que les

problèmes de communication au sein de cette relation persistent souvent, voir même augmentent, avec la durée de la douleur (Gulbrandsen et al., 2010). Pourtant, de bonnes relations entre soignants-soignés sont fondamentales pour de meilleurs résultats de santé (Chandra et al., 2018 ; Larson & Yao, 2005 ; Zwack & Schweitzer, 2013). L'établissement d'une relation interpersonnelle significative avec le patient dépend de la compréhension des états cognitifs et affectifs de ce dernier (Howick et al., 2018 ; Neumann et al., 2009). Dans ce contexte, l'empathie semble être un élément crucial dans l'établissement d'une relation soignant-soigné de qualité.

## **L'empathie**

Le mot « empathie » provient du mot grec, « *empathia* », qui réfère à une appréciation des sentiments d'autrui (Hojat, 2007 ; Wispé, 1986). La conceptualisation de l'empathie a abondamment été considérée dans le contexte thérapeutique (Keefe, 1976). En effet, selon certains chercheurs, la communication de l'empathie est l'une des interventions les plus thérapeutiques et sa présence est nécessaire pour favoriser un véritable rétablissement (Hojat, 2007 ; Howick et al., 2018). Certains chercheurs considèrent l'empathie comme une façon d'être dite chaleureuse, rassurante et amicale (Larson & Yao, 2005). En réponse à l'hétérogénéité et à la complexité des définitions du concept d'empathie, les chercheurs se sont concentrés sur l'étude de ses différentes composantes (Bylund & Makoul, 2002).

### ***Les composantes de l'empathie***

Dans leur analyse du concept d'empathie en milieux cliniques, Morse et ses collaborateurs (1992) ont identifié quatre composantes de l'empathie : 1) une composante morale, 2) une composante émotive, 3) une composante cognitive et 4) une composante comportementale. La *composante morale* de l'empathie est souvent considérée comme une condition préalable aux trois autres composantes (Morse et al., 1992 ; Suchman et al., 1997). Elle



réfère à la motivation intrinsèque et altruiste à faire preuve d'acceptation inconditionnelle au sein de ses propres relations (Morse et al., 1992). Cette composante correspond bien à l'approche thérapeutique centrée sur la personne de Carl Rogers, dans laquelle le regard positif inconditionnel ainsi que l'empathie du thérapeute sont considérés comme « nécessaires et suffisants » pour amener un changement thérapeutique (Rogers, 1957, p. 95). Dans le contexte médical, la composante morale renvoie au besoin qu'éprouve le patient à ressentir de la compassion de la part de son professionnel traitant (Lindon, 2007). Par ailleurs, la *composante émotionnelle* de l'empathie réfère à la capacité à percevoir et à partager les sentiments et les émotions d'autrui (Morse et al., 1992). Bon nombre de chercheurs considèrent le partage du vécu affectif comme un aspect fondamental de l'empathie (Suchman et al., 1997). Cependant, certains soutiennent plutôt l'idée controversée selon laquelle il est possible de faire preuve d'empathie sans partager l'émotion de l'autre, suggérant ainsi que les composantes cognitives et comportementales sont suffisantes pour qu'une interaction soit considérée comme empathique (Hojat et al., 2002). La *composante cognitive* de l'empathie comprend quant à elle la capacité à identifier et à comprendre intellectuellement les sentiments de l'autre (Morse et al., 1992). Cette dimension comprend la capacité à reconnaître et à décrire les émotions ressenties par autrui (Lindon, 2007). Elle diffère donc de la composante émotionnelle puisqu'elle implique la capacité à comprendre objectivement la perspective de l'autre. Finalement, la *composante comportementale* de l'empathie réfère à la capacité à transmettre sa compréhension de la perspective ou de l'état émotionnel de l'autre personne par des moyens verbaux et non verbaux (Lindon, 2007). Selon Morse et ses collègues (1992), la composante comportementale de l'empathie est souvent associée aux compétences en communication, ce qui explique que la compréhension empathique peut varier en profondeur et en précision. Par conséquent, c'est souvent par l'entremise de cette composante qu'il est possible d'observer et d'évaluer l'empathie

dont fait preuve un individu (Lindon, 2007). De façon plus spécifique au contexte des soins de santé, l'empathie relationnelle a notamment été définie comme la capacité d'un médecin à comprendre l'expérience de son patient et à fournir des soins thérapeutiques en fonction de l'expérience et des besoins de ce dernier (LaVela et al., 2015 ; Mercer et al., 2005 ; Mercer & Reynolds, 2002 ; Reynolds & Scott, 1999).

### ***L'empathie perçue et l'empathie offerte***

L'empathie doit nécessairement être perçue et ressentie par le patient pour être efficace (Squier, 1990). Une étude menée par Free, Green, Grace, Chernus, et Whitman (1985) a comparé les effets de l'empathie évaluée par trois groupes distincts : des patients, des thérapeutes, et des observateurs (Free et al., 1985). Les résultats révèlent que seule l'empathie perçue par le patient était significativement liée aux résultats cliniques subséquents. De même, une autre étude menée par Kurtz et Grummon (1972) a révélé que l'empathie perçue par les clients des thérapeutes, et non l'empathie auto-rapportée par les thérapeute eux-mêmes, était fortement associée aux résultats thérapeutiques (Kurtz & Grummon, 1972). Dans une étude menée plus récemment, Hojat et ses collègues (2002) ont conclu que les scores de l'empathie offerte par le médecin traitant étaient significativement corrélés aux scores de l'empathie perçue, ce qui indique qu'il existe tout de même un chevauchement entre l'empathie auto-rapportée par le médecin et la perspective du patient quant à l'engagement empathique de ce dernier (Hojat et al., 2002). Plus précisément, les données indiquent que l'empathie auto-rapportée par les médecins prédit environ le quart de la variance des scores d'empathie perçue par les patients (Hojat et al., 2002). Cependant, une étude menée cette fois-ci auprès d'un échantillon plus restreint n'a pas permis de révéler une association significative entre l'empathie perçue et l'empathie offerte (Kane et al., 2007). Plus récemment, une étude réalisée par Hermans et ses collègues (2018) dans le contexte

des soins primaires a d'ailleurs révélé que l'association entre l'empathie évaluée par le médecin et l'empathie perçue par le patient est faible, et que les médecins sous-estiment généralement les niveaux d'empathie perçus par leurs patients (Hermans et al., 2018). Considérées dans leur ensemble, ces données suggèrent qu'il est préférable de miser sur l'empathie telle que perçue par le patient afin de mesurer l'empathie des professionnels traitants.

### ***Le rôle de l'empathie dans le contexte de la santé***

S'appuyant sur les données probantes qui soutiennent le modèle biopsychosocial et les résultats bénéfiques associés aux soins centrés sur le patient, les écrits scientifiques récents ont accordé un intérêt particulier à l'association entre l'empathie du médecin et les résultats cliniques de patients aux prises avec différentes problématiques de santé, notamment le diabète. Une étude corrélationnelle menée par Hojat et ses collègues (2011) auprès d'un échantillon de 891 patients diabétiques a démontré que l'empathie des médecins était associée positivement à divers résultats cliniques (Hojat et al., 2011). Plus précisément, les résultats ont révélé que les patients de médecins ayant des scores élevés d'empathie avaient un meilleur contrôle de leur niveau de glycémie et un meilleur taux de « bon » cholestérol, comparativement aux patients de médecins présentant un faible score d'empathie (Hojat et al., 2011). Les analyses de régression ont également indiqué que l'empathie des médecins contribuait significativement à la prédiction des résultats cliniques, et ce, même après avoir contrôlé pour des variables comme le sexe et l'âge des patients (Hojat et al., 2011). Les chercheurs proposent qu'un niveau plus soutenu d'empathie dans la relation soignant-soigné améliore la compréhension mutuelle et la confiance entre les deux parties, ce qui favorise un partage sans dissimulation, une meilleure harmonisation entre les besoins du patient et le plan de traitement et une amélioration de l'adhérence au traitement (Hojat et al., 2011). En lien avec ces résultats, une étude similaire menée par Del Canale et ses collègues

(2012) auprès de 284 298 patients en soins primaires et leurs 242 médecins a démontré une corrélation entre l'empathie évaluée par le médecin et les résultats cliniques de patients diabétiques (Del Canale et al., 2012). L'étude a plus précisément permis de constater que les patients de médecins ayant un score d'empathie auto-rapporté élevé avaient un taux significativement plus faible de complications métaboliques aiguës que les patients de médecins ayant des scores d'empathie faibles à modérés (Del Canale et al., 2012).

Plus récemment, une méta-analyse publiée par Howick et ses collègues (2018) a exploré les effets de l'empathie sur les conditions de santé (Howick et al., 2018). Les auteurs ont constaté que la communication empathique des médecins lors des consultations médicales était systématiquement liée à une réduction de la douleur et de l'anxiété des patients (Howick et al., 2018). Certains éléments indiquent que les messages positifs augmentent également la satisfaction des patients (Howick et al., 2018). Parmi les études compilées dans la méta-analyse de Howick et ses collègues (2018) figure une étude contrôlée randomisée menée auprès de 16 médecins et 190 patients par Little et ses collègues (2015). Dans le cadre de cette étude, les médecins participants étaient formés à la communication empathique non verbale, ou encore ils faisaient partie du groupe contrôle (Little et al., 2015). Il a été possible de constater que les médecins ayant reçu la formation étaient plus susceptibles de recevoir des évaluations élevées de satisfaction de la part de leurs patients et ces derniers rapportaient également une plus grande amélioration de leur détresse. Par conséquent, les écrits scientifiques suggèrent que la perception d'empathie de la part des professionnels traitants serait étroitement liée à la satisfaction des patients à l'égard des soins reçus.

### ***L'empathie et la satisfaction dans le contexte de la santé***

Alors que la recherche sur les mécanismes qui sous-tendent l'efficacité de la

communication soignant-soigné a augmenté ces dernières années, il existe une pénurie de recherches sur les processus qui sous-tendent l'association entre l'empathie perçue et la santé psychologique, en particulier dans le contexte de la douleur chronique (Jiang, 2017). Un facteur qui peut potentiellement élucider le mécanisme responsable de l'association entre l'empathie du professionnel traitant et la détresse psychologique du patient est la satisfaction éprouvée par ce dernier. La satisfaction du patient est généralement définie comme le résultat d'une comparaison entre l'expérience de soins de santé d'un individu et une norme subjective, laquelle comprend à la fois des processus émotionnels et cognitifs (Baker, 1997 ; Batbaatar et al., 2017). Ainsi, la perspective biopsychosociale postule que les humains ne font pas l'expérience passive de leur environnement, mais qu'ils interagissent plutôt de manière dynamique avec celui-ci. L'exploration de la satisfaction du patient en tant que variable médiatrice postule que l'environnement doit satisfaire les besoins et les attentes du patient afin d'influencer positivement son monde intérieur. La satisfaction est l'une des dimensions les plus importantes de l'expérience médicale et est considérée comme l'un des principaux objectifs des soins de santé (Graham, 2016 ; Thompson & Sunol, 1995).

Les recherches sur les prédicteurs de la satisfaction des patients se sont penchées sur divers facteurs étroitement liés à l'approche centrée sur le patient, dont l'empathie du professionnel traitant. Dans le contexte de la douleur chronique, les participants ayant pris part à l'étude de Gruß et ses collègues (2020) ont rapporté que les comportements suivants, lorsqu'adoptés par le médecin, étaient associés à une plus grande satisfaction à l'égard des soins reçus : (1) écouter le patient, (2) maintenir la communication avec le patient, (3) offrir des soins complets pour la douleur, (4) fournir une évaluation honnête des soins envisageables pour la douleur, et (5) prendre son temps lors des consultations individuelles (Gruß et al., 2020). Dans le

cadre de cette étude, il est intéressant de noter que les participants ont fait état de niveaux de satisfaction plus élevés pour les traitements reçus en contexte de soins primaires, en comparaison à ceux reçus en contexte de soins tertiaires. Les auteurs ont interprété ces résultats comme suggérant que la satisfaction à l'égard des soins peut exister sans nécessairement soulager la douleur (Gruß et al., 2020). En parallèle, Walsh et ses collègues (2019) ont récemment démontré une association entre l'empathie perçue et la satisfaction à l'égard du traitement dans le contexte de la douleur chronique. Cette étude s'appuie sur des constatations antérieures établissant un lien entre l'empathie des médecins et la satisfaction des patients présentant d'autres problématiques de santé (Walsh et al., 2019). Par exemple, une étude effectuée par Hojat et ses collaborateurs (2011) a révélé une corrélation positive très forte ( $r = .93$ ) entre la satisfaction des patients issus de la population générale et leur perception de l'empathie manifestée par leurs médecins (Hojat et al., 2011). Une étude plus récente menée par Wang et ses collègues (2018) a quant à elle révélé une association modeste entre l'empathie perçue chez les médecins et la satisfaction éprouvée par les patients pris en charge à l'urgence (Wang et al., 2018).

Au-delà de ces résultats, les recherches sur la satisfaction se sont également intéressées à l'association entre ce concept et divers résultats cliniques (Graham, 2016). Dans une étude axée sur les niveaux de satisfaction constatés dans les services de soins de santé primaires, Kavalnienė et ses collègues (2018) ont révélé des corrélations négatives modérées entre la satisfaction, et l'anxiété et la dépression au sein d'un échantillon de patients souffrant de maladies chroniques (Kavalnienė et al., 2018). Une étude menée par Wong et ses collègues (2015) à l'aide d'un échantillon d'adultes souffrant de douleur chronique a révélé qu'après avoir contrôlé l'effet des variables sociodémographiques et des caractéristiques de la douleur, la satisfaction à l'égard du traitement permettait d'expliquer 13 % de la variance d'un modèle de qualité de vie psychologique (Wong et al., 2015). Ainsi, la qualité de vie psychologique s'est avérée être

étroitement liée à la satisfaction à l'égard des traitements reçus en lien à une problématique de douleur chronique.

Dans l'ensemble, ces recherches suggèrent que l'empathie des professionnels traitants joue un rôle important dans les résultats cliniques des patients aux prises avec des conditions de santé chroniques. En effet, les études démontrent que les soins médicaux offerts de façon empathique sont associés à de meilleurs résultats cliniques, possiblement parce que les patients de professionnels empathiques sont plus satisfaits des traitements reçus (Hojat et al., 2011 ; Howick et al., 2018 ; Kim et al., 2004 ; Menendez et al., 2015 ; Pollak et al., 2011). Cependant, les recherches portant sur la relation entre l'empathie du professionnel traitant, la satisfaction à l'égard des soins reçus et l'état psychologique du patient aux prises avec une douleur chronique se font rares et les données disponibles sur le sujet ne permettent pas d'approfondir la compréhension des mécanismes qui sous-tendent une telle association.

L'étude de modèles offrant un aperçu des processus complexes qui sous-tendent la relation entre l'empathie perçue chez les médecins et l'état psychologique des patients est particulièrement important en contexte clinique. Dans le cadre d'expériences complexes comme la douleur, l'identification des facteurs d'influence permet aux chercheurs de mieux comprendre les concepts associés et aux cliniciens d'élaborer plus facilement des traitements sur mesure. D'ailleurs, dans le but de favoriser le développement de modèles théoriques nuancés, Street (2013) affirme que l'effet de la communication sur la santé s'explique souvent par des variables médiatrices ou par des processus indirects (Street, 2013). Ce dernier souligne par le fait même que les chercheurs ont avantage à modéliser les mécanismes par l'entremise desquels ces variables d'intérêt parviennent à influencer un résultat quelconque (Street, 2013). De telles études pourraient éventuellement permettre l'élaboration d'interventions ciblées et efficaces destinées à

améliorer la santé psychologique des individus aux prises avec une douleur chronique.

### **La pertinence de l'essai doctoral**

Les patients souffrant de douleur chronique présentent des expériences uniques qui diffèrent considérablement de l'expérience des individus vivant avec d'autres problématiques de santé chroniques. L'invisibilité des symptômes, la détresse psychologique, les incapacités fonctionnelles et la stigmatisation associée à la douleur chronique créent un contexte dans lequel les patients aux prises avec cette condition pourraient bénéficier de soins médicaux empathiques. Bien que la recherche dans d'autres contextes médicaux ait démontré le lien étroit entre l'empathie des professionnels traitants et une variété de résultats cliniques, très peu d'études ont été effectuées auprès de patients souffrant de douleur chronique. Ainsi, les mécanismes qui sous-tendent l'association entre les soins centrés sur le patient, en particulier l'empathie, et les résultats cliniques dans le contexte de la douleur chronique demeurent méconnus. Étant donné l'ampleur de la détresse psychologique associée à l'expérience de la douleur chronique et son influence sur l'efficacité des traitements, il semble crucial d'explorer l'association entre l'empathie perçue chez les professionnels traitants et la santé mentale de cette population.

### **Les objectifs et les questions de recherche**

L'objectif primaire de cet essai doctoral consiste donc à explorer la relation entre la perception de l'empathie provenant des médecins et la détresse psychologique des patients aux prises avec une douleur chronique. L'objectif secondaire consiste à déterminer l'apport de la satisfaction face aux traitements reçus dans l'association entre l'empathie perçue et la détresse psychologique. Afin d'atteindre ces objectifs, les questions de recherche suivantes seront explorées à l'aide d'un échantillon communautaire de personnes souffrant de douleur chronique :

1. Quels seront les niveaux d'empathie provenant des médecins, tels que perçus par les



personnes souffrant de douleur chronique ?

2. Est-ce qu'il existe une association entre l'empathie perçue provenant du médecin et la détresse psychologique (symptômes de dépression et d'anxiété) des patients souffrant de douleur chronique ?
3. Est-ce que la satisfaction face au traitement reçu est une variable médiatrice de l'association entre l'empathie perçue et la détresse psychologique (symptômes de dépression et d'anxiété) ?

Les hypothèses suivantes ont été développées en fonction des écrits scientifiques :

1. Les participants percevront un niveau d'empathie modéré de la part de leur médecin traitant (Bikker et al., 2015 ; Chiapponi et al., 2016 ; Mercer et al., 2008 ; Mercer & Murphy, 2008).
2. Une relation significative et négative sera observée entre l'empathie perçue provenant du professionnel traitant et la détresse psychologique (symptômes de dépression et d'anxiété) des patients souffrant de douleur chronique (Del Canale et al., 2012 ; Neumann et al., 2007). Ainsi, plus le patient percevra son professionnel traitant comme empathique, moins ses symptômes de dépression et d'anxiété seront importants.
3. La satisfaction face au traitement influencera l'association entre l'empathie perçue et l'expérience de la détresse psychologique (symptômes de dépression et d'anxiété) dans le contexte de la douleur chronique (Derksen et al., 2013 ; Hojat et al., 2011 ; Jiang, 2017 ; Menendez et al., 2015 ; van Dulmen & van den Brink-Muinen, 2004 ; van Osch et al., 2017). Ainsi, il est attendu que plus le patient percevra son médecin comme empathique, plus il sera satisfait des soins reçus, et moindre sera sa détresse psychologique.

## CHAPITRE II

### ARTICLE SCIENTIFIQUE

#### **Présentation de l'article**

Le présent article a été soumis à la revue *Patient Education and Counselling*. L'article a été accepté pour publication en septembre 2020. Les coauteures de l'article, Stéphanie Cormier et Catherine Gatien, ont consenti à ce que l'article soit inclus dans le présent essai doctoral et leur accord est documenté à l'Annexe A.

Too A, Gatién C, Cormier S. Treatment satisfaction mediates the association between perceived physician empathy and psychological distress in a community sample of individuals with chronic pain. *Patient Education and Counselling*. 2020 Sep 8 : S0738-3991(20)30479-1.  
doi: 10.1016/j.pec.2020.09.004. Epub ahead of print. PMID: 33059949.

### **Highlights**

- Physician empathy is strongly and positively correlated with patient satisfaction.
- Physician empathy is negatively correlated with depression symptoms.
- Satisfaction mediates the association between empathy and psychological distress.

## Abstract

**Objective:** While the benefits of patient-centered care have been consistently demonstrated in the health literature, there exists a dearth of pathway research within health outcome research, especially within the chronic pain context. This study examined the relationship between perceived physician empathy and patient psychological distress and its underlying mechanism.

**Methods:** A community sample of 259 adults with chronic pain completed online questionnaires measuring patient-perceived physician empathy, treatment satisfaction, depressive and anxiety symptoms. Analyses were conducted using correlational and mediation analyses. **Results:** Results revealed perceived empathy to be positively and strongly correlated with treatment satisfaction ( $r = .72, p < .001$ ). A significant negative correlation was also demonstrated between perceived empathy and depressive symptoms ( $r = -.13, p < .05$ ), but not between perceived empathy and anxious symptoms ( $r = .03, p = .65$ ). Results revealed significant mediation models between perceived empathy and patient depressive symptoms (indirect effect:  $B = -.19, SE = .06, 95\% \text{ CI } [-.31, -.09]$ ) and anxious symptoms (indirect effect:  $B = -.24, SE = .06, 95\% \text{ CI } [-.35, -.14]$ ), via treatment satisfaction as mediator and including covariates. **Conclusion:** Chronic pain patients who perceive greater levels of physician empathy experience fewer depressive and anxious symptoms, as mediated by treatment satisfaction. **Practice implications:** Clinical training and practice should promote empathetic components of health communication within chronic pain treatment.

## **Introduction**

Chronic pain is a subjective, multidimensional experience that affects approximately a third of the global population (Breivik et al., 2006; Steingrimsdóttir et al., 2017; Tsang et al., 2008; van Hecke et al., 2013). When pain becomes chronic, the sufferer's psychological wellbeing and level of functioning are detrimentally impacted (Turk et al., 2011). While the role of both biological and psychological factors in physical health outcomes have been the object of considerable interest by pain researchers, significantly less research has been conducted on the role of social factors despite considerable evidence for the biopsychosocial model (Gatchel et al., 2007). Given that current treatments rarely alleviate all symptoms, social factors should be considered in the optimization of treatment effectiveness.

Elements of the patient-provider therapeutic relationship have been associated with greater patient activation, medication adherence, well-being, and clinical outcomes (Allen et al., 2017; Fuentes et al., 2014; Hojat et al., 2011; Pringle & Fawcett, 2017). Increased focus has been given to the role of physician-patient therapeutic relationship components such as physician empathy within the patient-centered care framework. Patient-centered clinicians create therapeutic relationships with their patients wherein understanding the patient as whole, accounting for the patient's psychosocial context and illness experience, and facilitating the patient's involvement in their medical care are prioritized as a means to promoting patient wellbeing (Epstein et al., 2005; Paul-Savoie et al., 2018). The communication of clinician empathy, an important component of patient-centered care, has been described as having three primary components: understanding patients' cognitive and affective experience and attributed meaning; assuring clinician understanding of patients' internal experiences; and facilitating the patient in meeting their needs (Mercer et al., 2004; Mercer & Reynolds, 2002; Reynolds, 2017).

While most evidence within the chronic illness literature is promising, findings on the association between physician empathy and health outcomes remain inconsistent in the pain literature (Chaitoff et al., 2019; Hojat et al., 2011; Howick et al., 2018; Mead & Bower, 2002; Street, 2013; Street et al., 2009). Street and colleagues (2009) suggest these discrepancies between findings may reflect the lack of integration of conceptual research, specifically research exploring processes underlying the patient-centered communication and health outcomes relationship (Jiang, 2017; Street et al., 2009). Understanding the role of indirect pathways, theoretical models in which mediating factors influence relationships, is particularly important to the development of treatment protocols that account for patient experiences (Street et al., 2009). By exploring the role of mediating factors, clinicians can more effectively target influential factors within the treatment process.

In recent years, researchers have increasingly explored the role of patient satisfaction as a mitigating factor in the relationship between patient-centered communication and health outcomes with promising results (Derksen et al., 2013; Jiang, 2017; van Osch et al., 2017). Treatment satisfaction has been defined in a multitude of ways within the healthcare literature, however no universal definition has been identified. Definitions commonly describe satisfaction as being the result of affective and cognitive processes, in which the degree of congruency between expectations, needs and lived experience is assessed, resulting in the holistic evaluation of treatment services (Batbaatar et al., 2017).

Given that the biopsychosocial model proposes that interactive processes play a role in creating the pain experience, it is likely that subjective patient psychological factors are active when physician empathy is communicated. The degree to which perceived physician empathy influences a patient's inner world is likely associated with the alignment of the perception of

empathy and the patient's needs and expectations (Cormier et al., 2016). While significant findings and theories provide support for this association, no research has currently explored the role of patient satisfaction in the relationship between physician empathy and psychological distress within the chronic pain context.

Given the psychological consequences of chronic pain (Dersh et al., 2002), it is crucial to explore the association between perceived physician empathy and psychological distress within this population. The overall aim of this study is therefore to shed light on physician empathy, as perceived by individuals with chronic pain, in relation to their global treatment satisfaction and symptoms of depression and anxiety. The following research questions will be addressed in a community sample of patients with chronic pain:

- a) How empathic are physicians perceived by patients?
- b) Is patient-perceived empathy associated with treatment satisfaction, pain characteristics (pain intensity and duration) and patient psychological distress (symptoms of depression and anxiety)?
- c) Does patient treatment satisfaction mediate the association between perceived physician empathy and patient psychological distress (symptoms of depression and anxiety)? Based on previous studies, we hypothesized that participants will report moderate levels of perceived physician empathy (Bikker et al., 2015; Chiapponi et al., 2016; Mercer & Murphy, 2008; Mercer et al., 2008) which will positively correlate with patient treatment satisfaction (Walsh et al., 2019) while negatively correlating with patient psychological distress, pain duration, and pain intensity (Chang et al., 2005; Derksen et al., 2013; Fuentes et al., 2014; Jiang, 2017). Moreover, we hypothesized that treatment

satisfaction will mediate the association between perceived physician empathy and psychological distress (van Osch et al., 2017).

## **Method/Design**

### ***Participants and procedures***

Ethics approval was obtained by the *Comité d'éthique de la recherche* of the *Université du Québec en Outaouais*. This study is part of a larger study exploring the psychosocial experiences of individuals with chronic pain. The participant sample is comprised of 259 francophone adults diagnosed with chronic pain who were under the care of a physician. Participants were recruited through online support group forums for chronic pain related conditions as well as locations likely to be frequented by individuals living with pain (i.e. : physiotherapy clinics, health services, etc.). Information regarding the study as well as an internet link to the study portal were included in the online recruitment publications. Of the 761 individuals who accessed the survey portal, 557 individuals provided their consent for participation. A total of 347 participants met eligibility criteria of the present study (i.e. under the care of a physician), with 264 participants responding to the questionnaires. Five participants were excluded from the final sample for providing incomplete results. Participants who completed the questionnaires were eligible to win one of 10 credit cards worth \$50. A priori G\*power 3.1 calculations revealed a minimum sample size of 153 participants within a multiple regression analysis with 7 predictors in order to detect a medium effect size, using  $\alpha = .05$  and power = .80. (Faul et al., 2007).



## ***Measures***

**Sociodemographic and clinical information.** Sociodemographic and medical consultation information was collected through a self-report measure. Average pain intensity was assessed using a numerical rating scale (NRS) ranging from 0 (no pain) to 10 (worst possible pain), derived from the French version of the Brief Pain Inventory (BPI) (Poundja et al., 2007; Tan et al., 2004).

**Perceived physician empathy.** Physician empathy, as perceived by participants, was measured using the French version of the *Consultation and Relational Empathy* measure (CARE) (Mercer et al., 2004). Various forms of measurement of physician empathy have been described in the healthcare literature including patient and physician-rated levels of empathy, as well as observed measures of empathy. Patient-perceived physician empathy was chosen as a variable, as research suggests that patient perceptions are more strongly related to patient outcomes compared to rater-observed or clinician-rated interactions (Beckett et al., 2009; Free et al., 1985; Hoffstädt et al., 2020).

In the present study, participants were instructed to rate the empathy of the physician in charge of treating their chronic pain condition. The CARE questionnaire measures relational empathy, a physician's ability to understand their patient's experience, and provide therapeutic care in line with such experiences and needs (Mercer et al., 2005; Mercer & Reynolds, 2002; Reynolds & Scott, 1999). Examples of CARE items include: "*How is the doctor at fully understanding your concerns?*" and "*How is the doctor at being positive?*" (Mercer et al., 2008). The scale's 10 items are rated by participants using a 5-point Likert scale ranging from "poor" to "excellent". The overall score is the sum of the ten items, with a total score ranging from 10 to 50. As suggested by Mercer and colleagues (2004), five participants' data containing three or

more “not applicable” responses or missing values were excluded (Mercer et al., 2004). When fewer than three in frequency, individuals’ “not applicable” responses were replaced by the mean of the remaining item scores. This was the case for 24 participants. Within this study, the CARE demonstrated good reliability (Cronbach alpha = .98).

**Treatment satisfaction.** Based on comparable scales used in the pain literature (Bera-Louville et al., 2003; Bourdillon et al., 2012), three questions were developed in order to evaluate the participants’ level of treatment satisfaction with their chronic pain medical consultations. The questions probed participants’ satisfaction with regards to a) their physician, b) the treatment modalities offered by their physician, and c) the level of pain relief experienced. All three items were accompanied with a numerical rating scale ranging from 0 (not at all satisfied) to 10 (completely satisfied). The mean of all three items were calculated to provide a global treatment satisfaction score (henceforth referred to as treatment satisfaction), ranging from 0 to 10, with higher scores indicating a higher level of satisfaction towards treatments received. The treatment satisfaction variable revealed good reliability (Cronbach alpha = .86).

### **Psychological distress**

**Depressive symptoms.** Depressive symptoms were evaluated using the validated French version of the *Center for Epidemiologic Studies - Depression Scale* (CES-D) (Morin et al., 2011). The CES-D was designed to identify depressive symptom severity amongst the general population and individuals seeking health services (Radloff, 1977). Responses to the measure’s 20 items vary from “rarely” (0 points) to “most or all of the time” (3 points). Within this study, the CES-D demonstrated good reliability (Cronbach alpha = .89).

**Anxiety symptoms.** Participants’ symptoms of anxiety were evaluated using the trait scale of the validated French version of the *State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety*

(STICSA) (Ree et al., 2008). The 21-item STICSA is comprised of two subscales, cognitive anxiety and somatic anxiety. Items are rated on a four-point Likert scale, ranging from “almost never” to “almost always”. The STICSA revealed a good level of reliability (Cronbach alpha = .89).

### **Data analyses**

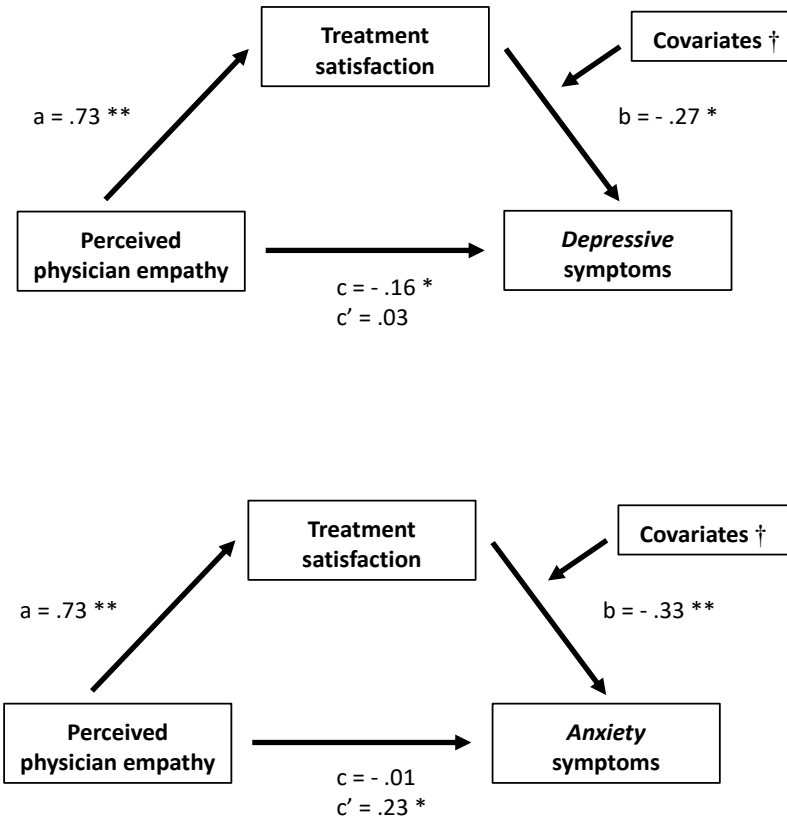
All analyses were conducted using IBM SPSS Statistics (Version 26) (IBM Corp., Armonk, NY, USA). Preliminary analyses were first conducted in order to assess multiple linear regression assumptions for normality, multicollinearity and homoscedasticity. The data set indicated no evidence for multicollinearity and no outliers were present within it. Variables revealed linearity and homoscedasticity, and skewness and kurtosis values were all considered approximately normal (Field, 2018). However, visual inspection of the perceived physician empathy variable revealed that a cluster of participants at the right tail influenced the variable’s skewness and kurtosis but that data otherwise followed a normal curve. Given that regression analyses are considered robust when analyzing non-normally distributed data, the mediational regression analyses were conducted with caution (Hayes & Montoya, 2017).

Descriptive statistics were conducted to determine the level of physician empathy perceived by individuals with chronic pain in the general population. Pearson correlations were performed to determine whether patient-perceived physician empathy is associated with patient treatment satisfaction, symptoms of depression and anxiety, and pain intensity and duration.

Finally, Hayes’ (2012) PROCESS macro (Hayes, 2012) was used to assess two mediation models with covariates to examine the relationship between perceived empathy and psychological distress, with either depressive or anxious symptoms as the dependent variables, via patient treatment satisfaction. Bootstrapping using 5000 samples was utilized within the

analyses, as this is an effective means of detecting mediation (Hayes, 2018). Linear regression analyses were conducted to identify covariates. Based on previous research, sociodemographic and clinical variables were assessed to determine their potential impact on the proposed mediation models (see Figure 1). In order to avoid issues of multicollinearity and promote parsimony, only the most significantly associated category per multi-categorical variable, determined by beta value and smallest  $p$  value, were included as covariates in the mediation models (Sauer et al., 2013). The final mediation models containing covariates, with depression as dependent variable revealed power of .86, while the mediation model with anxiety as dependent variable revealed power of .96, as calculated by MedPower power analyses (Kenny, 2017).

**Figure 1.** The relationship between perceived empathy and psychological distress mediated by treatment satisfaction.



*Note.* Standardized regression coefficients for the relationship between perceived physician empathy and psychological distress as mediated by treatment satisfaction. Path a = The effect of the independent variable (perceived physician empathy) on the mediator variable (treatment satisfaction). Path b = The effect of the mediator variable (treatment satisfaction) on the dependent variables (depressive or anxiety symptoms), controlling for covariates. Path c = The total effect of the independent variable (perceived physician empathy) on the dependent variables (depressive or anxiety symptoms). Path c' = The direct effect of the independent variable (perceived physician empathy) on the dependent variables (depressive or anxiety symptoms), controlling for treatment satisfaction and covariates. †Covariates included in the model were income status (\$65,000 - \$79,999); employment status (unable to work); education (>18 years); consultation frequency ( $\geq 12$  times/ year) and pain intensity.  $*p < .05$ ,  $**p < .001$ .

## **Results**

### ***Descriptive statistics***

Tables 1 to 3 respectively present participants' sociodemographic information, pain characteristics and physician-patient relationship characteristics. Overall, the sample is predominantly female (91.7 %), White (95.8 %), and between the ages of 40 and 60 years of age (56.4 %). The majority of participants described their chronic pain as stemming from a "generalized syndrome" (43.2 %) with a moderate intensity level (60.2 %). The majority of participants identified their family physicians as being their primary healthcare professional for chronic pain treatment, with approximately 35 % of the sample consulting their physician two to three times per year.

### ***Levels of empathy***

Participant responses to the CARE averaged a mean score of 37.6 (SD = 11.9) on a possible 50 points, which falls between the "good" and "very good" scores. Participant scores represented the total possible range of scores, from 10 points to 50 points. Item 1 (How was the doctor at making you feel at ease?) garnered the highest average among participants (M = 4.02, SD = 1.18) while Item 10 (How was the doctor at making a plan of action with you?) received the lowest average score (M = 3.50, SD = 1.46).

**Table 1.** Sociodemographic characteristics of the sample of participants with chronic pain.

Participant sociodemographic characteristics	% (n)
Age (years)	44.9 ± 11.7
< 40	33.2 (86)
40-60	56.4 (146)
> 60	8.5 (22)
Gender (female)	91.7 (240)
Ethnicity	
White	95.8 (248)
Black	0 (0)
Indigenous	1.9 (5)
Hispanic	1.2 (3)
Asian	0 (0)
Prefer not to respond	1.2 (3)
Civil status	
Married	33.2 (86)
In a relationship but unmarried	36.7 (95)
Single	22.9 (69)
Education (years)	14.8 ± 3.6
≤ 11	15.8 (41)
12-18	71.8 (186)
> 18	12.0 (31)
Employment status	
Employed (includes students, stay at home parents and maternity leave)	49.4 (128)
Retired	8.1 (21)
Unable to work (due to illness or disability)	37.8 (98)
Unemployed	4.6 (12)

**Table 2.** Pain characteristics of the sample of participants with chronic pain.

Characteristics	% (n)
Pain duration (years)	10.45 ± 8.59
≤ 2	9.3 (24)
2-5	24.7 (64)
5-10	27.0 (70)
>10	39.0 (101)
Average pain intensity (NRS)	5.56 ± 1.55
Mild (0-3)	9.3 (24)
Moderate (4-6)	60.2 (156)
Severe (7-10)	30.5 (79)
Pain classification (localization)	
Cervical region	5.8 (15)
Shoulders and/or upper limbs	11.6 (30)
Lumbar region	14.3 (37)
Lower limbs	8.5 (22)
Pelvic region	6.6 (17)
Generalized syndrome	43.2 (112)
Circumstances surrounding onset of pain	
During or following illness or surgery (includes cancer)	15.4 (40)
Following an accident (includes work and motor vehicle accidents)	18.1 (47)
Repetitive motion or trauma	5.4 (14)
Following a stressful event	13.5 (35)
No specific event	37.1 (96)
Other	10.4 (27)

Note. NRS = numerical rating scale.



**Table 3.** Patient-physician relationship characteristics within the sample of participants with chronic pain.

Characteristics	% (n)
Type of physician	
<i>Family physician</i>	61.0 (158)
<i>Specialist physician</i>	39.0 (101)
Approximate age of physician (years)	
20-40	31.7 (82)
41-60	55.6 (144)
61-80	12.7 (33)
Gender of physician (female)	53.7 (139)
Duration of relationship	
≤ 1 year	15.4 (40)
> 1 year to < 5 years	35.1 (91)
5 to 10 years	15.1 (39)
> 10 years	34.4 (89)
Consultation frequency	
≤ 1 appointment per year	20.5 (53)
2-3 times per year (approximately 1 appointment every 4-6 months)	34.7 (90)
4-6 times per year (approximately 1 appointment every 2-3 months)	29.3 (76)
≥ 12 times per year (more than 1 appointment per month)	15.4 (40)

### ***Correlations between perceived physician empathy, treatment satisfaction, psychological distress, and pain characteristics***

A Pearson correlation matrix was generated to examine the direction and magnitude of relationships between variables of interest (Table 4). As hypothesized, results revealed perceived empathy to be positively and strongly correlated with treatment satisfaction ( $r = .72, p < .001$ ). A significant negative correlation was also demonstrated between perceived empathy and depressive symptoms ( $r = -.13, p < .05$ ), but not between perceived empathy and anxiety symptoms ( $r = .03, p = .65$ ). Treatment satisfaction correlated negatively with depressive symptoms ( $r = -.27, p < .001$ ) and anxiety symptoms ( $r = -.18, p < .05$ ). Interestingly, neither pain intensity ( $r = .03, p = .59$ ), nor pain duration ( $r = .00, p = .99$ ) were found to be correlated with perceived physician empathy. Similarly, non-significant correlations were revealed between treatment satisfaction and pain intensity ( $r = -.06, p = .35$ ), and between treatment satisfaction and pain duration ( $r = .04, p = .57$ ). While pain intensity significantly correlated with depression ( $r = .32, p < .001$ ) and anxiety ( $r = .32, p < .001$ ), pain duration revealed no significant association with either depression ( $r = .01, p = .89$ ) or anxiety ( $r = .03, p = .69$ ).

### ***Treatment satisfaction as a mediator of perceived physician empathy and psychological distress***

In order to increase the robustness of results, simple mediation analyses without covariates were first conducted to test the role of treatment satisfaction in mediating the relationship between perceived physician empathy and anxiety and depression, respectively. Results revealed significant associations between perceived empathy and patient depressive symptoms, mediated by treatment satisfaction (indirect effect:  $B = -.14, SE = .05, 95\% \text{ CI } [-.29, -.10]$ ). The association between perceived empathy and patient anxiety symptoms via treatment

satisfaction was non-significant (indirect effect:  $B = .15$ ,  $SE = .05$ , 95 % CI [-.08, .13]).

Next, sociodemographic, pain, and patient-physician relationship characteristic variables were assessed using linear regression analysis to determine their potential impact on Paths a and b of the proposed mediation models (Sauer et al., 2013). The following covariates were measured multi-categorically: Annual family income, employment status, education, and consultation frequency (Table 5). Results revealed income status (\$65,000 - \$79,999), employment status (unable to work), years of education (>18 years), consultation frequency ( $\geq 12$  times/ year) and pain intensity variables significantly influenced Path b, and therefore were included as covariates in the mediation models (Figure 1).

Two simple mediation models with covariates were used to test the role of treatment satisfaction in mediating the relationship between perceived physician empathy and depression and anxiety symptoms, respectively (Figure 1). Simple mediation analyses facilitate our understanding of the comprising associations within the proposed models. More specifically, the models' total effects (effect of perceived empathy on psychological distress; Path c) consist of both indirect effects (the product of both Paths a and b representing the part of the relationship between perceived empathy and psychological distress via treatment satisfaction), and the direct effects (relationship between perceived empathy and psychological distress independent of the effect of the mediator, Path c') (see Figure 1) (Field, 2018).

Results revealed significant associations between perceived empathy and patient depressive symptoms (indirect effect:  $B = -.19$ ,  $SE = .06$ , 95 % CI [-.31, -.09]) and anxious symptoms (indirect effect:  $B = -.24$ ,  $SE = .06$ , 95 % CI [-.35, -.14]), via patient satisfaction as mediator when controlling for income status, employment status, years of education, consultation

frequency and pain intensity (Table 6). The total effect of perceived physician empathy on depressive symptoms in chronic pain significantly accounted for 20.9 % of variance ( $p < .05$ , 95 % CI [-.28, -.05]), but became non-significant (direct effect:  $B = .03$ ,  $p = .71$ , CI [-.13, .19]) once treatment satisfaction was included in the model.

Contrary to Baron and Kenny (1986)'s initial suggested mediation model, in which the independent variable must be significantly associated with the dependent variable (Baron & Kenny, 1986), the total effect of perceived physician empathy on anxiety symptoms in chronic pain was non-significant ( $p = .89$ , 95 % CI [-.12, .11]), with the addition of the mediator creating a significant direct effect (direct effect:  $B = .23$ ,  $p < .05$ , 95 % CI [.07, .39]). Inclusion of the mediator to the total effect ( $R^2 = 18.5$  %) explained an additional 5 % of the direct effect ( $R^2 = 23.6$  %). Demonstrating a significant relationship between the independent variable and dependent variable is no longer considered to be a necessary condition for mediation (Kenny, 2018 ; Kenny & Judd, 2014). Rather, greater focus is now placed on the indirect effect.

**Table 4.** Pearson correlations between perceived empathy, global satisfaction, pain characteristics, and psychological distress within the sample of participants with chronic pain.

<b>Variables</b>	<b>Mean ± SD</b>	<b>Physician empathy</b>	<b>Treatment satisfaction</b>	<b>Depression</b>	<b>Anxiety</b>
<b>Physician empathy (CARE)</b>	37.59 ± 12.07	1.00			
<b>Treatment satisfaction (NRS)</b>	5.88 ± 2.47	.72*** [.65, .78]	1.00		
<b>Depression (CES-D)</b>	23.62 ± 10.10	-.13* [-.24, -.01]	-.27*** [-.38, -.14]	1.00	
<b>Anxiety (STICSA)</b>	47.83 ± 10.42	.03 [-.09, .15]	-.18* [-.29, -.07]	.70*** [.63, .75]	1.00
<b>Pain intensity (NRS)</b>	5.5 ± 1.55	.03 [-.08, .16]	-.06 [-.18, .07]	.32*** [.21-.43]	.32*** [.22, .42]
<b>Pain duration (months)</b>	125.47 ± 103.14	.00 [-.11, .11]	.04 [-.08, .15]	.01 [-.11, .13]	.03 [-.08, .13]

*Note* : \* $p < .05$ , \*\*\* $p < .001$ , CARE = Consultation and Relational Empathy Measure, NRS = Numerical Rating Scale, CES-D = Center for Epidemiologic Studies - Depression Scale, STICSA = The State-Trait Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety - Trait Scale. Values in square brackets indicate bootstrapped 95 % confidence intervals.

**Table 5.** Regression results of significant sociodemographic, pain and patient-physician relationship variables on depression and anxiety symptoms.

Variables	Depression as DV						Anxiety as DV					
	R <sup>2</sup>	B	SE B	t	p	95 % CI	R <sup>2</sup>	B	SE B	t	p	95 % CI
<b>Annual family income</b>	.05						.06					
\$65,000- \$79,999*		-.18	.24	-2.69	< .05	[-1.09, -.17]		-.19	.23	-2.83	< .05	[-1.13, -.20]
80 000 \$99,999 \$		-.14	.21	-1.98	< .05	[-.83, -.00]						
100 000 \$119,000 \$		-.15	.27	-2.26	< .05	[-1.13, -.08]		-.14	.27	-2.22	< .05	[-1.12, -.07]
≥120 000 \$		-.15	.25	-2.25	< .05	[-1.04, -.07]		-.17	.25	-2.58	< .05	[-1.12, -.15]
<b>Employment status</b>	.09						.08					
Unable to work*		.26	.13	4.20	< .001	[.29, .80]		.52	.13	4.02	< .001	[.27, .77]
Unemployed		.14	.29	2.21	< .05	[.07, 1.21]						
<b>Education</b>	.25						.05					
12-18 years		-.17	.17	-3.40	< .05	[-.89, -.24]		-.17	.17	-2.18	< .05	[-.70, -.04]
>18 years*		-.23	.23	-3.82	< .001	[-1.33, -.43]		-.26	.23	-3.41	< .001	[-1.25, -.33]
<b>Consultation frequency</b>	.08						.06					
4-6 times/ year		.21	.17	2.70	< .05	[.13, .81]						
≥ 12 times/ year*		.31	.20	4.22	< .001	[.45, 1.25]		.26	.20	3.54	< .001	[.32, 1.12]
<b>Pain intensity (NRS)*</b>	.10	.32	.06	5.34	< .001	[.20, .44]	.10	.32	.06	5.43	< .001	[.20, .44]

Note. DV = Dependent Variable; NRS = Numerical Rating Scale, \* = Most significantly associated with DV and included in mediation analyses as covariates, Unable to work = due to illness or disability.

**Table 6.** Results of the tests of indirect effect for treatment satisfaction as mediator (M) and depression and anxiety symptoms as dependent variables (DV).

	Effect of IV on M (Path a)		Effect of M on DV (Path b)		Direct effect (Path c')		Indirect effect (ab)		
	B	p	B	p	B	p	Boot B	SE	95 % CI
<b>Depression as dependent variable (R<sup>2</sup> = .24)</b>									
<b>Independent variables (IV)</b>									
<i>Focus variables</i>									
Perceived physician empathy	.73	< .001			.03	.71	-.19	.06	[-.31, -.09]
Treatment satisfaction			-.27	< .05					
<i>Covariates</i>									
Income status \$65,000- \$79,999	-.02	.65	-.09	.09					
Employment status: Unable to work	-.01	.75	.17	< .05					
Education: >18 years	.02	.61	-.10	.06					
Consultation frequency: ≥12 times/ year	-.08	.06	.15	< .05					
Pain intensity	-.07	.11	.23	< .001					
<b>Anxiety as dependent variable (R<sup>2</sup> = .24)</b>									
<b>Independent variables (IV)</b>									
<i>Focus variables</i>									
Perceived physician empathy	.73	< .001			.23	<.05	-.24	.05	[-.35, -.14]
Treatment satisfaction			-0.33	< .001					
<i>Covariates</i>									
Income status: \$65,000- \$79,999	-.02	.65	-.11	.05					
Employment status: Unable to work	-.01	.75	.15	< .05					
Education: >18 years	.02	.61	-.11	.06					
Consultation frequency: ≥12 times/ year	-.23	.06	.13	< .05					
Pain intensity	-.08	.11	.23	< .001					

## **Discussion**

The main objective of the present study was to shed light on perceived physician empathy in relation to treatment satisfaction and psychological distress in a community sample of individuals living with chronic pain. Our findings both identify the significant association between perceived physician empathy and psychological distress symptoms in patients with chronic pain, while presenting a mechanism by which the association is made effective.

Physician empathy, as perceived by a community sample of individuals with chronic pain, was examined first. Our results indicate that the majority of participants consider their physicians to demonstrate a “good” to “very good” level of empathy. This is comparable to findings in which patients consulting within various specialties at the secondary care level rate their physicians’ empathy as “very good” using the CARE measure (Bikker et al., 2015; Chiapponi et al., 2016; Mercer et al., 2008). These results are encouraging as individuals suffering from chronic pain often report being invalidated by others, including their health care professionals (De Ruddere & Craig, 2016; Lévesque-Lacasse & Cormier, 2020). As the majority of individuals in our sample report their chronic pain being managed by their family doctor, this study suggests first-line healthcare providers are able to maintain appropriate levels of empathy towards patients facing this complex and widely misunderstood condition. These results may in part be associated with the effectiveness of patient-centered communication training as well as the focus of researchers on the development of clinical empathy demonstrated in previous studies (Brown & Bylund, 2008; Eikeland et al., 2014).

The associations between patient-perceived physician empathy, patient treatment satisfaction, patient psychological distress and pain characteristics were then examined. In line with the existing literature, a strong positive association between perceived physician empathy



and treatment satisfaction was found, providing further support for physician empathy as a need and expectation of chronic pain patients. Treatment satisfaction was also found to negatively correlate with both depressive and anxious symptoms. Moreover, our findings reveal perceived physician empathy is negatively correlated with patient depressive symptoms. This is novel in its generalizability to the chronic pain context. As research demonstrates a bidirectional relationship between psychological distress and pain symptomatology, satisfaction within the patient-physician therapeutic relationship is likely of increased importance to this vulnerable population (Husted et al., 2012). The association between perceived physician empathy and patient depressive symptoms highlights the significant role social factors play in influencing the chronic pain experience. Interestingly, perceived physician empathy was found not to be significantly correlated with patient symptoms of anxiety despite previous research indicating the contrary (van Osch et al., 2017).

It is possible that while perceived physician empathy is effective in beneficially influencing patients' depressive symptoms, the anxious uncertainty associated with the chronic pain experience may be more difficult to identify and target. While we were unable to replicate past research demonstrating associations between physician empathy, pain intensity and pain duration (Chang et al., 2005; Fuentes et al., 2014), our analyses did support findings for relationships between pain intensity and pain duration and psychological distress. In line with previous studies (i.e. : Kootstra et al., 2018), our findings suggest that while patient perceptions of empathy may not influence pain intensity or pain duration, it may play a greater role in influencing the affective ways in which individuals experience their pain, and the meaning they attribute to the situation.

Finally, the mediating role of patient treatment satisfaction in the relationship between

perceived empathy and depressive and anxious symptoms was explored. While recent research has demonstrated the significant association between physician empathy and patient satisfaction (Kim et al., 2004; Menendez et al., 2015; Pollak et al., 2011; Walsh et al., 2019), this is the first study to reveal a significant model mechanism by which perceived physician empathy influences patient depressive and anxious symptoms via treatment satisfaction within the chronic pain context.

Our significant mediation model in which perceived physician empathy influences depressive symptoms via treatment satisfaction builds upon previous research demonstrating important links between patient-centered communication and clinical outcomes (Jiang, 2017; Neumann et al., 2007; van Osch et al., 2017). Moreover, our focus on psychological outcomes contributes to a health literature that mainly focuses on physical health outcomes (Jiang, 2017), despite high comorbidity rates between chronic pain and depression (Bair et al., 2003). Physicians could be important resources in targeting the chronic pain population's heightened need for validation given their documented stigmatizing experiences potentially contributing to symptoms of depression (Nicola et al., 2019).

The results of the significant mediation between perceived physician empathy and anxious symptoms via treatment satisfaction provide interesting insight into the processes at play. The direct effect of perceived physician empathy on anxiety has been suppressed by the indirect effect of treatment satisfaction resulting in a near-zero total effect. This process has been termed "inconsistent mediation" (MacKinnon et al., 2007). Patients may be uncomfortable revealing the degree to which their anxiety symptoms affect their quality of life, believing that it is not a physician's role to discuss psychosocial experiences (Detmar et al., 2000). As such, physicians may have reduced abilities to target anxious symptoms in an empathic way. However, the

culmination of psychological forces at play creating an experience of satisfaction and needs being met, is sufficiently powerful to influence patient anxiety in a positive way.

Overall, our findings suggest that empathic communication, when satisfying the needs of patients, positively influences the emotional experiences of patients living with chronic pain.

While causal inferences cannot be made from the present results, our findings support previous experimental research demonstrating the effective role patient-centered communication plays in patient experiences with various populations (Ashton-James et al., 2019; Ernstmann et al., 2017; Hillen et al.; Zwingmann et al., 2017). Longitudinal, experimental, and interventional studies will help further understand the role of these factors within the chronic pain experience.

### **Strengths and limitations**

The primary strength of this study is the novel evidence it provides for the mechanism by which perceived physician empathy affects patient psychological distress while controlling for covariates. To our knowledge, this is the first study of its kind to be conducted amongst patients suffering from chronic pain within the general population. Our results respond to recent researchers' call for exploration of mechanisms underlying health communication and health outcomes associations (Jiang, 2017; Street, 2013). Furthermore, this study's sample size surpasses those of prior comparable studies (Walsh et al., 2019). While this study provides novel insight to the current chronic pain literature, certain study limitations must be considered.

Specifically, it should be noted that cross-sectional research methods and correlational analyses cannot imply causation. Limited mixed evidence also exists demonstrating that patients' distress influence experiences of treatment satisfaction (Abtahi et al., 2015; Goh et al., 2020; Levin et al., 2017; Sheikh et al., 2019; Tyser et al., 2018). We encourage further experimental and longitudinal research on this possible association, as our model does not preclude the possibility

of bidirectional relationships but rather builds on existing evidence within the chronic pain literature. Variables in this study relied on self-report and potential recall bias remains possible. Finally, it should be noted that women and White individuals are overrepresented in our sample, which limits the generalizability of our results. This, in part, reflects the reality that chronic pain is more often diagnosed in women than men (Schopflocher et al., 2011).

## **Conclusion**

Our findings indicate that chronic pain patients who perceive greater levels of physician empathy experience fewer depressive and anxious symptoms, as mediated by treatment satisfaction. These results support the use of patient-centered care, in which physicians establish working relationships whereby patients' psychosocial contexts and illness experiences are taken into account, in the promotion of patient wellbeing (Stewart et al., 2000).

**Declaration of Competing Interest:** The authors have no conflicts of interest to declare.

**Acknowledgements:** This work was supported by the Fonds de recherche du Québec – Société et culture (FRQSC) through grants awarded to Andrea Too and Stéphanie Cormier.

## CHAPITRE III

### DISCUSSION

#### **Synthèse et intégration des principaux résultats**

Cet essai doctoral avait pour objectif d'étudier la relation entre l'empathie des médecins et la détresse psychologique des patients souffrant de douleur chronique, tout en explorant le rôle indirect de la satisfaction à l'égard des soins reçus. L'étude quantitative transversale effectuée a permis d'élucider a) le niveau d'empathie des médecins tel que perçu par les patients souffrant de douleur chronique issus de la population générale ; b) l'association entre l'empathie du médecin, la satisfaction globale du patient et la détresse psychologique du patient ; et c) les voies indirectes sous-jacentes de l'association entre l'empathie du médecin et la détresse psychologique du patient. Les résultats de cette étude, de même que ses retombées, méritent d'être discutés en profondeur.

#### ***Le niveau d'empathie des médecins***

La première question de recherche de la présente étude avait pour but d'explorer le niveau d'empathie provenant des médecins, tel que perçu par les patients souffrant de douleur chronique et issus de la population générale. Il était attendu que les participants feraient état de niveaux modérés d'empathie de la part de leurs médecins. À notre connaissance, il s'agit de la première étude à se pencher explicitement sur l'empathie manifestée par les médecins, telle que perçue par une population clinique composée d'individus aux prises avec une douleur chronique. Les résultats indiquent qu'en général, les personnes souffrant de cette problématique de santé perçoivent l'empathie de leur médecin traitant comme étant bonne ou très bonne.

Ces résultats quant au niveau d'empathie perçu chez les médecins dans le contexte de la douleur chronique concordent avec un certain nombre d'études portant sur l'empathie manifestée

par divers professionnels de la santé œuvrant auprès de personnes présentant différentes problématiques de santé (Bikker et al., 2015 ; Chiapponi et al., 2016 ; Mercer & Murphy, 2008 ; Mercer et al., 2008). Par exemple, dans leur étude mesurant la perception de l'empathie exprimée par les infirmières œuvrant en contexte de soins primaires, Bikker et ses collègues (2015) ont révélé que le score moyen global d'empathie perçue, telle que mesurée par le CARE, se situait dans la fourchette de scores caractérisés comme « très bon ». De même, une étude réalisée par Mercer et ses collègues (2008) a également démontré des résultats suggérant des niveaux « très bons » d'empathie chez les médecins généralistes, tels que perçus par les patients. Ces résultats concordent également avec l'étude de van Dulmen et van den Brink-Mulden (2004), qui indiquent que 95 % des participants ont perçu leur médecin généraliste comme étant empathique. À la lumière de ces recherches, le niveau moyen d'empathie perçue par les participants de la présente étude semble quelque peu inférieur à celui de patients présentant divers besoins en matière de santé. Ce léger écart est également constaté dans une étude de Chiapponi et ses collègues (2016) menée auprès de patients atteints de maladies inflammatoires intestinales, où le niveau d'empathie perçue était jugé adéquat. En somme, l'examen de nos résultats suggère que l'empathie des médecins telle que perçue par les individus aux prises avec une douleur chronique est généralement favorable, ce qui est encourageant sachant que certaines recherches démontrent que l'empathie dans le contexte de cette condition est étroitement liée à de meilleurs résultats en matière de santé (Fuentes et al., 2014).

Le développement de l'empathie clinique dans le cadre de l'enseignement médical a été largement étudié au cours des dernières années (Pohontsch et al., 2018). Il est juste de croire que les efforts déployés dans le cadre des programmes de formation médicale, dans lesquels une attention accrue a été accordée aux soins centrés sur le patient ainsi qu'à l'expérience du patient face à la maladie, semblent porter fruit. L'étude longitudinale menée récemment par Smith,

Norman et Decety (2017), dans le cadre de laquelle le niveau d'empathie des étudiants en médecine a été évalué tout au long de la formation médicale, illustre bien ces propos (Smith et al., 2017). Smith et ses collègues (2017) ont observé une diminution des scores d'empathie au cours de la formation, mais une amélioration a été constatée au niveau de l'empathie cognitive globale, la prise de perspective et l'empathie affective (la sous-échelle émotion-contagion). Les chercheurs ont également révélé chez ces futurs médecins une meilleure compréhension des émotions et une plus grande sensibilité à la douleur d'autrui (Smith et al., 2017). En contrepartie, il est intéressant de souligner que les recherches démontrent que les médecins qui ont le sentiment d'avoir moins de contrôle sur les résultats de leurs patients sont plus susceptibles d'engager une communication fermée, impersonnelle, et inattentive, ce qui est perçu par les patients comme étant non-empathique (Silvester et al., 2007). Cela peut être dû, en partie, au fait que malgré l'importance croissante accordée à la formation à l'empathie et aux sciences humaines en contexte médical, l'approche biomédicale domine toujours l'enseignement et la pratique clinique (Eikeland et al., 2014). Certains chercheurs s'inquiètent d'ailleurs de la dichotomie entre les sciences naturelles et les sciences sociales dans l'enseignement médical. Entre autres, l'enseignement des sciences humaines est souvent considéré comme un sujet distinct dans les programmes de médecine, plutôt que comme un sujet à intégrer dans l'ensemble de la pratique (Shapiro, 2008).

Notre recherche permet donc de voir d'un bon œil le niveau d'empathie des médecins perçu par les patients souffrant de douleur chronique, mais il demeure important de promouvoir la communication centrée sur le patient dans l'enseignement médical, en misant plus particulièrement sur certains thèmes clés, dont l'impact de la stigmatisation en contexte médical. En somme, les informations que nous avons recueillies, lorsque mises en parallèle avec les écrits scientifiques, engendrent de nouvelles interrogations quant aux besoins des patients ayant recours

aux services de santé. Nos résultats suggèrent que les médecins en contexte de soins primaires sont capables d'adapter leurs approches aux besoins uniques des patients souffrant de douleur chronique. Ceci étant dit, il semble tout de même nécessaire de poursuivre l'exploration des facteurs qui facilitent l'empathie des médecins.

### ***Les associations entre l'empathie, la satisfaction et la détresse psychologique***

Le deuxième objectif de la présente étude était de déterminer s'il existe des associations entre les principales variables d'intérêt. L'hypothèse émise était que l'empathie perçue chez le médecin serait positivement corrélée à la satisfaction globale du patient (Walsh et al., 2019) tout en étant négativement corrélée à la détresse psychologique du patient, la durée de sa douleur, de même que son intensité.

**L'empathie et la satisfaction.** Nos résultats, qui révèlent une association significative et forte entre l'empathie des médecins et la satisfaction des patients souffrant de douleur chronique, corroborent les résultats d'études antérieures s'étant intéressés à la relation entre différentes caractéristiques des soins centrés sur le patient et la satisfaction de ces derniers à l'égard des traitements reçus. Par exemple, dans une étude de Hojat et ses collègues (2011), une corrélation forte et positive entre l'empathie des médecins et la satisfaction des patients diabétiques a été observée (Hojat et al., 2011). Dans le cadre d'une méta-analyse sur l'association entre la communication non verbale dans le contexte des consultations médicales et les résultats cliniques, Henry et ses collègues (2012) ont démontré que la chaleur et l'écoute des médecins étaient deux caractéristiques associées à une plus grande satisfaction chez les patients (Henry et al., 2012). En outre, Ong et ses collègues (2000) ont également révélé que les comportements sociaux étaient moyennement et positivement corrélés à la satisfaction globale des patients atteints de cancer (Ong et al., 2000).



Bien que de nombreuses évidences soutiennent le rôle important de la communication centrée sur le patient sur la satisfaction de ces derniers, peu d'études ont été menées dans le contexte de la douleur chronique. L'étude de Walsh et ses collègues (2019) a toutefois révélé une corrélation positive forte ( $r = .73$ ) entre ces deux variables à l'aide d'un échantillon de 140 participants. Nos résultats, qui révèlent également une association positive forte entre l'empathie des médecins et la satisfaction des patients souffrant de douleur chronique, corroborent parfaitement les conclusions tirées par l'équipe de Walsh (2019). Les résultats de notre étude ont toutefois l'avantage d'être issus d'un échantillon communautaire de plus grande taille. Ainsi, notre étude contribue de façon importante aux écrits scientifiques en favorisant la généralisation des résultats illustrant l'étroite association entre l'empathie des médecins et la satisfaction des patients.

En dernier lieu, certaines études antérieures soulignent que les patients jugent parfois le niveau d'empathie perçue chez leur professionnel traitant comme étant insuffisant ou insatisfaisant (Nicola et al., 2019 ; Roper et al., 2020). La présente étude suggère que l'empathie perçue concorde généralement bien avec la satisfaction du patient à l'égard des soins reçus. Compte tenu de la nature complexe de la douleur chronique, il est toutefois possible que les patients s'attendent à des manifestations empathiques plus concrètes, telles qu'à des questionnements explicites quant à leur expérience émotionnelle en lien à la douleur (Becker, 2020). Les médecins s'attendent généralement à ce que leurs patients soulèvent les questions d'ordre psychosocial (Zimmermann et al., 2007), mais des études suggèrent que les patients préféreraient que les médecins leur offrent expressément l'occasion de partager leurs émotions et de discuter des effets de la douleur sur les différentes sphères de leur vie (Becker, 2020). Une évaluation holistique de l'expérience de la douleur, au-delà de ses propriétés sensorielles, pourrait donc aider les médecins

à mieux cerner les difficultés de nature psychosociale vécues par cette population (Becker, 2020 ; Wang et al., 2018).

**L'empathie et la détresse psychologique.** Bien que nos résultats indiquent une corrélation négative significative entre l'empathie du médecin et les symptômes de dépression du patient, aucune association significative n'a été révélée entre l'empathie du médecin et les symptômes d'anxiété. Contrairement à nos résultats, certaines études ont exploré le rôle de l'empathie des médecins dans la détresse psychologique des patients et la recherche dans ce domaine a révélé des résultats prometteurs. Par exemple, dans le cadre d'un essai expérimental randomisé, van Osch et ses collègues (2017) ont constaté que contrairement à une communication négative et froide, une communication positive et empathique réduisait l'anxiété, améliorait l'humeur et augmentait la satisfaction de femmes souffrant de douleur menstruelle. Conformément aux conclusions de van Osch et al (2017), les résultats de van Dulmen et al (2013) révèlent également que les patients de la population générale ayant perçu leur médecin généraliste comme étant plus empathique ont rapporté des niveaux d'anxiété plus faibles.

Nos conclusions corroborent en partie ces recherches qui suggèrent une association négative entre l'empathie du médecin et la détresse psychologique du patient. Bien que nos données aient fourni des preuves d'une association significative entre l'empathie du médecin et les symptômes de dépression, la corrélation entre l'empathie du médecin et les symptômes d'anxiété ne s'est pas avérée significative. En examinant ces résultats divergents, il est important de prendre en compte les concepts évalués. Bien qu'elles soient toutes deux étroitement liées à la détresse psychologique, la dépression et l'anxiété peuvent entraîner des expériences fort différentes. Les recherches indiquent que l'anxiété, en particulier l'incertitude quant à l'avenir et la rumination, est très courante dans l'expérience de la douleur chronique (Fischer et al.,

2018 ; Marshall et al., 2017). Les symptômes de détresse, à moins d'être explicitement exprimés par le patient et évalués par le clinicien, sont difficilement diagnostiqués et traités (Mitchel, Rao, & Vaze, 2011). Par ailleurs, sachant que plusieurs personnes souffrant de douleur chronique rapportent s'être senties invalidées par des professionnels de la santé ainsi que par leurs proches, il est juste de croire qu'elles peuvent être réticentes à exprimer leurs besoins en matière de santé mentale (Detmar et al., 2000). Compte tenu de la nature unique de l'anxiété en contexte de douleur, il est possible de croire que le recours à un questionnaire mesurant spécifiquement ce phénomène aurait pu mener à des résultats plus saillants. Il est également possible que les items du questionnaire d'empathie utilisé dans la présente étude (p. ex. : le développement d'un plan d'action en collaboration avec le patient) ne captent pas certaines particularités de la détresse en contexte de douleur, dont la dramatisation face à la douleur (McHugh et al., 2020). Barry et ses collaborateurs (2020) suggèrent d'ailleurs que la mesure des différentes facettes de la détresse, en particulier la détresse liée à une maladie spécifique, pourrait être davantage prédictive de la santé, voir même plus représentative de l'expérience psychologique du patient que les mesures de détresse générale (Barry et al., 2020).

**La satisfaction et la détresse psychologique.** Nos conclusions illustrent l'association entre la satisfaction à l'égard du traitement et la détresse psychologique et ils corroborent les quelques écrits scientifiques démontrant des liens similaires dans différents contextes médicaux. En guise d'exemples, des recherches antérieures ont établi un lien entre la satisfaction à l'égard du traitement et la qualité de vie liée à la santé des patients hypertendus, de divers échantillons de patients hospitalisés et de survivants d'accidents vasculaires cérébraux (Al-Jabi et al., 2015 ; Langen et al., 2006 ; Morrison et al., 2000). Les corrélations issues de ces études sont comparables à celles observées dans la nôtre (variant entre  $r = -0,20$  et  $-0,36$ ). Il est possible que nos corrélations légèrement plus faibles soient dues aux particularités associées à l'expérience de

la douleur chronique, telles que les expériences antérieures de stigmatisation de la part des professionnels de la santé ou les taux élevés de comorbidité avec la détresse psychologique. Cela demeure toutefois spéculatif et des études sont requises pour confirmer une telle hypothèse.

Par ailleurs, Morrison et ses collaborateurs (2000) rappellent un élément important à l'égard des mesures de satisfaction : celles-ci ne traduisent pas nécessairement le traitement réel reçu. En guise d'exemple, les auteurs soulignent que des recherches ont indiqué que même lorsque les médecins ont expressément l'intention de communiquer les plans de traitement, les patients se disent insatisfaits même s'ils reconnaissent avoir obtenu l'information à cet égard (Ley, 1988 ; Morrison et al., 2000). Si l'on considère les résultats de notre étude en lien avec ces études antérieures, il est plausible de suggérer que la satisfaction des patients ne se limite pas à l'obtention d'informations médicales de la part des médecins, mais qu'elle comprend également la satisfaction des besoins relationnels. Il est donc juste de croire que les processus psychosociaux qui aboutissent à la satisfaction à l'égard du traitement reçu influencent la détresse psychologique.

Afin d'interpréter ces résultats de notre étude, il est important de considérer les statistiques utilisées. Dans le cas de ces associations, des analyses corrélationnelles ont été effectuées. Comme les analyses corrélationnelles illustrent des relations bidirectionnelles, nos résultats n'excluent pas la possibilité que la détresse psychologique des patients influence leur satisfaction ainsi que les niveaux d'empathie perçus. Par exemple, dans un échantillon de patients ayant subi une fusion lombaire, Levin et ses collègues (2017) ont révélé que la dépression préopératoire prédisait des scores de satisfaction plus faibles, tels que mesurés par le *Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems* (HCAHPS) (Levin et al., 2017). Les auteurs de l'étude notent que les éléments du HCAHPS qui ont été prédits de manière significative par les scores de dépression des patients concernaient tous la relation

interpersonnelle. Afin d'expliquer leurs conclusions, Levin et ses collègues (2017) proposent que les biais cognitifs impliqués dans la dépression aient augmenté la sensibilité des patients aux perceptions de rejet social ainsi qu'aux besoins non respectés par leur médecin. À la lumière de ces études, nos résultats contribuent à réitérer l'importance de la perception qu'ont les patients des capacités de leurs professionnels traitants à faire preuve d'empathie et à répondre à leurs besoins psychosociaux.

### ***La satisfaction comme variable médiatrice de l'association entre l'empathie et la détresse***

Le troisième objectif de la présente étude était de déterminer si la satisfaction à l'égard du traitement agit comme variable médiatrice dans l'association entre l'empathie perçue et la détresse psychologique. En guise d'hypothèse, il a été proposé que plus le patient perçoit son médecin comme empathique, plus il sera satisfait des traitements reçus, et moindre sera sa détresse psychologique.

Les recherches en psychologie de la santé ont contribué à identifier les liens entre diverses variables psychosociales et une variété de résultats de santé. L'évolution de ces travaux a incité les chercheurs à explorer les voies indirectes pouvant expliquer ces associations, en considérant notamment la présence de variables intermédiaires. Une telle conceptualisation semble nécessaire afin d'expliquer avec justesse la complexité des associations entre les variables biologiques, psychologiques et sociales et elle contribue à mieux orienter le développement d'interventions efficaces en matière de santé. Street (2013) soutient d'ailleurs que la majorité des associations significatives entre les composantes de la communication et les résultats cliniques relève de la présence de variables indirectes (Street, 2013). Nos conclusions soutiennent l'appel lancé par Street (2013) afin que la communauté scientifique s'efforce de modéliser les voies par l'entremise desquelles la communication contribue à un résultat clinique intéressant. Ce faisant,

nous avons présenté des mécanismes pouvant expliquer l'association entre l'empathie du médecin et la détresse du patient, ce qui contribue à favoriser des interventions plus ciblées de la part des cliniciens et à promouvoir les avancées dans la théorisation et la conceptualisation de l'expérience de la douleur chronique (Street, 2013).

La considération de la satisfaction à l'égard du traitement comme variable médiatrice a entre autres été inspirée par certains travaux récents. Dans le cadre de son étude, Jiang (2017) a étudié le rôle indirect de la satisfaction du patient et de la gestion des émotions dans l'association entre la communication centrée sur le patient et le bien-être émotionnel. Plus précisément, il a démontré que la communication centrée sur le patient influence le bien-être par le biais de la satisfaction et de la gestion des émotions au sein d'un échantillon issu de la population générale. Également inspirés par le modèle de communication de la santé de Street et ses collaborateurs (2009), Pinto, Greenblatt, Williams et Kaplan (2017) ont exploré les effets des rencontres médicales sur les symptômes de dépression rapportés par un échantillon de 60 jeunes adultes (Pinto et al., 2017). En utilisant la méthodologie de l'analyse du chemin critique, les chercheurs ont révélé que la communication entre les patients et les professionnels traitants et les compétences de communication autoévaluées par ces derniers avaient des effets indirects sur les symptômes de dépression des patients, en considérant l'activation du patient comme résultat proximal.

Alors que des recherches récentes ont démontré l'association significative entre l'empathie du médecin et la satisfaction du patient (Kim et al., 2004 ; Menendez et al., 2015 ; Pollak et al., 2011 ; Walsh et al., 2019), la présente étude est la première à proposer que la satisfaction constitue le mécanisme par l'entremise duquel l'empathie du médecin est associée à la détresse psychologique du patient dans le contexte de la douleur chronique. À la lumière du Modèle pragmatique de satisfaction du patient formulé par Baker (1997), dans lequel la

satisfaction du patient varie selon les composantes du traitement qu'il privilégie en fonction de ses attentes, de ses valeurs et de ses besoins, nos résultats suggèrent que les patients aux prises avec une douleur chronique ont besoin de ressentir l'empathie de leur médecin et qu'ils s'attendent et apprécient une telle manifestation. Selon ce modèle, les caractéristiques des patients, telles que leurs expériences passées, influencent les éléments auxquels ils accordent de l'importance dans leurs interactions avec les professionnels de la santé. Ainsi, les priorités des patients influent leur niveau de satisfaction, ce qui, selon Baker (1997), mènera à des comportements particuliers. Sur la base des écrits scientifiques des dernières années et des résultats issus de la présente étude, il serait approprié d'adapter le modèle de Baker en y ajoutant une composante « résultats de santé » au sein de laquelle pourrait notamment s'inscrire la satisfaction à l'égard des soins. Un tel ajout plaiderait en faveur de la considération de la satisfaction des patients non comme un objectif en soi, mais bien comme une composante plus large de l'expérience globale du patient en matière de santé.

Par ailleurs, nos analyses ont cherché à déterminer si la relation entre l'empathie du médecin et la détresse psychologique pouvait être généralisée à la population souffrant de douleur chronique et nos conclusions suggèrent que c'est le cas pour les symptômes de dépression et d'anxiété. Les écrits scientifiques dans le domaine de la santé laissent entendre que les professionnels de la santé peuvent être une source primaire de soutien social pour certains patients (Gao et al., 2013). Cette association soutient en outre les recherches et les théories antérieures qui soulignent l'importance du soutien social dans les contextes qui induisent des niveaux importants de stress, comme c'est le cas avec les maladies chroniques. Dans une étude systématique sur le rôle du soutien social dans l'expérience de la douleur, Che et ses collègues (2018) ont trouvé des preuves convaincantes qui soutiennent l'hypothèse de l'effet tampon dans un tel contexte (Che et al., 2018). L'effet tampon suggère que le soutien social peut atténuer

l'expérience de la douleur en réduisant efficacement l'influence du stress. Dans le cas de la douleur chronique, la douleur physique constitue une source de stress pour l'individu, ce qui augmente son risque de développer des symptômes de dépression et d'anxiété (López-Martínez, Esteve-Zarazaga, & Ramírez-Maestre, 2007). La perception d'empathie offerte par le médecin traitant pourrait donc appuyer le patient dans la réévaluation de sa capacité à faire face au stress lié à la douleur, tout en satisfaisant son besoin fondamental de connexion et de soutien (Skuladottir & Halldorsdottir, 2011 ; Wallston, Alagna, DeVellis, & DeVellis, 1983).

Les preuves fournies dans la présente étude démontrant le rôle médiateur de la satisfaction du traitement dans l'association entre l'empathie perçue et la détresse psychologique mettent en évidence le rôle dynamique des facteurs psychologiques dans l'évaluation de la capacité du soutien disponible à répondre aux besoins individuels. Notre étude fournit d'autres preuves que les patients ne sont pas simplement des bénéficiaires passifs du soutien social, mais qu'ils se retrouvent plutôt au cœur de processus dynamiques. En comparaison à d'autres maladies chroniques, il est indéniable que la population souffrant de douleur chronique est confrontée à des facteurs de stress uniques. En concordance avec l'hypothèse de l'effet tampon, la composante empathique du soutien social apparaît donc être un outil important à considérer afin de moduler l'expérience de la douleur chronique.

### **Les principales retombées de l'essai doctoral**

Cet essai doctoral offre plusieurs retombées importantes, non seulement pour les médecins, mais aussi pour tous les professionnels de la santé œuvrant auprès de personnes souffrant de douleur chronique. Dans cette section, certaines retombées cliniques, pratiques et éducatives sont explorées.



### *Les retombées cliniques*

En ce qui concerne la pratique clinique, nos résultats suggèrent que les médecins ont davantage à évaluer les attentes ainsi que la satisfaction des patients, que ce soit par l'entremise de discussions explicites ou par l'entremise de questionnaires. Les médecins devraient également veiller à la détection de symptômes de dépression et d'anxiété chez les individus aux prises avec une douleur chronique, notamment en raison de leur vulnérabilité élevée face à ces conditions. La recherche démontre que la capacité des médecins à diagnostiquer et à comprendre la détresse de leurs patients est plus précise lorsqu'ils parviennent à adopter leurs perspectives (Yagil et al., 2015). Yagil et ses collègues (2015) soutiennent d'ailleurs que la capacité des médecins à adopter le point de vue du patient (une composante de l'empathie) améliore leur aptitude à évaluer les émotions et les symptômes de ces derniers (Yagil et al., 2015). De plus, dans leur étude sur la communication centrée sur le patient effectuée auprès d'infirmières en soins primaires, Bikker, Fitzpatrick, Murphy, et Mercer (2015) ont révélé que les personnes âgées et les participants souffrant de différents problèmes de santé évaluaient les items du questionnaire CARE comme étant plus pertinents à leurs besoins que les participants en bonne santé. Ainsi, il est juste de supposer que la vulnérabilité des patients contribue à amplifier le besoin d'empathie en contexte de soins.

À la lumière de ces constats, certains médecins pourraient craindre qu'inciter les patients à parler davantage de leurs difficultés d'ordre psychologique puisse prolonger excessivement la durée des consultations. Une étude de Weiss et ses collègues (2017) a toutefois démontré l'absence d'association significative entre les réponses empathiques et la durée des consultations (Weiss et al., 2017). En accord avec l'approche centrée sur le patient, les résultats de la présente étude contribuent donc à réitérer l'intérêt de traiter l'expérience de la douleur dans sa globalité plutôt que de miser exclusivement sur sa composante sensorielle. Le modèle biopsychosocial

fournit des informations importantes pour comprendre non seulement le développement et le maintien de la douleur, mais aussi les implications pratiques pour son traitement. Nos conclusions laissent entendre que l'empathie mérite d'être utilisée dans un cadre centré sur le patient afin d'accroître la satisfaction des individus aux prises avec une douleur chronique et, ultimement, soulager le fardeau engendré par leur condition.

### ***Les retombées pratiques***

D'une manière générale, nos conclusions appuient le recours au modèle biopsychosocial pour informer les pratiques en matière de consultation médicale. Plus précisément, nos résultats soulignent le rôle des processus sociaux dans l'expérience de la maladie, lesquels sont souvent négligés par les chercheurs et les cliniciens. La qualité de la relation entre le professionnel traitant et le patient est un élément pouvant moduler la satisfaction et le bien-être du patient. Dans le contexte de la douleur chronique, l'empathie peut se manifester par une curiosité à l'égard de l'expérience des patients, la reconnaissance de leurs difficultés et l'offre d'un traitement personnalisé à leurs besoins. Les recherches indiquent d'ailleurs que la démonstration d'empathie facilite les évaluations et les traitements médicaux (Yagil et al., 2015 ; Zaki et al., 2009).

L'empathie des médecins dans le contexte des soins centrés sur le patient s'est également avérée efficace au niveau organisationnel. Les recherches indiquent que lorsque les médecins font preuve d'empathie, une réduction des coûts en lien aux tests diagnostiques et une diminution du risque de poursuite s'ensuivent (Epstein et al., 2010 ; Epstein et al., 2005 ; Levinson et al., 1997). En outre, Bertakis et ses collaborateurs (2011) ont constaté une réduction des consultations en soins spécialisés, des hospitalisations et des tests diagnostics chez les patients ayant été traité à l'aide d'une approche centrée sur le patient, et ce, même en contrôlant l'apport des caractéristiques sociodémographiques et des comportements à risque pour la santé.

L'engagement des soins de santé en faveur de soins empathiques et centrés sur le patient est particulièrement important pour les patients souffrant de douleur chronique. Effectivement, les recherches indiquent que les personnes présentant des symptômes invisibles ont des rendez-vous médicaux plus courts et ont moins d'occasions de discuter de leurs symptômes (Graugaard et al., 2005). Par conséquent, l'intention explicite des médecins de se renseigner sur l'expérience des patients est particulièrement importante étant donné l'absence d'association entre l'intensité de la douleur du patient et l'expression verbale et non verbale de cette douleur (Allaz, 2003). Il semble donc clair que de prioriser les soins centrés sur le patient dans le contexte de la douleur chronique peut contribuer non seulement à améliorer la gestion de cette condition, mais aussi à éviter de surcharger les services de soins de santé.

### ***Les retombées éducatives***

Comme l'empathie est une compétence qui peut être pratiquée et améliorée, nos conclusions ont des répercussions pour la formation des professionnels de la santé (Hojat et al., 2009 ; Kelm et al., 2014 ; Stepien, & Baernstein, 2006). Maintes recherches ont été menées sur les moyens les plus efficaces pour promouvoir l'empathie dans le contexte de l'enseignement médical (Bentley et al., 2018 ; Ditton-Phare et al., 2016 ; Haslam, 2007 ; Patel et al., 2019 ; Zazulak et al., 2017). Un examen systémique des programmes de formation à l'empathie dans l'enseignement médical mené par Patel et ses collègues (2019) a révélé que la majorité des interventions pédagogiques contribuait à améliorer l'empathie des médecins stagiaires sur au moins une mesure d'empathie (Patel et al., 2019). Par ailleurs, il convient également de rappeler qu'il n'existe pas de corrélation entre les niveaux d'empathie auto-évalués par les médecins et les niveaux d'empathie de ces derniers tel qu'évalués par les patients (Bernardo et al., 2018). Par conséquent, les programmes de formation auraient avantage à utiliser les mesures de perception

des patients dans leurs évaluations du niveau d'empathie des médecins en formation (Bernardo et al., 2018).

Finalement, les résultats de cette étude suggèrent que les futurs médecins ont avantage à être sensibilisés au vécu des personnes souffrant de douleur chronique. Par exemple, il serait important qu'ils soient conscientisés au fait que leurs patients peuvent avoir déjà vécu des expériences dans lesquelles ils ont été invalidés sur la base de leur condition de santé (De Ruddere, & Craig, 2016). La formation médicale pourrait bénéficier de l'attention que d'autres professions, dont les psychologues, accordent à l'évaluation de l'impact de leurs propres préjugés sur la relation thérapeutique et sur l'appréciation constante de la qualité de la relation de travail dans son ensemble (Breivik et al., 2006 ; Breivik et al., 2020 ; Summers & Barber, 2003).

### **Les forces et les limites de l'essai doctoral**

Cette étude démontre plusieurs forces qu'il importe de souligner. Tout d'abord, le caractère novateur de la présente étude mérite d'être mentionné. À notre connaissance, il s'agit de la première étude à évaluer l'association entre l'empathie du médecin et la détresse psychologique d'individus souffrant de douleur chronique provenant de la population générale, et à explorer les voies indirectes impliquées dans cette association. L'exploration des mécanismes qui sous-tendent la relation entre l'empathie du médecin et l'état psychologique du patient s'appuie sur les travaux de Street et ses collaborateurs (2009) qui incitent le développement de théories plus nuancées et plus représentatives des phénomènes complexes qui figurent au cœur de la psychologie de la santé. Par ailleurs, il est important de noter que l'échantillon considéré dans la présente étude était considérablement plus important que les échantillons ayant été utilisés dans des études comparables (cf. Walsh et al., 2019). Finalement, les données colligées dans la

présente étude ont été recueillies à l'aide d'instruments de mesure bien établis et qui présentent d'excellentes qualités psychométriques.

Bien que ce projet ait permis de faire des découvertes importantes, certaines limites méritent d'être soulevées. Tout d'abord, il faut noter que les réponses des patients étaient sujettes au rappel et que des mesures permettant de limiter les biais de rappel (par exemple : observation de l'empathie exprimée par un tiers par codage d'enregistrements vidéo) n'ont pas été utilisées. Cela étant dit, il importe de réitérer que les recherches indiquent que la perception subjective des patients à l'égard de la relation soignant-soigné est plus étroitement liée à leur satisfaction qu'à la perception d'évaluateurs externes, et que la perception du soutien reçu par les patients est plus fortement associée aux résultats de santé que le soutien réellement offert (Beckett et al., 2009 ; Haber et al., 2007). Ensuite, en concordance avec les écrits scientifiques dans le domaine, nous avons fourni des preuves d'un effet indirect entre l'empathie du médecin et les symptômes de dépression via la satisfaction du patient (Del Canale et al., 2012 ; Neumann et al., 2007 ; van Osch et al., 2017). Il demeure toutefois impossible d'exclure la possibilité que ces variables puissent interagir selon une tout autre séquence. Par exemple, certaines études ont démontré que l'état mental du patient influence la satisfaction à l'égard des soins reçus (Abtahi et al., 2015 ; Levin et al., 2017 ; Sheikh et al., 2019 ; Tyser et al., 2018). De plus, comme le recours à des données transversales ne permet pas l'établissement de liens causaux, des études longitudinales et expérimentales permettant d'approfondir la compréhension de la relation entre les variables à l'étude demeurent nécessaires. Finalement, il est important de noter que les femmes sont surreprésentées dans la présente étude puisqu'elles constituent 91,7 % de l'échantillon. Bien que cette inégalité reflète en partie le fait que la douleur chronique est plus souvent diagnostiquée chez les femmes (Schopflocher et al., 2011), il est possible que les hommes rapportent des

expériences différentes en ce qui a trait à la perception de l'empathie des professionnels traitants, à la satisfaction à l'égard des soins, et à la détresse psychologique.

### **Orientations pour les recherches futures**

Cet essai doctoral a permis d'améliorer notre compréhension de l'association entre la perception de l'empathie du médecin et l'état psychologique des individus aux prises avec une douleur chronique, tout en soulignant les mécanismes indirects qui en sont responsables. Des études longitudinales permettraient toutefois une extrapolation plus nuancée concernant la causalité et la directionnalité d'une telle association, et pourraient mener à l'élaboration d'un modèle comprenant d'autres concepts importants (p. ex. sentiment d'auto-efficacité, capacité à réguler les émotions, etc.).

Les facteurs impliqués dans la façon dont les patients perçoivent l'empathie du médecin devraient également être explorés. Il est juste de croire que des variables telles que les expériences antérieures invalidantes et les attentes puissent influencer la perception de l'empathie du médecin. À l'inverse, il pourrait aussi être judicieux d'identifier les facteurs qui modulent le niveau d'empathie du médecin à l'égard des patients aux prises avec une douleur chronique. Notamment, il a été démontré récemment que le degré de « visibilité » de la douleur module l'empathie manifestée par les médecins (Paul-Savoie et al., 2018).

De plus, des recherches antérieures ont démontré que l'empathie auto-évaluée par les médecins ne correspond pas à la perception qu'en ont les patients (Dekker et al., 2019), ce qui suggère certaines limites en ce qui concerne la conscience qu'ont les médecins de leur capacité à recourir de façon efficace à la communication centrée sur le patient. Il pourrait donc être intéressant d'explorer d'autres avenues similaires, dont la congruence entre le niveau de satisfaction des patients souffrant de douleur chronique à l'égard des soins reçus et la perception

des médecins de la satisfaction de leurs patients. Quand bien même les scientifiques et les programmes de formation médicale véhiculent l'importance de la satisfaction des patients, si les médecins ne sont pas conscients de la manière dont ils contribuent (ou nuisent) à la satisfaction des patients, il est peu probable qu'ils modifient de façon substantielle leur approche.

Finalement, bien que certaines recherches aient été menées sur les différents niveaux d'empathie des professionnels de la santé tels que perçus par des patients souffrant de problématiques de santé variées (Chaitoff et al., 2019 ; Hojat et al., 2003), il serait utile d'explorer la perception qu'ont les patients souffrant de douleur chronique du niveau d'empathie des différents types de professionnels consultés. Il est juste de croire que la compréhension des différentes façons dont les professionnels expriment leur empathie pourrait s'avérer importante pour le développement interprofessionnel. Cela est particulièrement pertinent en contexte de douleur chronique, sachant que les patients ont souvent avantage à recourir à différents professionnels de la santé, dont les médecins, les psychologues et les physiothérapeutes.

## **Conclusion**

La douleur chronique est reconnue pour ses effets délétères sur la santé mentale des individus qui en sont atteints. Cet essai doctoral avait pour but de mieux cerner certains des facteurs sociaux qui contribuent à influencer le vécu affectif de cette population. Il a été possible de démontrer que l'empathie manifestée par les médecins est liée au niveau de détresse psychologique des individus aux prises avec une douleur chronique et que la satisfaction à l'égard des traitements explique en partie cette association. Il est juste d'affirmer que le besoin d'être compris, soutenu et épaulé est un besoin important chez cette population clinique. Lorsque les médecins répondent à ce besoin, les patients aux prises avec une douleur chronique se disent

plus satisfaits des soins reçus. Ainsi, en concordance avec les écrits scientifiques existants, cet essai doctoral contribue à souligner l'importance de la communication centrée sur le patient.



## Références

- Abtahi, A., Brodke, D., Lawrence, B., Zhang, C., & Spiker, W. (2015). Association between patient-reported measures of psychological distress and patient satisfaction scores in a spine surgery patient population. *The Journal of Bone and Joint Surgery. American Volume*, 97(10), 824. <http://dx.doi.org/10.2106/JBJS.N.00916>
- Al-Jabi, S. W., Zyoud, S. e. H., Sweileh, W. M., Wildali, A. H., Saleem, H. M., Aysa, H. A., Badwan, M. A., & Awang, R. (2015). Relationship of treatment satisfaction to health-related quality of life: findings from a cross-sectional survey among hypertensive patients in Palestine. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health policy*, 18(6), 3336-3348. <https://doi.org/10.1111/hex.12324>
- Allaz, A.-F. (2003). *Le messager boiteux : approche pratique des douleurs chroniques rebelles*. Genève : Médecine & Hygiène. Lavoisier S.A.S.
- Allen, M. L., Lê Cook, B., Carson, N., Interian, A., La Roche, M., & Alegría, M. (2017). Patient-provider therapeutic alliance contributes to patient activation in community mental health clinics. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44(4), 431-440. <https://doi.org/10.1007/s10488-015-0655-8>.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. American Psychiatric Association.
- Arnold, L. M., Crofford, L. J., Mease, P. J., Burgess, S. M., Palmer, S. C., Abetz, L., & Martin, S. A. (2008). Patient perspectives on the impact of fibromyalgia. *Patient Education and Counseling*, 73(1), 114-120. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.06.005>
- Ashton-James, C. E., Forouzanfar, T., & Costa, D. (2019). The contribution of patients' presurgery perceptions of surgeon attributes to the experience of trust and pain during

third molar surgery. *Pain Reports*, 4(3), 1-7.

<http://dx.doi.org/10.1097/PR9.0000000000000754>

Asmundson, G. J. G., & Katz, J. (2009). Understanding the co-occurrence of anxiety disorders and chronic pain: State-of-the-art. *Depression and Anxiety*, 26(10), 888-901.

<https://doi.org/10.1002/da.20600>

Azevedo, L. F., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C. C., & Castro-Lopes, J. M. (2012).

Epidemiology of chronic pain: A population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. *The Journal of Pain*, 13(8), 773-783.

<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2012.05.012>

Bair, M. J., Robinson, R. L., Katon, W., & Kroenke, K. (2003). Depression and pain

comorbidity: a literature review. *Archives of Internal Medicine*, 163(20), 2433-2445.

<https://doi.org/10.1001/archinte.163.20.2433>

Baker, R. (1997). Pragmatic model of patient satisfaction in general practice: progress towards a theory. *Quality in Health Care*, 6(4), 201-204. <https://doi.org/10.1136/qshc.6.4.201>

Baliki, M. N., & Apkarian, A. V. (2015). Nociception, pain, negative moods, and behavior selection. *Neuron*, 87(3), 474-491. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2015.06.005>

Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.

Barry, V., Stout, M. E., Lynch, M. E., Mattis, S., Tran, D. Q., Antun, A., Ribeiro, M. J., Stein, S. F., & Kempton, C. L. (2020). The effect of psychological distress on health outcomes: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Journal of Health Psychology*, 25(2), 227-239. <https://doi.org/10.1177/1359105319842931>

- Bastemeijer, C. M., Voogt, L., van Ewijk, J. P., & Hazelzet, J. A. (2017). What do patient values and preferences mean? A taxonomy based on a systematic review of qualitative papers. *Patient Education and Counseling, 100*(5), 871-881.  
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.12.019>
- Batbaatar, E., Dorjdagva, J., Luvsannyam, A., Savino, M. M., & Amenta, P. (2017). Determinants of patient satisfaction : a systematic review. *Perspectives in Public Health, 137*(2), 89-101. <https://doi.org/10.1177/1757913915594196>
- Becker, K. L. (2020). Tell me your dreams and goals: Structuring communication exchanges to improve patient-centered care with chronic pain patients. *Applied Nursing Research, 53*, 151248. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151248>
- Beckett, M. K., Elliott, M. N., Richardson, A., & Mangione-Smith, R. (2009). Outpatient satisfaction : the role of nominal versus perceived communication. *Health Services Research, 44* (5), 1735-1749. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151248>
- Bedson, J., & Croft, P. R. (2008). The discordance between clinical and radiographic knee osteoarthritis: A systematic search and summary of the literature. *BMC Musculoskeletal Disorders, 9*(1), 116-127. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-9-116>
- Bentley, P. G., Kaplan, S. G., & Mokonogho, J. (2018). Relational mindfulness for psychiatry residents: A pilot course in empathy development and burnout prevention. *Academic Psychiatry, 42*(5), 668-673. <https://doi.org/10.1007/s40596-018-0914-6>
- Bera-Louville, A., Legroux-Gerot, I., Cortet, B., Devillers, D., Blond, S., Duquesnoy, B., & Delcambre, B. (2003). Prise en charge de la douleur dans un service de rhumatologie : enquête de satisfaction. *Revue du rhumatisme, 70* (9), 743-747.  
[https://doi.org/10.1016/S1169-8330\(03\)00069-3](https://doi.org/10.1016/S1169-8330(03)00069-3)

- Bernardo, M. O., Cecílio-Fernandes, D., Costa, P., Quince, T. A., Costa, M. J., & Carvalho-Filho, M. A. (2018). Physicians' self-assessed empathy levels do not correlate with patients' assessments. *PloS one*, *13*(5), 1-13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198488>
- Bertakis, K. D., & Azari, R. (2011). Patient-centered care is associated with decreased health care utilization. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, *24*(3), 229-239. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2011.03.100170>
- Bevers, K., Watts, L., Kishino, N. D., & Gatchel, R. J. (2016). The biopsychosocial model of the assessment, prevention, and treatment of chronic pain. *US Neurology*, *12*(2), 98-104. <https://doi.org/10.17925/USN.2016.12.02.98>
- Bikker, A. P., Fitzpatrick, B., Murphy, D., & Mercer, S. W. (2015). Measuring empathic, person-centred communication in primary care nurses: validity and reliability of the Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure. *BMC Family Practice*, *16*(1), 149-158. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0374-y>
- Bilevicius, E., Sommer, J. L., Keough, M. T., & El-Gabalawy, R. (2020). An examination of comorbid generalized anxiety disorder and chronic pain on substance misuse in a Canadian population-based survey. *Canadian Journal of Psychiatry*, *65*(6), 418-425. <https://doi.org/10.1177/0706743719895340>
- Blasi, Z. D., Harkness, E., Ernst, E., Georgiou, A., & Kleijnen, J. (2001). Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *The Lancet*, *357*(9258), 757-762. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(00\)04169-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(00)04169-6)
- Boersma, K., & Linton, S. J. (2005). Screening to identify patients at Risk: Profiles of psychological risk factors for early intervention. *The Clinical Journal of Pain*, *21*(1), 38-43. <https://doi.org/10.1097/00002508-200501000-00005>

- Bourdillon, F., du Montcel, S. T., Collin, E., Coutaux, A., Lébeaupin, E., Cesselin, F., & Bourgeois, P. (2012). Determinants of patient satisfaction regarding pain care. *Revue d'épidémiologie et de sante publique*, 60 (6), 455-462.  
<https://doi.org/10.1016/j.respe.2012.03.012>
- 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. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2005.06.009>
- Breivik, R., Wilberg, T., Evensen, J., Rössberg, J. I., Dahl, H. S. J., & Pedersen, G. (2020). Countertransference feelings and personality disorders: a psychometric evaluation of a brief version of the Feeling Word Checklist (FWC-BV). *BMC Psychiatry*, 20, 198-104.  
<https://doi.org/10.17925/USN.2016.12.02.98>
- Brennan, F., Carr, D. B., & Cousins, M. (2007). Pain management : A fundamental human right. *Anesthesia and Analgesia*, 105(1), 205-221.  
<https://doi.org/10.1213/01.ane.0000268145.52345.55>
- Brown, R. F., & Bylund, C. L. (2008). Communication skills training: describing a new conceptual model. *Academic Medicine*, 83(1), 37-44.  
<https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31815c631e>
- Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Kessler, R. C., Tachimori, H., Bunting, B., Hu, C., Florescu, S., Haro, J. M., Lim, C. C. W., Kovess-Masfety, V., Levinson, D., Medina Mora, M. E., Piazza, M., Piotrowski, P., Posada-Villa, J., Salih Khalaf, M., ten Have, M., Xavier, M., & Scott, K. M. (2015). The associations between preexisting mental disorders and subsequent onset of chronic headaches: A worldwide epidemiologic perspective. *Journal of Pain*, 16(1), 42-52. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2014.10.002>

- Burri, A., Ogata, S., Vehof, J., & Williams, F. (2015). Chronic widespread pain: Clinical comorbidities and psychological correlates. *Pain, 156*(8), 1458-1464.  
<http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.000000000000182>
- Bylund, C. L., & Makoul, G. (2002). Empathic communication and gender in the physician–patient encounter. *Patient Education and Counseling, 48* (3), 207-216.  
[https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(02\)00173-8](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(02)00173-8)
- Cano, A., Corley, A. M., Clark, S. M., & Martinez, S. C. (2018). A couple-based psychological treatment for chronic pain and relationship distress. *Cognitive and Behavioral Practice, 25*(1), 119-134. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2017.02.003>
- Chaitoff, A., Rothberg, M. B., Windover, A. K., Calabrese, L., Misra-Hebert, A. D., & Martinez, K. A. (2019). Physician empathy is not associated with laboratory outcomes in diabetes: A cross-sectional study. *Journal of General Internal Medicine, 34*(1), 75-81.  
<https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001671>
- Chandra, S., Mohammadnezhad, M., & Ward, P.R. (2018). Trust and communication in a doctor–patient relationship: A literature review. *Journal of Healthcare Communications, 3*(36), 1-6. <https://doi.org/10.4172/2472-1654.100146>
- Chang, Y., Lin, Y.-P., Chang, H.-J., & Lin, C.-C. (2005). Cancer patient and staff ratings of caring behaviors: relationship to level of pain intensity. *Cancer Nursing, 28* (5), 331-339.  
<https://doi.org/10.1097/00002820-200509000-00001>
- Che, X., Cash, R., Ng, S. K., Fitzgerald, P., & Fitzgibbon, B. M. (2018). A systematic review of the processes underlying the main and the buffering effect of social support on the experience of pain. *The Clinical Journal of Pain, 34*(11), 1061-1076.  
<https://doi.org/10.1097/AJP.0000000000000624>

- Chiapponi, C., Witt, M., Dlugosch, G. E., Gülberg, V., & Siebeck, M. (2016). The perception of physician empathy by patients with inflammatory bowel disease. *PloS one*, *11*(11).  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0167113>
- Cîmpean, A. I., & Matu, S. A. (2018). Predictors of pain intensity and emotional distress in patients who suffer from chronic pain: A brief research report. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*, *18* (1), 107-118. <https://doi.org/10.24193/jebp.2018.1.9>
- Cormier, S., Lavigne, G. L., Choinière, M., & Rainville, P. (2016). Expectations predict chronic pain treatment outcomes. *Pain*, *157*(2), 329-338.  
<http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000379>
- Crowe, M., Whitehead, L., Seaton, P., Jordan, J., Mccall, C., Maskill, V., & Trip, H. (2017). Qualitative meta-synthesis: the experience of chronic pain across conditions. *Journal of Advanced Nursing*, *73*(5), 1004-1016. <https://doi.org/10.1111/jan.13174>
- Csupak, B., Sommer, J. L., Jacobsohn, E., & El-Gabalawy, R. (2018). A population-based examination of the co-occurrence and functional correlates of chronic pain and generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *56*, 74-80.  
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.04.005>
- de Heer, E. W., Gerrits, M. M., Beekman, A. T., Dekker, J., van Marwijk, H. W., de Waal, M. W., Spinhoven, P., Penninx, B. W., & van der Feltz-Cornelis, C. M. (2014). The association of depression and anxiety with pain: a study from NESDA. *PloS one*, *9*(10), e106907. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0106907>
- de Heer, E. W., ten Have, M., van Marwijk, H. W., Dekker, J., de Graaf, R., Beekman, A. T., & van der Feltz-Cornelis, C. M. (2018). Pain as a risk factor for common mental disorders. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2: a

longitudinal, population-based study. *Pain*, 159 (4), 712-718.

<https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001133>

De Jong, M., Peeters, F., Gard, T., Ashih, H., Doorley, J., Walker, R., Rhoades, L., Kulich, R. J., Kueppenbender, K. D., & Alpert, J. E. (2017). A randomized controlled pilot study on mindfulness-based cognitive therapy for unipolar depression in patients with chronic pain. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 79(1), 26-34. <https://doi.org/10.4088/JCP.15m10160>

De Ruddere, L., & Craig, K. D. (2016). Understanding stigma and chronic pain: a-state-of-the-art review. *Pain*, 157(8), 1607-1610. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000512>

Dekker, A.-B. E., Keulen, M., Vagner, G., Matt, D., Brannan, S., Sean, G., Teun, T., Crijns, T., David, R., & Reichel, L. M. (2019). Physician Self-Assessed Empathy Does Not Correlate with Patient Perceptions of Physician Empathy. *The Orthopaedic Journal at Harvard Medical School*, 20, 18-22.

Del Canale, S., Louis, D. Z., Maio, V., Wang, X., Rossi, G., Hojat, M., & Gonnella, J. S. (2012). The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. *Academic Medicine*, 87(9), 1243-1249. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182628fbf>

Derksen, F., Bensing, J., & Lagro-Janssen, A. (2013). Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *British Journal of General Practice*, 63(606), e76-e84. <https://doi.org/10.3399/bjgp13X660814>

Dersh, J., Polatin, P. B., & Gatchel, R. J. (2002). Chronic pain and psychopathology: Research findings and theoretical considerations. *Psychosomatic Medicine*, 64(5), 773-786. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000024232.11538.54>

Detmar, S., Aaronson, N., Wever, L., Muller, M., & Schornagel, J. (2000). How are you feeling? Who wants to know? Patients' and oncologists' preferences for discussing health-related



- quality-of-life issues. *Journal of Clinical Oncology*, 18(18), 3295-3301.  
<https://doi.org/10.1200/jco.2000.18.18.3295>
- Ditton-Phare, P., Sandhu, H., Kelly, B., Kissane, D., & Loughland, C. (2016). Pilot evaluation of a communication skills training program for psychiatry residents using standardized patient assessment. *Academic Psychiatry*, 40 (5), 768-775.  
<https://doi.org/10.1007/s40596-016-0560-9>
- Dominick, C. H., Blyth, F. M., & Nicholas, M. K. (2012). Unpacking the burden: understanding the relationships between chronic pain and comorbidity in the general population. *Pain*, 153 (2), 293-304. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.09.018>
- Drapeau, A., Marchand, A., & Beaulieu-Prévost, D. (2012). *Epidemiology of Psychological Distress*. Dans L L'Abate (Ed.), *Mental Illnesses —Understanding, Prediction and Control*. InTech.
- Driscoll, M. A., Knobf, M. T., Higgins, D. M., Heapy, A., Lee, A., & Haskell, S. (2018). Patient experiences navigating chronic pain management in an integrated health care system: A qualitative investigation of women and men. *Pain Medicine*, 19(suppl\_1), S19-S29.  
<https://doi.org/10.1093/pm/pny139>
- Duenas, M., Ojeda, B., Salazar, A., Mico, J. A., & Failde, I. (2016). A review of chronic pain impact on patients, their social environment and the health care system. *Journal of Pain Research*, 9, 457-467. <https://doi.org/10.2147/jpr.s105892>
- Duhamel, C., Bax-D'Auteuil, C., Oswald, L., Vallee, T., Bacon, B.-A., & Gosselin, P. (2012). *Anxiété somatique et anxiété cognitive : évaluation distincte à l'aide d'une version francophone du STICSA*. Communication présentée au congrès de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie, Sherbrooke, Québec.

- Dworkin, R. H., Turk, D. C., Farrar, J. T., Haythornthwaite, J. A., Jensen, M. P., Katz, N. P., Kerns, R. D., Stucki, G., Allen, R. R., & Bellamy, N. (2005). Core outcome measures for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain, 113*(1), 9-19.  
<https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.09.012>
- Edwards, R., Augustson, E., & Fillingim, R. (2003). Differential relationships between anxiety and treatment-associated pain reduction among male and female chronic pain patients. *The Clinical Journal of Pain, 19*(4), 208-216. <https://doi.org/10.1097/00002508-200307000-00003>
- Egely, S., & Tzelepis, A. (2001). Relational control in difficult physician-patient encounters: Negotiating treatment for pain. *Journal of Health Communication, 6*(4), 323-333.  
<https://doi.org/10.1080/108107301317140814>
- Egnew, T. R., & Wilson, H. J. (2009). Faculty and medical students' perceptions of teaching and learning about the doctor-patient relationship. *Patient Education and Counselling, 79*(2), 199-206. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.08.012>
- Eikeland, H.-L., Ørnes, K., Finset, A., & Pedersen, R. (2014). The physician's role and empathy—a qualitative study of third year medical students. *BMC Medical Education, 14*(1), 165.  
<https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-165>
- Epstein, R. M., Fiscella, K., Lesser, C. S., & Stange, K. C. (2010). Why the nation needs a policy push on patient-centered health care. *Health Affairs, 29*(8), 1489-1495.  
<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0888>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.02.001>

- Epstein, R. M., Shields, C. G., Meldrum, S. C., Fiscella, K., Carroll, J., Carney, P. A., & Duberstein, P. R. (2006). Physicians' responses to patients' medically unexplained symptoms. *Psychosomatic Medicine*, *68*(2), 269-276.  
<https://doi.org/10.1097/01.psy.0000204652.27246.5b>
- Ernstmann, N., Weissbach, L., Herden, J., Winter, N., & Ansmann, L. (2017). Patient–physician communication and health-related quality of life of patients with localised prostate cancer undergoing radical prostatectomy—a longitudinal multilevel analysis. *BJU International*, *119*(3), 396-405. <https://doi.org/10.1111/bju.13495>
- Farre, A., & Rapley, T. (2017). The new old (and old new) medical model: four decades navigating the biomedical and psychosocial understandings of health and illness. *Healthcare*, *5*(4), 1-9. <https://doi.org/10.3390/healthcare5040088>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G\* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, *39*(2), 175-191.
- Field, A. (2019). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5th edition). Sage Publications Inc.
- Fillingim, R. B., Loeser, J. D., Baron, R., & Edwards, R. R. (2016). Assessment of chronic pain: Domains, methods, and mechanisms. *The Journal of Pain*, *17*(9), 10-20.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.08.010>
- Fischerauer, S. F., Talaei-Khoei, M., Vissers, F. L., Chen, N., & Vranceanu, A.-M. (2018). Pain anxiety differentially mediates the association of pain intensity with function depending on level of intolerance of uncertainty. *Journal of Psychiatric Research*, *97*, 30-37.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.11.006>

- Free, N. K., Green, B. L., Grace, M. C., Chernus, L. A., & Whitman, R. M. (1985). Empathy and outcome in brief focal dynamic therapy. *American Journal of Psychiatry*, *142*(8), 917-921.
- Fuentes, J., Armijo-Olivo, S., Funabashi, M., Miciak, M., Dick, B., Warren, S., Rashedi, S., Magee, D. J., & Gross, D. P. (2014). Enhanced therapeutic alliance modulates pain intensity and muscle pain sensitivity in patients with chronic low back pain: an experimental controlled study. *Physical Therapy*, *94*(4), 477-489.  
<https://doi.org/10.2522/ptj.20130118>
- Gao, J., Wang, J., Zheng, P., Haardörfer, R., Kegler, M. C., Zhu, Y., & Fu, H. (2013). Effects of self-care, self-efficacy, social support on glycemic control in adults with type 2 diabetes. *BMC Family Practice*, *14*(1), 66-66. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-14-66>
- Gatchel, R. J., & Turk, D. C. (1996). *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook*. Guilford Publications, Inc.
- Gatchel, R. J., McGeary, D. D., McGeary, C. A., & Lippe, B. (2014). Interdisciplinary chronic pain management: Past, present, and future. *The American Psychologist*, *69*(2), 119-130.  
<https://doi.org/10.1037/a0035514>
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future Directions. *Psychological Bulletin*, *133*(4), 581-624. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.581>
- Gerrits, M. M., van Oppen, P., van Marwijk, H. W., Penninx, B. W., & van der Horst, H. E. (2014). Pain and the onset of depressive and anxiety disorders. *Pain*, *155*(1), 53-59.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.pain.2013.09.005>
- Goh, G. S.-H., Liow, M. H. L., Yeo, W., Ling, Z. M., Yue, W.-M., Guo, C.-M., Tan, S.-B., & Chen, J. L.-T. (2020). Patients with poor baseline mental health may experience

significant improvements in pain and disability after minimally invasive transforaminal lumbar interbody fusion: a 5-year follow-up study. *Clinical Spine Surgery*, 33(5), 205-214. <https://doi.org/10.1097/BSD.0000000000000912>

Graham, B. M. D. M. (2016). Defining and measuring patient satisfaction. *Journal of Hand Surgery*, 41(9), 929-931. <https://doi.org/10.1016/j.jhssa.2016.07.109>

Graugaard, P. K., Holgersen, K., Eide, H., & Finset, A. (2005). Changes in physician–patient communication from initial to return visits: A prospective study in a haematology outpatient clinic. *Patient Education and Counseling*, 57 (1), 22-29. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.03.014>

Green, C. R., Wheeler, J. R. C., Marchant, B., LaPorte, F., & Guerrero, E. (2001). Analysis of the physician variable in pain management. *Pain Medicine*, 2(4), 317-327. <https://doi.org/10.1046/j.1526-4637.2001.01045.x>

Griffiths, R., Mansell, W., Edge, D., & Tai, S. (2019). Sources of distress in first-episode psychosis: a systematic review and qualitative metasynthesis. *Qualitative Health Research*, 29(1), 107-123. <https://doi.org/10.1177/1049732318790544>

Gruß, I., Firemark, A., McMullen, C. K., Mayhew, M., & DeBar, L. L. (2020). Satisfaction with primary care providers and health care services among patients with chronic pain: A mixed-methods study. *Journal of General Internal Medicine*, 35(1), 190-197. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05339-2>

Gulbrandsen, P., Madsen, H. B., Benth, J. S., & Lærum, E. (2010). Health care providers communicate less well with patients with chronic low back pain – A study of encounters at a back pain clinic in Denmark. *Pain*, 150(3), 458-461. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.05.024>

- Guthrie, B., Payne, K., Alderson, P., McMurdo, M. E., & Mercer, S. W. (2012). Adapting clinical guidelines to take account of multimorbidity. *British Medical Journal*, *345*, e6341-6346.  
<https://doi.org/10.1136/bmj.e6341>
- Haber, M. G., Cohen, J. L., Lucas, T., & Baltes, B. B. (2007). The relationship between self-reported received and perceived social support: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*, *39*(1-2), 133-144. <https://doi.org/10.1007/s10464-007-9100-9>
- Håkansson Eklund, J., Holmström, I. K., Kumlin, T., Kaminsky, E., Skoglund, K., Högländer, J., Sundler, A. J., Condén, E., & Summer Meranius, M. (2019). “Same same or different?” A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient Education and Counseling*, *102*(1), 3-11. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.08.029>
- Haslam, N. (2007). Humanising medical practice: the role of empathy. *Medical Journal of Australia*, *187*(7), 381-382. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01305.x>
- Hayes, A. F. (2012). *The PROCESS macro for SPSS, SAS, and R*. Accédé le 8 mars 2020, <http://processmacro.org/download.html>
- Hayes, A. F. (2018). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis : a regression-based approach (Second edition.)*. The Guilford Press.
- Hayes, A. F., & Montoya, A. K. (2017). A tutorial on testing, visualizing, and probing an interaction involving a multicategorical variable in linear regression analysis. *Communication Methods and Measures*, *11*(1), 1-30.  
<https://doi.org/10.1080/19312458.2016.1271116>
- Henry, J. L. (2008). The need for knowledge translation in chronic pain. *Pain Research & Management*, *13* (6), 465-476. <https://doi.org/10.1155/2008/321510>
- Henry, S. G., Fuhrel-Forbis, A., Rogers, M. A. M., & Eggly, S. (2011). Association between nonverbal communication during clinical interactions and outcomes: A systematic review

and meta-analysis. *Patient Education and Counselling*, 86(3), 297-315.

<https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.07.006>

Hermans, L., Olde Hartman, T. C., & Dielissen, P. W. (2018). Differences between GP perception of delivered empathy and patient-perceived empathy: A cross-sectional study in primary care. *British Journal of General Practice*, 68(674), e621-e626.

<https://doi.org/10.3399/bjgp18X698381>

Hilderink, P. H., Burger, H., Deeg, D. J., Beekman, A. T., & Voshaar, R. C. O. (2012). The temporal relation between pain and depression: results from the longitudinal aging study Amsterdam. *Psychosomatic Medicine*, 74(9), 945-951.

<https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3182733fdd>

Hillen, M., de Haes, H., Stalpers, L., Klinkenbijl, J., Eddes, E., Butow, P., van der Vloodt, J., van Laarhoven, H., & Smets, E. (2014). How can communication by oncologists enhance patients' trust? An experimental study. *Annals of Oncology*, 25(4), 896-901.

<https://doi.org/10.1093/annonc/mdu027>

Himelhoch, S., Weller, W. E., Wu, A. W., Anderson, G. F., & Cooper, L. A. (2004). Chronic medical illness, depression, and use of acute medical services among medicare beneficiaries. *Medical Care*, 42(6), 512-521.

<https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000127998.89246.ef>

Hoffstädt, H., Stouthard, J., Meijers, M. C., Westendorp, J., Henselmans, I., Spreeuwenberg, P., de Jong, P., van Dulmen, S., & van Vliet, L. M. (2020). Patients' and clinicians' perceptions of clinician-expressed empathy in advanced cancer consultations and associations with patient outcomes. *Palliative Medicine Reports*, 1(1), 76-83.

<https://doi.org/10.1089/pmr.2020.0052>

- Hojat, M. (2007). *Empathy in Patient Care Antecedents, Development, Measurement, and Outcomes*. Springer New York. <https://doi.org/10.1007/0-387-33608-7>
- Hojat, M., Fields, S. K., & Gonnella, J. S. (2003). Empathy: An NP/MD comparison. *The Nurse Practitioner*, 28(4), 45-47. <https://doi.org/10.1097/00006205-200304000-00010>
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Mangione, S., Vergare, M., & Magee, M. (2002). Physician empathy: Definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *American Journal of Psychiatry*, 159(9), 1563-1569. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.9.1563>
- Hojat, M., Louis, D. Z., Markham, F. W., Wender, R., Rabinowitz, C., & Gonnella, J. S. (2011). Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Academic Medicine*, 86(3), 359-364. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182086fe1>
- Hojat, M., Vergare, M. J., Maxwell, K., Brainard, G., Herrine, S. K., Isenberg, G. A., Veloski, J., & Gonnella, J. S. (2009). The devil is in the third year: A longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Academic Medicine*, 84(9), 1182-1191. <https://doi.org/10.1097/acm.0b013e3181b17e55>
- Hong, J. H., Kim, H. D., Shin, H. H., & Huh, B. (2014). Assessment of depression, anxiety, sleep disturbance, and quality of life in patients with chronic low back pain in Korea. *Korean Journal of Anesthesiology*, 66(6), 444-450. <https://doi.org/10.4097/kjae.2014.66.6.444>
- Howick, J., Moscrop, A., Mebius, A., Fanshawe, T. R., Lewith, G., Bishop, F. L., Mistiaen, P., Roberts, N. W., Dieninytė, E., & Hu, X.-Y. (2018). Effects of empathic and positive communication in healthcare consultations: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 111(7), 240-252. <https://doi.org/10.1177/0141076818769477>



- Huang, J., Zhang, Z., & Zamponi, G. W. (2020). Pain : Integration of sensory and affective aspects of pain. *Current Biology*, *30*(9), 393-395. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2020.02.056>
- Hülshager, U. R., & Schewe, A. F. (2011). On the costs and benefits of emotional labor: A meta-analysis of three decades of research. *Journal of Occupational Health Psychology*, *16*(3), 361-389. <https://doi.org/10.1037/a0022876>
- Husted, J. A., Tom, B. D., Farewell, V. T., & Gladman, D. D. (2012). Longitudinal study of the bidirectional association between pain and depressive symptoms in patients with psoriatic arthritis. *Arthritis Care & Research*, *64*(5), 758-765. <https://doi.org/10.1002/acr.21602>
- Hysing, E.-B., Smith, L., Thulin, M., Karlsten, R., Butler, S., & Gordh, T. (2017). Identifying characteristics of the most severely impaired chronic pain patients treated at a specialized inpatient pain clinic. *Scandinavian Journal of Pain*, *17*(1), 178-185. <https://doi.org/10.1016/j.sjpain.2017.09.008>
- IsHak, W. W., Wen, R. Y., Naghdechi, L., Vanle, B., Dang, J., Knosp, M., Dascal, J., Marcia, L., Gohar, Y., & Eskander, L. (2018). Pain and depression: A systematic review. *Harvard Review of Psychiatry*, *26*(6), 352-363. <https://doi.org/10.1097/HRP.000000000000198>
- Jaracz, J., Gattner, K., Jaracz, K., & Górna, K. (2016). Unexplained painful physical symptoms in patients with major depressive disorder: Prevalence, pathophysiology and management. *CNS Drugs*, *30*(4), 293-304. <https://doi.org/10.1007/s40263-016-0328-5>
- Jiang, S. (2017). Pathway linking patient-centered communication to emotional well-being: Taking into account patient satisfaction and emotion management. *Journal of Health Communication*, *22*(3), 234-242. <https://doi.org/10.1080/10810730.2016.1276986>

- Jones, M. C., & Johnston, D. W. (1997). Distress, stress and coping in first-year student nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 26(3), 475-482. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.t01-5-00999.x>
- Jordan, K. D., & Okifuji, A. (2011). Anxiety disorders: Differential diagnosis and their relationship to chronic pain. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 25(3), 231-245. <https://doi.org/10.3109/15360288.2011.596922>
- Kane, G. C., Gotto, J. L., Mangione, S., West, S., & Hojat, M. (2007). Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy: preliminary psychometric data. *Croatian Medical Journal*, 48(1), 81-86.
- Katon, W. J. (2003). Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biological Psychiatry*, 54(3), 216-226. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(03\)00273-7](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(03)00273-7)
- Kavalnienė, R., Deksnyte, A., Kasiulevičius, V., Šapoka, V., Aranauskas, R., & Aranauskas, L. (2018). Patient satisfaction with primary healthcare services : Are there any links with patients' symptoms of anxiety and depression? *BMC Family Practice*, 19(1), 90-99. <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0780-z>
- Keefe, K. (1976). Empathy: the critical skill. *Social work*, 21(1), 10-14. <https://doi.org/10.1093/sw/21.1.10>
- Kelm, Z., Womer, J., Walter, J. K., & Feudtner, C. (2014). Interventions to cultivate physician empathy: a systematic review. *BMC Medical Education*, 14(1), 219-219. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-219>
- Kenny, D.A. (2018, 25 septembre). *Mediation*. David A. Kenny's Homepage. <http://davidakenny.net/cm/mediate.htm>

- Kenny, D.A., & Judd, C.M. (2014). Power anomalies in testing mediation. *Psychological Science, 25*(2), 334-339. <https://doi.org/10.1177/0956797613502676>
- Kenny, D. A., Kashy, D. A., & Bolger, N. (1998). *Data analysis in social psychology*. Dans D. T. Gilbert, S. T. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), *The handbook of social psychology* (p. 233–265). McGraw-Hill.
- Kim, S. S., Kaplowitz, S., & Johnston, M. V. (2004). The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Evaluation & the Health Professions, 27*(3), 237-251. <https://doi.org/10.1177/0163278704267037>
- Kitson, A., Marshall, A., Bassett, K., & Zeitz, K. (2013). What are the core elements of patient-centred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. *Journal of Advanced Nursing, 69*(1), 4-15. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06064.x>
- Knaster, P., Estlander, A.-M., Karlsson, H., Kaprio, J., & Kalso, E. (2016). Diagnosing depression in chronic pain patients: DSM-IV major depressive disorder vs. Beck Depression Inventory (BDI). *PloS one, 11*(3), 1-9. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0151982>
- Koechlin, H., Coakley, R., Schechter, N., Werner, C., & Kossowsky, J. (2018). The role of emotion regulation in chronic pain: A systematic literature review. *Journal of Psychosomatic Research, 107*, 38-45. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.02.002>
- Kool, M. B., van Middendorp, H., Boeije, H. R., & Geenen, R. (2009). Understanding the lack of understanding. Invalidation from the perspective of the patient with fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism, 61*(12), 1650-1656. <https://doi.org/10.1002/art.24922>
- Kootstra, T. J., Wilkens, S. C., Menendez, M. E., & Ring, D. (2018). Is physician empathy associated with differences in pain and functional limitations after a hand surgeon visit?

*Clinical Orthopaedics and Related Research*, 476(4), 801-807.

<https://doi.org/10.1007/s11999.00000000000000077>

Kristiansson, M. H., Brorsson, A., Wachtler, C., & Troein, M. (2011). Pain, power and patience-- A narrative study of general practitioners' relations with chronic pain patients. *BMC Family Practice*, 12(1), 31-31. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-12-31>

Kroenke, K. M. D., Outcalt, S. P. D., Krebs, E. M. D., Bair, M. J. M. D., Wu, J. M. S., Chumbler, N. P. D., & Yu, Z. P. D. (2013). Association between anxiety, health-related quality of life and functional impairment in primary care patients with chronic pain. *General Hospital Psychiatry*, 35(4), 359-365. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2013.03.020>

Kurtz, R. R., & Grummon, D. L. (1972). Different approaches to the measurement of therapist empathy and their relationship to therapy outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 39(1), 106-115. <https://doi.org/10.1037/h0033190>

Langen, I., Myhren, H., Ekeberg, Ø., & Stokland, O. (2006). Patient's satisfaction and distress compared with expectations of the medical staff. *Patient Education and Counseling*, 63(1-2), 118-125. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.09.008>

Larson, E. B., & Yao, X. (2005). Clinical Empathy as Emotional Labor in the Patient-Physician Relationship. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, 293(9), 1100-1106. <https://doi.org/10.1001/jama.293.9.1100>

LaVela, S. L., Heinemann, A. W., Etingen, B., Miskovic, A., Locatelli, S. M., & Chen, D. (2015). Relational empathy and holistic care in persons with spinal cord injuries. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 40(1), 30-42.

<https://doi.org/10.1080/10790268.2015.1114227>

- Lee, H.-J., Choi, E. J., Nahm, F. S., Yoon, I. Y., & Lee, P. B. (2018). Prevalence of unrecognized depression in patients with chronic pain without a history of psychiatric diseases. *The Korean Journal of Pain*, 31(2), 116-124. <https://doi.org/10.3344/kjp.2018.31.2.116>
- Lerman, S.F., Rudich, Z., Brill, S., Shalev, H., & Shahar, G. (2015). Longitudinal associations between depression, anxiety, pain, and pain-related disability in chronic pain patients. *Psychosomatic Medicine*, 77(3), 333-341. <https://doi.org/doi:10.1097/PSY.0000000000000158>
- Levin, J. M., Winkelman, R. D., Smith, G. A., Tanenbaum, J. E., Benzel, E. C., Mroz, T. E., & Steinmetz, M. P. (2017). Impact of preoperative depression on hospital consumer assessment of healthcare providers and systems survey results in a lumbar fusion population. *Spine*, 42(9), 675-681. <https://doi.org/10.1097/BRS.00000000000002101>
- Levinson, W., Roter, D. L., Mullooly, J. P., Dull, V. T., & Frankel, R. M. (1997). Physician-patient communication : The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA*, 277(7), 553-559. <https://doi.org/10.1001/jama.1997.03540310051034>
- Ley, P. (1988). *Communicating with patients: Improving communication, satisfaction and compliance*. Croom Helm, Ltd.
- Lévesque-Lacasse, A., & Cormier, S. (2020). La stigmatisation de la douleur chronique : un survol théorique et empirique. *Douleurs : Évaluation – Diagnostic – Traitement* 21 (3), 109-116. <https://doi.org/10.1016/ j.douler.2020.04.013>.
- Lindon, D. J. (2007). *Medical students' views regarding the role of empathy in patient -physician interactions* [Thèse de doctorat]. ProQuest Dissertations Publishing.

- Linton, S. J., Flink, I. K., & Vlaeyen, J. W. S. (2018). Understanding the etiology of chronic pain from a psychological perspective. *Physical Therapy, 98*(5), 315-324.  
<https://doi.org/10.1093/ptj/pzy027>
- Linton, S. J., & Shaw, W. S. (2011). Impact of psychological factors in the experience of pain. *Physical Therapy, 91*(5), 700-711. <https://doi.org/10.2522/ptj.20100330>
- Little, P., White, P., Kelly, J., Everitt, H., & Mercer, S. (2015). Randomised controlled trial of a brief intervention targeting predominantly non-verbal communication in general practice consultations. *British Journal of General Practice, 65*(635), e351-e356.  
<https://doi.org/10.3399/bjgp15x685237>
- Loeser, J. D., & Schatman, M. E. (2017). Chronic pain management in medical education: a disastrous omission. *Postgraduate Medicine, 129*(3), 332-335.  
<https://doi.org/10.1080/00325481.2017.1297668>
- López-Martínez, A.E., Esteve-Zarazaga, R., & Ramírez-Maestre, C. (2008). Perceived social support and coping responses are independent variables explaining pain adjustment among chronic pain patients. *The Journal of Pain, 4*, 373-379.  
<https://doi.org/10.1016/j.jpain.2007.12.002>
- Lumley, M. A., Cohen, J. L., Borszcz, G. S., Cano, A., Radcliffe, A. M., Porter, L. S., Schubiner, H., & Keefe, F. J. (2011). Pain and emotion: A biopsychosocial review of recent research. *Journal of Clinical Psychology, 67*(9), 942-968. <https://doi.org/10.1002/jclp.20816>
- MacKinnon, D. P., Fairchild, A. J., & Fritz, M. S. (2007). Mediation analysis. *Annual Review of Psychology, 58*, 593-614. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085542>
- Mardian, A. S., Hanson, E. R., Villarroel, L., Karnik, A. D., Sollenberger, J. G., Okvat, H. A., Dhanjal-Reddy, A., & Rehman, S. (2020). Flipping the pain care model: A

sociopsychobiological approach to high-value chronic pain care. *Pain Medicine*, 21 (6), 1168-1180. <https://doi.org/10.1093/pm/pnz336>

Marshall, P. W. M., Schabrun, S., & Knox, M. F. (2017). Physical activity and the mediating effect of fear, depression, anxiety, and catastrophizing on pain related disability in people with chronic low back pain. *PloS one*, 12(7), 1-15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180788>

Massé, R. (2000). Qualitative and quantitative analyses of psychological distress: methodological complementarity and ontological incommensurability. *Qualitative Health Research*, 10(3), 411-423. <https://doi.org/10.1177/104973200129118426>

Matthias, M. S., Parpart, A. L., Nyland, K. A., Huffman, M. A., Stubbs, D. L., Sargent, C., & Bair, M. J. (2010). The patient–provider relationship in chronic pain care: Providers' perspectives. *Pain Medicine*, 11(11), 1688-1697. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2010.00980.x>

McHugh, R. K., Kneeland, E. T., Edwards, R. R., Jamison, R., & Weiss, R. D. (2020). Pain catastrophizing and distress intolerance: prediction of pain and emotional stress reactivity. *Journal of Behavioral Medicine*, 43(4), 623-629. <https://doi.org/10.1007/s10865-019-00086-5>

McWilliams, L. A., Cox, B. J., & Enns, M. W. (2003). Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample. *Pain*, 106(1), 127-133. [https://doi.org/10.1016/s0304-3959\(03\)00301-4](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(03)00301-4)

Mead, N., & Bower, P. (2002). Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 48(1), 51-61. [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(02\)00099-x](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(02)00099-x)

- Meints, S. M., & Edwards, R. R. (2018). Evaluating psychosocial contributions to chronic pain outcomes. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 87, 168-182. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2018.01.017>
- Melzack, R., & Casey, K.L. (1968). *Sensory, motivational and central control determinants of pain: A new conceptual model*. Dans D. Kenshalo (Ed.), *The skin senses* (pp. 423-443). Charles C. Thomas Publisher.
- Menendez, M. E., Chen, N. C., Mudgal, C. S., Jupiter, J. B., & Ring, D. (2015). Physician empathy as a driver of hand surgery patient satisfaction. *The Journal of Hand Surgery*, 40(9), 1860-1865. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhsa.2015.06.105>
- Mercer, S. W., Maxwell, M., Heaney, D., & Watt, G. (2004). The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Family Practice*, 21(6), 699-705. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmh621>
- Mercer, S. W., McConnachie, A., Maxwell, M., Heaney, D., & Watt, G. C. (2005). Relevance and practical use of the Consultation and Relational Empathy (CARE) Measure in general practice. *Family Practice*, 22(3), 328-334. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmh730>
- Mercer, S. W., & Murphy, D. J. (2008). Validity and reliability of the CARE Measure in secondary care. *Clinical Governance: An International Journal*, 13 (4), 269-283. <https://doi.org/10.1108/14777270810912969>
- Mercer, S. W., Neumann, M., Wirtz, M., Fitzpatrick, B., & Vojt, G. (2008). General practitioner empathy, patient enablement, and patient-reported outcomes in primary care in an area of high socio-economic deprivation in Scotland—a pilot prospective study using structural equation modeling. *Patient Education and Counseling*, 73 (2), 240-245. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.07.022>



- Mercer, S. W., & Reynolds, W. J. (2002). Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice*, 52(Suppl), S9-12. <https://bjgp.org/content/bjgp/52/supplement/S9.full.pdf>
- Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). *Classification of chronic pain : Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms (2nd ed. ed.)*. IASP Press.
- Miaskowski, C., Blyth, F., Nicosia, F., Haan, M., Keefe, F., Smith, A., & Ritchie, C. (2020). A biopsychosocial model of chronic pain for older adults. *Pain Medicine*, 21(9), 1793-1805. <https://doi.org/10.1093/pm/pnz329>
- Miller, L. R., & Cano, A. (2009). Comorbid chronic pain and depression: who is at risk? *The Journal of Pain*, 10(6), 619-627. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2008.12.007>
- Miller-Matero, L. R., Chipungu, K., Martinez, S., Eshelman, A., & Eisenstein, D. (2017). How do I cope with pain? Let me count the ways: awareness of pain coping behaviors and relationships with depression and anxiety. *Psychology, Health & Medicine*, 22(1), 19-27. <https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1191659>
- Mills, S. E., Nicolson, K. P., & Smith, B. H. (2019). Chronic pain: A review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *British Journal of Anaesthesia*, 123(2), 273-283. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2019.03.023>
- Mitchell, A.J., Rao, S., & Vaze, A. (2011). Can general practitioners identify people with distress and mild depression? A meta-analysis of clinical accuracy. *Journal of Affective Disorders*, 130 (1-2), 26-36. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.07.028>
- Mons M. (2015). Empathie et odontologie [Thèse, Université Toulouse III - Paul Sabatier].
- Morin, A., Moullec, G., Maïano, C., Layet, L., Just, J., & Ninot, G. (2011). Propriétés psychométriques du Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) sur un échantillon français d'adultes cliniques et non-cliniques. *Epidemiology and Public Health*, 59(5), 327-340. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2011.03.061>

- Morrison, V., Johnston, M., & Walter, R. M. (2000). Predictors of distress following an acute stroke: Disability, control cognitions, and satisfaction with care. *Psychology & Health, 15*(3), 395-407. <https://doi.org/10.1080/08870440008402001>
- Morse, J. M., Anderson, G., Bottorff, J. L., Yonge, O., O'Brien, B., Solberg, S. M., & McIlveen, K. H. (1992). Exploring Empathy: A Conceptual Fit for Nursing Practice? *Image : The Journal of Nursing Scholarship, 24*(4), 273-280. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1992.tb00733.x>
- Náfrádi, L., Kostova, Z., Nakamoto, K., & Schulz, P. J. (2018). The doctor–patient relationship and patient resilience in chronic pain: A qualitative approach to patients’ perspectives. *Chronic Illness, 14*(4), 256-270. <https://doi.org/10.1177/1742395317739961>
- Nassar, N., Assaf, N., Farrag, D., Ibrahim, D., & Al-Sheekh, A. (2019). Depression in patients with chronic low back pain. *Egyptian Rheumatology and Rehabilitation, 46*(1), 48-54. [https://doi.org/10.4103/err.err\\_32\\_18](https://doi.org/10.4103/err.err_32_18)
- 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 and Counseling, 74*(3), 339-346. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.11.013>
- Neumann, M., Wirtz, M., Bollschweiler, E., Mercer, S. W., Warm, M., Wolf, J., & Pfaff, H. (2007). Determinants and patient-reported long-term outcomes of physician empathy in oncology: a structural equation modelling approach. *Patient Education and Counseling, 69*(1-3), 63-75. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.07.003>
- Newman, A. K., Kapoor, S., & Thorn, B. E. (2018). Health care utilization for chronic pain in low-income settings. *Pain Medicine, 19*(12), 2387-2397. <https://doi.org/10.1093/pm/pny119>

- Nicola, M., Correia, H., Ditchburn, G., & Drummond, P. (2019). Invalidation of chronic pain: a thematic analysis of pain narratives. *Disability and Rehabilitation*, 1-9.  
<https://doi.org/10.1080/09638288.2019.1636888>
- Ong, L. M. L., Visser, M. R. M., Lammes, F. B., & de Haes, J. C. J. M. (2000). Doctor–Patient communication and cancer patients’ quality of life and satisfaction. *Patient Education and Counseling*, 41(2), 145-156. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(99\)00108-1](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(99)00108-1)
- Owen, G., Bruel, B., Schade, C., Eckmann, M., Hustak, E., & Engle, M. (2018). Evidence-based pain medicine for primary care physicians. *Baylor University Medical Center Proceedings*, 31(1), 37–47. <https://doi.org/10.1080/08998280.2017.1400290>
- Patel, S., Pelletier-Bui, A., Smith, S., Roberts, M. B., Kilgannon, H., Trzeciak, S., & Roberts, B. W. (2019). Curricula for empathy and compassion training in medical education: A systematic review. *PloS one*, 14(8), e0221412.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221412>
- Paul-Savoie, E., Bourgault, P., Potvin, S., Gosselin, E., & Lafrenaye, S. (2018). The impact of pain invisibility on patient-centered care and empathetic attitude in chronic pain management. *Pain Research & Management*, 2018, 1–8.  
<https://doi.org/10.1155/2018/6375713>
- Pina, L. T. S., Gouveia, D. N., Costa, J. S., Quintans, J. S. S., Quintans-Júnior, L. J., Barreto, R. S. S., & Guimarães, A. G. (2017). New perspectives for chronic pain treatment: a patent review (2010-2016). *Expert Opinion on Therapeutic Patents*, 27(7), 787-796.  
<https://doi.org/10.1080/13543776.2017.1297425>
- Pinto, M. D., Greenblatt, A. M., Williams, B. L., & Kaplin, A. I. (2017). Exploring the mechanism of the clinical encounter on depressive symptoms in young Adults: A path

analysis. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(7), 533-539.

<https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1305023>

Pohontsch, N.J., Stark, A., Ehrhardt, M., Kötter, T., & Scherer, M. (2018). Influences on students' empathy in medical education: an exploratory interview study with medical students in their third and last year. *BMC Medical Education*, 18(231), 1-9.

<https://doi.org/10.1186/s12909-018-1335-7>

Pollak, K. I., Alexander, S. C., Tulsky, J. A., Lyna, P., Coffman, C. J., Dolor, R. J., Gulbrandsen, P., & Østbye, T. (2011). Physician empathy and listening: associations with patient satisfaction and autonomy. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 24(6), 665-672. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2011.06.110025>

Poundja, J., Fikretoglu, D., Guay, S., & Brunet, A. (2007). Validation of the French version of the brief pain inventory in Canadian veterans suffering from traumatic stress. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(6), 720-726.

<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.09.031>

Pringle, J., & Fawcett, J. (2017). Facilitating the therapeutic alliance between pharmacists and patients to improve medication adherence. Dans *Feedback-informed treatment in clinical practice: Reaching for excellence* (pp. 299–320). *American Psychological Association*.

<https://doi.org/10.1037/0000039-016>

Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.

<https://doi.org/10.1177%2F014662167700100306>

Raja, S.R., Carr, D.B., Cohen, M., Finnerup, N.B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F.J., Mogil, J., Ringkamp, M., Sluka, K.A., Song, X-J., Stevens, B., Sullivan, M.D., Tutelman, P.R., Ushida, T., & Vader, K. (2021). The revised International Association for the Study of Pain

definition in pain. *Pain*, 161(9), 1976-1982.

<http://dx.doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>

Rayner, L., Hotopf, M., Petkova, H., Matcham, F., Simpson, A., & McCracken, L. M. (2016).

Depression in patients with chronic pain attending a specialised pain treatment centre: prevalence and impact on health care costs. *Pain*, 157(7), 1472-1479.

<https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000542>

Ree, M. J., French, D., MacLeod, C., & Locke, V. (2008). Distinguishing cognitive and somatic

dimensions of state and trait anxiety: Development and validation of the State-Trait

Inventory for Cognitive and Somatic Anxiety (STICSA). *Behavioural and Cognitive*

*Psychotherapy*, 36(3), 313-332. <https://doi.org/10.1017/S1352465808004232>

Reynolds, W. J. (2000). *The measurement and development of empathy in nursing*. Routledge.

Reynolds, W. J., & Scott, B. (1999). Empathy: a crucial component of the helping relationship.

*Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6(5), 363-370.

<https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.1999.00228.x>

Ridner, S. H. (2004). Psychological distress: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*,

45(5), 536-545. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02938.x>

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 the American*

*Academy of Nurse Practitioners*, 20(12), 600-607. [https://doi.org/10.1111/j.1745-](https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00360.x)

[7599.2008.00360.x](https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2008.00360.x)

Rocque, R., & Leanza, Y. (2015). A systematic review of patients' experiences in communicating

with primary care physicians: Intercultural encounters and a balance between vulnerability

and integrity. *PloS one*, 10(10), e0139577. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0139577>

- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21*(2), 95-103. <https://doi.org/10.1037/h0045357>
- Roper, K.L., Jones, J., Rowland, C., Thomas-Eapen, N., & Cardarelli, R. (2020). Mixed methods study of patient and primary care provider perceptions of chronic pain treatment. *Patient Education and Counselling, (In press)*. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.08.038>
- Sareen, J., Cox, B. J., Clara, I., & Asmundson, G. J. G. (2005). The relationship between anxiety disorders and physical disorders in the U.S. National Comorbidity Survey. *Depression and anxiety, 21*(4), 193-202. <https://doi.org/10.1002/da.20072>
- Sauer, B. C., Brookhart, M. A., Roy, J., & VanderWeele, T. (2013). A review of covariate selection for non-experimental comparative effectiveness research. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety, 22*(11), 1139-1145. <https://doi.org/10.1002/pds.3506>
- Schattner, A., Rudin, D., & Jellin, N. (2004). Good physicians from the perspective of their patients. *BMC Health Services Research, 4*(1), 26-26. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-4-26>
- Schopflocher, D., Taenzer, P., & Jovey, R. (2011). The prevalence of chronic pain in Canada. *Pain Research and Management, 16*(6), 445-450. <https://doi.org/10.1155/2011/876306>
- Shapiro, J. (2008). Walking a mile in their patients' shoes: empathy and othering in medical students' education. *Philosophy, ethics, and humanities in medicine : PEHM, 3*(1), 10-10. <https://doi.org/10.1186/1747-5341-3-10>
- Sharp, T. J., & Harvey, A. G. (2001). Chronic pain and posttraumatic stress disorder: mutual maintenance? *Clinical Psychology Review, 21*(6), 857-877. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(00\)00071-4](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(00)00071-4)

- Sheikh, M. M., Qayyum, R., & Panda, M. (2019). Relationship of physicians' rapport with patients' satisfaction and psychological well-being during hospitalization. *Cureus, 11*(6). <https://dx.doi.org/10.7759%2Fcureus.4991>
- Shupler, M. S., Kramer, J. K., Cragg, J. J., Jutzeler, C. R., & Whitehurst, D. G. T. (2019). Pan-Canadian estimates of chronic pain prevalence from 2000 to 2014: A repeated cross-sectional survey analysis. *The Journal of Pain, 20*(5), 557-565. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2018.10.010>
- Sihvo, S., Hämäläinen, J., Kiviruusu, O., Pirkola, S., & Isometsä, E. (2006). Treatment of anxiety disorders in the Finnish general population. *Journal of Affective Disorders, 96*(1-2), 31-38. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.05.009>
- Silvester, J., Patterson, F., Koczwara, A., & Ferguson, E. (2007). "Trust Me...": Psychological and Behavioral Predictors of Perceived Physician Empathy. *Journal of Applied Psychology, 92*(2), 519-527. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.92.2.519>
- Skuladottir, H., & Halldorsdottir, S. (2010). The quest for well-being: Self-identified needs of women in chronic pain. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 25*(1), 81-91. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00793.x>
- Slade, S. C., Molloy, E., & Keating, J. L. (2012). The dilemma of diagnostic uncertainty when treating people with chronic low back pain: a qualitative study. *Clinical Rehabilitation, 26*(6), 558-569. <https://doi.org/10.1177%2F0269215511420179>
- Smith, K. E., Norman, G. J., & Decety, J. (2017). The complexity of empathy during medical school training: evidence for positive changes. *Medical Education, 51*(11), 1146-1159. <https://doi.org/10.1111/medu.13398>

- Squier, R. W. (1990). A model of empathic understanding and adherence to treatment regimens in practitioner-patient relationships. *Social Science & Medicine*, 30(3), 325-339.  
[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(90\)90188-x](https://doi.org/10.1016/0277-9536(90)90188-x)
- Steingrimsdóttir, Ó. A., Landmark, T., Macfarlane, G. J., & Nielsen, C. S. (2017). Defining chronic pain in epidemiological studies: A systematic review and meta-analysis. *Pain*, 158(11), 2092-2107. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001009>
- Stepien, K.A., & Baernstein, A. (2006). Educating for empathy. *Journal of General Internal Medicine*, 21(5), 524-530. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00443.x>
- 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. *The Journal of Family Practice*, 49(9), 796.
- Street Jr, R. L. (2013). How clinician–patient communication contributes to health improvement: modeling pathways from talk to outcome. *Patient Education and Counseling*, 92(3), 286-291. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.05.004>
- Street Jr, R. L., Makoul, G., Arora, N. K., & Epstein, R. M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician–patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 295-301. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.11.015>
- Stubbs, B., Vancampfort, D., Veronese, N., Thompson, T., Fornaro, M., Schofield, P., Solmi, M., Mugisha, J., Carvalho, A. F., & Koyanagi, A. (2017). Depression and pain: Primary data and meta-analysis among 237 952 people across 47 low-and middle-income countries. *Psychological Medicine*, 1-12. <https://doi.org/10.1017/S0033291717001477>
- Suchman, A. L., Markakis, K., Beckman, H. B., & Frankel, R. (1997). A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, 277(8), 678-682. <https://doi.org/10.1001/jama.1997.03540320082047>



- Sullivan, M. J. L., Adams, H., Tripp, D., & Stanish, W. D. (2008). Stage of chronicity and treatment response in patients with musculoskeletal injuries and concurrent symptoms of depression. *Pain, 135*(1-2), 151-159. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.05.021>
- Summers, R. F., & Barber, J. P. (2003). Therapeutic alliance as a measurable psychotherapy skill. *Academic Psychiatry, 27*(3), 160-165. <https://doi.org/10.1176/appi.ap.27.3.160>
- Tait, R. C. (2008). Empathy: Necessary for effective pain management? *Current Pain and Headache Reports, 12*(2), 108-112. <https://doi.org/10.1007/s11916-008-0021-6>
- Tan, G., Jensen, M. P., Thornby, J. I., & Shanti, B. F. (2004). Validation of the Brief Pain Inventory for chronic nonmalignant pain. *The Journal of Pain, 5*(2), 133-137. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2003.12.005>
- Teutsch, C. (2003). Patient–doctor communication. *The Medical Clinics of North America, 87*(5), 1115-1145. [https://doi.org/10.1016/s0025-7125\(03\)00066-x](https://doi.org/10.1016/s0025-7125(03)00066-x)
- Thompson, A. G. H., & Sunol, R. (1995). Expectations as Determinants of Patient Satisfaction : Concepts, Theory and Evidence. *International Journal for Quality in Health Care, 7*(2), 127-141. <https://doi.org/10.1093/intqhc/7.2.127>
- Tsai, Y.-F., Wei, S.-L., Lin, Y.-P., & Chien, C.-C. (2005). Depressive symptoms, pain experiences, and pain management strategies among residents of taiwanese public elder care homes. *Journal of Pain and Symptom Management, 30*(1), 63-69. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2005.01.014>
- Tsang, A., Von Korff, M., Lee, S., Alonso, J., Karam, E., Angermeyer, M. C., Borges, G. L. G., Bromet, E. J., De Girolamo, G., & De Graaf, R. (2008). Common chronic pain conditions in developed and developing countries: gender and age differences and comorbidity with depression-anxiety disorders. *The Journal of Pain, 9*(10), 883-891. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2008.05.005>

- Turk, D. C., & Adams, L. M. (2016). Using a biopsychosocial perspective in the treatment of fibromyalgia patients. *Pain Management*, 6(4), 357-369. <https://doi.org/10.2217/pmt-2016-0003>
- Turk, D. C., Dworkin, R. H., Revicki, D., Harding, G., Burke, L. B., Cella, D., Cleeland, C. S., Cowan, P., Farrar, J. T., & Hertz, S. (2008). Identifying important outcome domains for chronic pain clinical trials: an IMMPACT survey of people with pain. *Pain*, 137(2), 276-285. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.09.002>
- Turk, D. C., Fillingim, R. B., Ohrbach, R., & Patel, K. V. (2016). Assessment of psychosocial and functional impact of chronic pain. *The Journal of Pain*, 17(9), 21-49. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2016.02.006>
- Turk, D. C., Wilson, H. D., & Cahana, A. (2011). Treatment of chronic non-cancer pain. *The Lancet*, 377(9784), 2226-2235. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60402-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60402-9)
- Tyser, A. R., Gaffney, C. J., Zhang, C., & Presson, A. P. (2018). The association of patient satisfaction with pain, anxiety, and self-reported physical function. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 100(21), 1811.
- Upshur, C. C., Luckmann, R. S., & Savageau, J. A. (2006). Primary care provider concerns about management of chronic pain in community clinic populations. *Journal of General Internal Medicine*, 21(6), 652-655. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00412.x>
- van Dulmen, S., & van den Brink-Muinen, A. (2004). Patients' preferences and experiences in handling emotions: a study on communication sequences in primary care medical visits. *Patient Education and Counseling*, 55(1), 149-152. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(04\)00300-3](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(04)00300-3)

van Hecke, O., Torrance, N., & Smith, B. H. (2013). Chronic pain epidemiology and its clinical relevance. *BJA: British Journal of Anaesthesia*, *111*(1), 13-18.

<https://doi.org/10.1093/bja/aet123>

van Osch, M., van Dulmen, S., van Vliet, L., & Bensing, J. (2017). Specifying the effects of physician's communication on patients' outcomes: A randomised controlled trial. *Patient Education and Counseling*, *100*(8), 1482-1489. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.03.009>

Vartiainen, P., Heiskanen, T., Sintonen, H., Roine, R. P., & Kalso, E. (2016). Health-related quality of life and burden of disease in chronic pain measured with the 15D instrument. *Pain*, *157*(10), 2269-2276. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000641>

Velly, A. M., Look, J. O., Carlson, C., Lenton, P. A., Kang, W., Holcroft, C. A., & Friction, J. R. (2011). The effect of catastrophizing and depression on chronic pain – a prospective cohort study of temporomandibular muscle and joint pain disorders. *Pain*, *152*(10), 2377-2383. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.07.004>

Vos, T., Flaxman, A. D., Naghavi, M., Lozano, R., Michaud, C., Ezzati, M., Shibuya, K., Salomon, J. A., Abdalla, S., Aboyans, V., Abraham, J., Ackerman, I., Aggarwal, R., Ahn, S. Y., Ali, M. K., AlMazroa, M. A., Alvarado, M., Anderson, H. R., Anderson, L. M., Andrews, K. G., Atkinson, C., Baddour, L. M., Bahalim, A. N., Barker-Collo, S., Barrero, L. H., Bartels, D. H., Basáñez, M.-G., Baxter, A., Bell, M. L., Benjamin, E. J., Bennett, D., Bernabé, E., Bhalla, K., Bhandari, B., Bikbov, B., Abdulhak, A. B., Birbeck, G., Black, J. A., Blencowe, H., Blore, J. D., Blyth, F., Bolliger, I., Bonaventure, A., Boufous, S., Bourne, R., Boussinesq, M., Braithwaite, T., Brayne, C., Bridgett, L., Brooker, S., Brooks, P., Brugha, T. S., Bryan-Hancock, C., Bucello, C., Buchbinder, R., Buckle, G., Budke, C. M., Burch, M., Burney, P., Burstein, R., Calabria, B., Campbell, B., Canter, C. E., Carabin, H., Carapetis, J., Carmona, L., Cella, C., Charlson, F., Chen, H., Cheng, A. T.-A., Chou,

- D., Chugh, S. S., Coffeng, L. E., Colan, S. D., Colquhoun, S., Colson, K. E., Condon, J., Connor, M. D., Cooper, L. T., Corriere, M., Cortinovis, M., de Vaccaro, K. C., Couser, W., Cowie, B. C., Criqui, M. H., Cross, M., Dabhadkar, K. C., Dahiya, M., Dahodwala, N., Damsere-Derry, J., Danaei, G., Davis, A., De Leo, D., Degenhardt, L., Dellavalle, R., Delossantos, A., Denenberg, J., Derrett, S., Des Jarlais, D. C., & Dharmaratne, S. D. (2012). Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 380(9859), 2163-2196. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61729-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61729-2)
- Vowles, K. E., Zvolensky, M. J., Gross, R. T., & Sperry, J. A. (2004). Pain-related anxiety in the prediction of chronic low-back pain distress. *Journal of Behavioral Medicine*, 27(1), 77-89. <https://doi.org/10.1023/b:jobm.0000013645.40613.42>
- Waddell, G., Main, C. J., Morris, E. W., Di, M. P., & Gray, I. (1984). Chronic low-back pain, psychologic distress, and illness behavior. *Spine*, 9(2), 209-213. <https://doi.org/10.1097/00007632-198403000-00013>
- Wallston, B.S., Alagna, S.W., DeVellis, B.M., & DeVellis, R. (1983). Social support and physical health. *Health Psychology*, 2(4), 367-391. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.2.4.367>
- Walsh, S., O'Neill, A., Hannigan, A., & Harmon, D. (2019, 2019/11/01). Patient-rated physician empathy and patient satisfaction during pain clinic consultations. *Irish Journal of Medical Science*, 188(4), 1379-1384. <https://doi.org/10.1007/s11845-019-01999-5>
- Wang, Y., Wan, Q., Guo, J., Jin, X., Zhou, W., Feng, X., & Shang, S. (2018). The influence of effective communication, perceived respect and willingness to collaborate on nurses' perceptions of nurse–physician collaboration in China. *Applied Nursing Research*, 41, 73-79. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.04.005>

- Watt-Watson, J., McGillion, M., Hunter, J., Choiniere, M., Clark, A., Dewar, A., Johnston, C., Lynch, M., Morley-Forster, P., & Moulin, D. (2009). A survey of prelicensure pain curricula in health science faculties in Canadian universities. *Pain Research and Management, 14*(6), 439-444. <https://doi.org/10.1155/2009/307932>
- Weiss, R., Vittinghoff, E., Fang, M. C., Cimino, J. E., Chasteen, K. A., Arnold, R. M., Auerbach, A. D., & Anderson, W. G. (2017). Associations of physician empathy with patient anxiety and ratings of communication in hospital admission encounters. *Journal of Hospital Medicine, 12*(10), 805-810. <https://doi.org/10.12788/jhm.2828>
- 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. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.50.2.314>
- Wong, W. S., Chow, Y. F., Chen, P. P., Wong, S., & Fielding, R. (2015). A longitudinal analysis on pain treatment satisfaction among Chinese patients with chronic pain: predictors and association with medical adherence, disability, and quality of life. *Quality of Life Research, 24*(9), 2087-2097. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-0955-1>
- Yagil, D., Biron, M., Pat, D., Mizrahi-Reuveni, M., & Zoller, L. (2015). Accurate diagnosis of patients' distress levels: The effect of family physicians' ability to take the patient's perspective. *Patient Education and Counselling, 98*(12), 1631-1635. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.07.008>
- Yang, S., Park, Y., Han, K., Min, J., & Kim, S. (2016). Association between dental pain and depression in Korean adults using the Korean National Health and Nutrition Examination Survey. *Journal of Oral Rehabilitation, 43*(1), 51-58. <https://doi.org/10.1111/joor.12343>
- Yanni, L. M., McKinney-Ketchum, J. L., Harrington, S. B., Huynh, C., Amin, S., Matsuyama, R., Coyne, P., Johnson, B. A., Fagan, M., & Garufi-Clark, L. (2010). Preparation, confidence,

- and attitudes about chronic noncancer pain in graduate medical education. *Journal of Graduate Medical Education*, 2(2), 260-268. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-10-00006.1>
- Zaki, J., Bolger, N., & Ochsner, K. (2009). Unpacking the Informational Bases of Empathic Accuracy. *Emotion*, 9(4), 478-487. <https://doi.org/10.1037/a0016551>
- Zazulak, J., Sanaee, M., Frolic, A., Knibb, N., Tesluk, E., Hughes, E., & Grierson, L. E. M. (2017). The art of medicine: Arts-based training in observation and mindfulness for fostering the empathic response in medical residents. *Medical Humanities*, 43(3), 192-198. <https://doi.org/10.1136/medhum-2016-011180>
- Zimmermann, C., Piccolo, L. D., & Finset, A. (2007). Cues and concerns by patients in medical consultations: A literature review. *Psychological Bulletin*, 133(3), 438-463. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.3.438>
- 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. <https://doi.org/10.1097/acm.0b013e318281696b>
- Zwingmann, J., Baile, W. F., Schmier, J. W., Bernhard, J., & Keller, M. (2017). Effects of patient-centered communication on anxiety, negative affect, and trust in the physician in delivering a cancer diagnosis: A randomized, experimental study. *Cancer*, 123 (16), 3167-3175. <https://doi.org/10.1002/cncr.30694>

**ANNEXE A : Consentement des coauteurs**

## ANNEXE A

### Consentement des coauteurs

#### Consentement des co-auteurs pour la parution de l'article dans l'essai doctoral

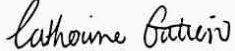
Je donne mon approbation afin qu' Andrea Too inclut l'article « Treatment satisfaction mediates the association between perceived physician empathy and psychological distress in a community sample of individuals with chronic pain », dont je suis co-auteure, dans son essai doctoral.

Stéphanie Cormier

Signature : 

Date: 1 octobre 2020

Catherine Gatien

Signature : 

Date: 1 octobre 2020



**ANNEXE B : Formulaire de consentement**

## **ANNEXE B**

### **Formulaire de consentement**

#### **Financement**

Fonds institutionnels de développement de la recherche et de la création (FIRC) de l'UQO.

Fonds de recherche du Québec — Société et culture

#### **Objectif et description de l'étude**

Ce projet de recherche vise à mieux comprendre l'influence de l'environnement social sur l'expérience de la douleur chronique (une douleur qui persiste depuis au moins 3 mois). Des aspects tels que l'influence du soutien conjugal et du professionnel traitant seront explorés. Vous aurez à remplir une batterie de questionnaires en format électronique. Nous vous poserons une variété de questions concernant, entre autres :

- 1) votre statut socioéconomique ;
- 2) vos douleurs et son impact au quotidien ;
- 3) votre relation avec votre professionnel traitant (si applicable) ;
- 4) le soutien conjugal dont vous disposez (si applicable) ;
- 5) votre état psychologique ; et
- 6) votre fonctionnement quotidien

Certaines sections du questionnaire pourraient ne pas s'appliquer à vous. Par conséquent, nous estimons que compléter le tout vous prendra environ 40 minutes.

#### **Risques**

Les risques associés à votre participation sont minimaux. Bien que peu probable, il se peut que certaines questions qui vous seront posées provoquent un certain inconfort. Cet inconfort devrait être léger et temporaire. Dans de telles circonstances, sachez que vous pouvez cesser de répondre aux questions à tout moment.

#### **Bénéfices potentiels**

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de l'impact des variables psychosociales sur l'expérience de la douleur sont les bénéfices directs anticipés. Ces avancés pourraient permettre d'améliorer les interventions destinées au soulagement de la douleur chronique.

Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée. Toutefois, en complétant le questionnaire en entier, vous pourrez courir la chance de gagner l'un de dix prix lors du tirage qui aura lieu à la fin de la collecte de données. **Dix** cartes de crédits prépayées d'une valeur de 50 \$ chacune seront tirées. Pour participer, il suffira de fournir vos coordonnées à la toute fin de la batterie de questionnaires. Les gagnants seront contactés directement.

### **Confidentialité**

Toutes les informations recueillies au cours de cette étude resteront confidentielles. Un code numérique vous sera attribué et il sera impossible de le relier à votre identité. Les données qui seront recueillies seront conservées dans un ordinateur sécurisé à l'aide d'un mot de passe. À la toute fin du questionnaire, il vous sera possible de fournir vos coordonnées afin 1) de participer à un tirage et de courir la chance de gagner l'une des dix cartes de crédits prépayées d'une valeur de 50 \$ et 2) d'être contacté dans le cadre d'études futures. Vos coordonnées seront conservées dans un fichier distinct et il ne sera en aucun cas possible de les relier aux données recueillies de façon anonyme. Sachez que vous êtes libres de fournir ou non ces informations.

Toutes les données seront codées, dénominalisées et sauvegardées dans des fichiers protégés par des mots de passe. Ces fichiers informatisés seront conservés sur les ordinateurs qui appartiennent aux chercheurs impliqués dans l'étude ou qui se retrouvent dans le Laboratoire d'étude sur la douleur de l'UQO, dirigé par Stéphanie Cormier, Ph.D.

Les résultats issus de ce projet seront diffusés principalement sous forme de communications dans le cadre de congrès scientifiques et d'articles scientifiques.

### **Participation volontaire et/ou retrait**

Votre participation à l'étude est entièrement volontaire. Vous avez la possibilité de refuser ou de vous retirer du projet de recherche à tout moment sans aucune explication ou pénalité.

### **Utilisation secondaire des données recueillies**

Les données recueillies grâce au présent projet seront conservées pour d'autres activités de recherche menées au sein du laboratoire de recherche dirigé par Stéphanie Cormier, Ph.D. Vos données seront conservées pour une période de 25 ans et ensuite détruites. Les mêmes règles d'éthique que pour le présent projet seront respectées.

### **Contrôle des aspects éthiques de l'étude**

Cette étude a été revue et approuvée par le comité d'éthique de l'Université du Québec en Outaouais.

À des fins de contrôle et de vérification, vos données de recherche pourraient être consultées par le personnel autorisé de l'UQO, conformément au Règlement relatif à l'utilisation des ressources informatiques et des télécommunications.

### **Questions et coordonnées**

Pour toutes questions concernant l'étude, veuillez contacter Catherine Gatién à l'adresse courriel suivant : gatc04@uqo.ca ou Andrea Too à l'adresse courriel suivante : tooa01@uqo.ca. Si vous avez des questions concernant les aspects éthiques de ce projet, veuillez communiquer avec André Durivage, président du Comité éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais par téléphone au (819) 595-3900 poste 1781 ou encore à l'adresse courriel suivant : andre.durivage@uqo.ca.

### **Déclaration de consentement**

Je déclare avoir lu le présent formulaire de consentement et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de cette recherche. Vous consentez également à ce que vos données soient conservées pour une utilisation secondaire. En complétant les questions du sondage, je consens librement et volontairement à prendre part à cette recherche. Vous consentez également à ce que vos données soient conservées pour une utilisation secondaire. Au cours du projet, vous demeurez libre de nous contacter pour obtenir des éclaircissements ou de vous retirer de l'étude en tout temps.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oui	Non

**ANNEXE C : Questionnaire sociodémographique**

## ANNEXE C

### Questionnaire sociodémographique

1. Quelle est votre année de naissance ?
2. À quel genre vous identifiez-vous ?
  - Femme
  - Homme
  - Autre
3. Combien d'années de scolarité avez-vous cumulées jusqu'à maintenant ?
4. Quelle est votre situation conjugale actuelle ?
  - Marié (e)
  - En cohabitation avec mon (ma) partenaire
  - En relation de couple et ne cohabite pas avec mon (ma) partenaire
  - En relation de fréquentation non exclusive (avec plus d'un partenaire)
  - Actuellement sans partenaire (célibataire, divorcé ou veuf)
5. Quel type de relation intime vivez-vous actuellement ?
  - Relation Hétérosexuelle
  - Relation Homosexuelle
  - Ne s'applique pas
    - Si vous n'êtes pas en couple, répondez : Ne s'applique pas
6. Depuis combien de temps êtes-vous en relation avec votre partenaire actuel ?
  - Nombre d'année :
  - Nombre de mois :
7. S'il y a lieu, depuis combien de temps habitez-vous avec votre partenaire actuel ?
  - Nombre d'année :
  - Nombre de mois :
8. Quel est votre statut d'emploi **principal** actuel ?  
Veuillez sélectionner une seule des propositions suivantes :
  - Étudiant (e)
  - Travail à temps plein
  - Travail à temps partiel
  - À la maison
  - Retraité(e)
  - Invalidité temporaire
  - Invalidité permanente
  - Sans employ

9. Quelle catégorie représente le mieux votre revenu familial annuel avant les déductions ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Moins de 20 000 \$
- 20 000 – 34 999 \$
- 35 000 – 49 999 \$
- 50 000 – 64 999 \$
- 65 000 – 79 999 \$
- 80 000 – 99 999 \$
- 100 000 – 119 000 \$
- 120 000 \$ et plus
- Je ne désire pas répondre

10. Quelle catégorie représente le mieux votre ethnicité ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Blanc (personne ayant des ancêtres originaires d'Europe, Afrique du Nord ou Moyen Orient)
- Noir (personne ayant des ancêtres originaires d'Afrique ou d'ethnicité noire)
- Amérindien (personne ayant des ancêtres originaires d'un groupe ou tribu des premières nations d'Amérique du Nord)
- Hispanique (Mexicain, Porto Ricain, Cubain, Amérique centrale ou du Sud)
- Asiatique (personne ayant des ancêtres originaires d'Orient, d'Asie, d'Inde, Iles du Pacifique, c'est-à-dire, Chine, Japon, Philippines, Corée, Samoa, etc.)
- Je préfère ne pas répondre.

11. Depuis combien de temps êtes-vous atteint de douleur chronique ?

- Nombre d'années :
- Nombre de mois :

12. Si applicable, quel est le diagnostic principal posé par votre médecin traitant ?

13. Principalement, où avez-vous de la douleur ? \*

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Tête, figure et bouche
- Région cervicale
- Épaules et membres supérieurs
- Région thoracique
- Région abdominale
- Région lombaire, dorsale, sacrum, coccyx
- Membres inférieurs
- Région pelvienne
- Région anale, périnéale et génitale
- Syndrome généralisé
- Autre

14. Quelle est la circonstance entourant l'apparition de votre douleur ?

Veillez sélectionner une seule des propositions suivantes :

- Accident de travail
- Accident avec un véhicule motorisé
- Accident à la maison
- Accident de sport
- Accident sur un lieu public
- Durant ou à la suite d'un cancer
- Durant ou à la suite d'une maladie (autre que le cancer)
- À la suite d'une chirurgie
- Mouvement/trauma répétitif
- Événement stressant
- Aucun événement précis
- Autre raison ou événement

15. Parmi les professionnels traitants suivants, lequel est le principal responsable de la prise en charge de votre douleur chronique en ce moment ?

- Ma douleur chronique n'est présentement PAS prise en charge par un professionnel
- Médecin généraliste (médecin de famille)
- Médecin spécialiste (rhumatologue, neurologue, etc.)
- Infirmière
- Psychologue
- Physiothérapeute
- Ergothérapeute
- Autre

\*\*Veillez noter que d'autres questions vous seront posées plus loin à l'égard de la personne que vous allez sélectionner ici. Lorsque des questions porteront sur « votre principal professionnel traitant » ou sur « le professionnel traitant responsable de la prise en charge de votre douleur » merci de toujours vous référer au professionnel que vous avez sélectionné dans la présente question.

16. Quel est le genre de ce professionnel traitant ?

- Homme
- Femme
- Autre

17. Quel est l'âge approximatif de ce professionnel traitant ?

- Entre 20 et 30 ans
- Entre 31 et 40 ans
- Entre 41 et 50 ans
- Entre 51 et 60 ans
- Entre 61 et 70 ans
- Entre 71 et 80 ans

18. Depuis quand consultez-vous ce professionnel traitant ?



- Depuis moins de 3 mois
- Depuis 3 à 6 mois
- Depuis 6 à 12 mois
- Depuis 1 à 5 ans
- Depuis 5 à 10 ans
- Depuis plus de 10 ans

19. À quand remonte votre dernière consultation avec ce professionnel traitant concernant votre problème de douleur chronique ?

- Années
- Mois
- Jours

20. À quelle fréquence consultez-vous ce professionnel traitant concernant votre problème de douleur chronique ?

- Moins d'une fois par année
- Environ une fois par année
- Environ deux à trois fois par année (c'est-à-dire une fois aux 4 à 6 mois)
- Environ quatre à six fois par année (c'est-à-dire une fois aux 2 à 3 mois)
- Environ douze fois par année (c'est-à-dire une fois par mois)
- Plus de douze fois par année (c'est-à-dire plus d'une fois par mois)

21. Veuillez indiquer, parmi les traitements suivants, ceux que vous avez utilisés dans le passé :

- Médicaments en vente libre (ex. : Tylenol, Motrin)
- Médicaments prescrits par un médecin (ex. : Lyrica, Cymbalta, Flexeril, Dilaudid, etc.)
- Interventions médicales (ex. : injection, bloc facettaire, infiltration, implant d'une pompe, implant d'un neurostimulateur, chirurgie)
- Techniques psychologiques (ex. : relaxation, hypnose, distraction, psychothérapie, groupe de support)
- Traitements physiques (ex. : exercices de physiothérapie, ergothérapie, électrostimulation TENS), acupuncture, massothérapie, ostéopathie, chaleur/froid, thérapie miroir)
- Autre :

22. Veuillez indiquer, parmi les traitements suivants, ceux que vous utilisez actuellement pour soulager votre douleur :

- Médicaments en vente libre (ex. : Tylenol, Motrin)
- Médicaments prescrits par un médecin (ex. : Lyrica, Cymbalta, Flexeril, Dilaudid, etc.)
- Interventions médicales (ex. : injection, bloc facettaire, infiltration, implant d'une pompe, implant d'un neurostimulateur, chirurgie)
- Techniques psychologiques (ex. : relaxation, hypnose, distraction, psychothérapie, groupe de support)

- Traitements physiques (ex. : exercices de physiothérapie, ergothérapie, électrostimulation [TENS], acupuncture, massothérapie, ostéopathie, chaleur/froid, thérapie miroir)
- Autre :

23. La semaine dernière, quel soulagement les traitements ou les médicaments que vous prenez vous ont-ils apporté : pouvez-vous indiquer le soulagement obtenu ?

**0 %      10 %   20 %   30 %   40 %   50 %   60 %   70 %   80 %   90 %      100 %**

**(Aucun soulagement)** **(Soulagement complet)**

**ANNEXE D : Questionnaire concis sur les douleurs (BPI)**

## ANNEXE D

### Questionnaire concis sur les douleurs (BPI) (Poundja et al., 2007)

1. Cochez le chiffre qui décrit le mieux la douleur la **plus intense** que vous ayez ressentie au cours des 24 dernières heures.

(Pas de douleur) (Douleur la plus horrible que vous puissiez imaginer)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Cochez le chiffre qui décrit le mieux la douleur **la plus faible** que vous ayez ressentie au cours des 24 dernières heures.

(Pas de douleur) (Douleur la plus horrible que vous puissiez imaginer)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Cochez le chiffre qui décrit le mieux votre douleur **en général**.

(Pas de douleur) (Douleur la plus horrible que vous puissiez imaginer)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Cochez le chiffre qui décrit le mieux votre douleur en **ce moment**.

(Pas de douleur) (Douleur la plus horrible que vous puissiez imaginer)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Veuillez choisir sur l'échelle suivante le chiffre qui décrit le mieux comment la douleur ressentie au cours des 7 derniers jours a interféré avec :

	<b>0</b> (N'interfère pas)	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b> (Interfère complètement)
<b>1. Activités générales</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>2. Humeur</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>3. Capacité à marcher</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>4. Travail (inclus le travail à la maison et à l'extérieur)</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>5. Relations avec les autres</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>6. Sommeil</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>7. Goût de vivre</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>8. Soins personnels</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>9. Activités récréatives</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>10. Activités sociales</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**ANNEXE E : Questionnaire CARE**

## ANNEXE E

### Questionnaire CARE (Mons, 2015)

Veillez répondre aux 10 questions suivantes en vous référant à la dernière consultation que vous avez eue avec votre principal professionnel traitant concernant votre problème de douleur chronique. Merci de répondre à toutes les questions.

#### Comment était le professionnel traitant pour :

##### 1. Vous mettre à l'aise.

(Il s'est présenté, a expliqué son rôle, a été amical et chaleureux, il s'est adressé à vous avec respect, sans être froid ni brusque.)

1	2	3	4	5	
Mauvais	Acceptable	Bon	Très Bon	Excellent	Ne s'applique pas

##### 2. Vous laissez raconter votre « histoire ».

(Il vous a laissé le temps de décrire votre état de santé avec vos propres mots, sans vous interrompre, vous presser ou vous distraire).

1	2	3	4	5	
Mauvais	Acceptable	Bon	Très Bon	Excellent	Ne s'applique pas

##### 3. Être vraiment à l'écoute.

(Il a accordé une réelle attention à ce que vous disiez ; il n'a pas regardé de notes ou un ordinateur pendant que vous parliez).

1	2	3	4	5	
Mauvais	Acceptable	Bon	Très Bon	Excellent	Ne s'applique pas

##### 4. S'intéresser à vous en tant que personne à part entière.

(Il vous a posé de bonnes questions, il a cherché à connaître des détails importants de votre vie, de votre situation, vous n'étiez pas un « simple numéro »).

1	2	3	4	5	
Mauvais	Acceptable	Bon	Très Bon	Excellent	Ne s'applique pas

##### 5. Comprendre pleinement vos attentes et préoccupations.

[Il a montré qu'il comprenait bien vos attentes, craintes ou préoccupations, sans rien laisser passer].

1	2	3	4	5	
Mauvais	Acceptable	Bon	Très Bon	Excellent	Ne s'applique pas

**6. Vous montrer de l'intérêt et de la compassion.**

[Il semblait sincèrement concerné, s'est montré humain, il ne s'est pas montré indifférent ou détaché].

1	2	3	4	5	
Mauvais	Acceptable	Bon	Très Bon	Excellent	Ne s'applique pas

**7. Être positif.**

[Il a eu une approche et une attitude positives, il a été honnête sans être négatif à propos de vos problèmes].

1	2	3	4	5	
Mauvais	Acceptable	Bon	Très Bon	Excellent	Ne s'applique pas

**8. Expliquer les choses clairement.**

[Il a complètement répondu à vos questions, il a expliqué clairement et vous a donné des informations satisfaisantes, sans être vague].

1	2	3	4	5	
Mauvais	Acceptable	Bon	Très Bon	Excellent	Ne s'applique pas

**9. Vous aider à « prendre les choses en main ».**

[Il a cherché avec vous ce que vous pouvez faire pour améliorer vous-même votre santé, il vous a encouragé sans vous faire la morale].

1	2	3	4	5	
Mauvais	Acceptable	Bon	Très Bon	Excellent	Ne s'applique pas

**10. Vous impliquer dans l'élaboration d'un plan d'action.**

[Il a discuté des différentes possibilités de traitement, il vous a impliqué dans les décisions comme vous le souhaitez, sans ignorer votre vision des choses].

1	2	3	4	5	
Mauvais	Acceptable	Bon	Très Bon	Excellent	Ne s'applique pas

Vous pouvez inscrire ici tout **autre commentaire** relatif à cette consultation avec votre principal professionnel traitant concernant votre douleur chronique.



**ANNEXE F : Questions uniques sur la satisfaction**

## ANNEXE F

### Questions uniques sur la satisfaction

Veillez indiquer, sur une échelle de 0 à 10,  votre degré de satisfaction globale à l'égard :

- |                                                                                                                                                           |                       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------------------------|
| <b>1. Du <u>professionnel traitant</u> responsable de la prise en charge de votre douleur chronique ?</b>                                                 | 0                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10                      |
|                                                                                                                                                           | [Aucune satisfaction] |   |   |   |   |   |   |   |   |   | [Satisfaction complète] |
| <b>2. Des <u>traitements</u> offerts par le professionnel traitant responsable de la prise en charge de votre douleur chronique ?</b>                     | 0                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10                      |
|                                                                                                                                                           | [Aucune satisfaction] |   |   |   |   |   |   |   |   |   | [Satisfaction complète] |
| <b>3. Du <u>soulagement obtenu</u> depuis que vous consultez le professionnel traitant responsable de la prise en charge de votre douleur chronique ?</b> | 0                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10                      |
|                                                                                                                                                           | [Aucune satisfaction] |   |   |   |   |   |   |   |   |   | [Satisfaction complète] |

**ANNEXE G : Questionnaire CES-D**

## ANNEXE G

### Questionnaire CES-D (Morin et al., 2011)

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

**1. J'ai été contrarié par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas.**

Jamais ou très rarement	Occasionnellement	Assez souvent	Fréquemment ou tout le temps
[Moins d'un jour]	[1 à 2 jours]	[3 à 4 jours]	[5 à 7 jours]

**2. Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit.**

Jamais ou très rarement	Occasionnellement	Assez souvent	Fréquemment ou tout le temps
[Moins d'un jour]	[1 à 2 jours]	[3 à 4 jours]	[5 à 7 jours]

**3. J'ai eu l'impression que je ne pouvais pas sortir du cafard, même avec l'aide de ma famille et de mes amis.**

Jamais ou très rarement	Occasionnellement	Assez souvent	Fréquemment ou tout le temps
[Moins d'un jour]	[1 à 2 jours]	[3 à 4 jours]	[5 à 7 jours]

**4. J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres.**

Jamais ou très rarement	Occasionnellement	Assez souvent	Fréquemment ou tout le temps
[Moins d'un jour]	[1 à 2 jours]	[3 à 4 jours]	[5 à 7 jours]

**5. J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais.**

Jamais ou très rarement	Occasionnellement	Assez souvent	Fréquemment ou tout le temps
[Moins d'un jour]	[1 à 2 jours]	[3 à 4 jours]	[5 à 7 jours]

**6. Je me suis senti déprimé.**

Jamais ou très rarement	Occasionnellement	Assez souvent	Fréquemment ou tout le temps
[Moins d'un jour]	[1 à 2 jours]	[3 à 4 jours]	[5 à 7 jours]

**7. J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort.**

Jamais ou très rarement	Occasionnellement	Assez souvent	Fréquemment ou tout le temps
[Moins d'un jour]	[1 à 2 jours]	[3 à 4 jours]	[5 à 7 jours]

**8. J'ai été confiant en l'avenir.**

Jamais ou très rarement [Moins d'un jour]	Occasionnellement [1 à 2 jours]	Assez souvent [3 à 4 jours]	Fréquemment ou tout le temps [5 à 7 jours]
----------------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------------------

**9. J'ai pensé que ma vie était un échec.**

Jamais ou très rarement [Moins d'un jour]	Occasionnellement [1 à 2 jours]	Assez souvent [3 à 4 jours]	Fréquemment ou tout le temps [5 à 7 jours]
----------------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------------------

**10. Je me suis senti craintif.**

Jamais ou très rarement [Moins d'un jour]	Occasionnellement [1 à 2 jours]	Assez souvent [3 à 4 jours]	Fréquemment ou tout le temps [5 à 7 jours]
----------------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------------------

**11. Mon sommeil n'a pas été bon.**

Jamais ou très rarement [Moins d'un jour]	Occasionnellement [1 à 2 jours]	Assez souvent [3 à 4 jours]	Fréquemment ou tout le temps [5 à 7 jours]
----------------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------------------

**12. J'ai été heureux.**

Jamais ou très rarement [Moins d'un jour]	Occasionnellement [1 à 2 jours]	Assez souvent [3 à 4 jours]	Fréquemment ou tout le temps [5 à 7 jours]
----------------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------------------

**13. J'ai parlé moins que d'habitude.**

Jamais ou très rarement [Moins d'un jour]	Occasionnellement [1 à 2 jours]	Assez souvent [3 à 4 jours]	Fréquemment ou tout le temps [5 à 7 jours]
----------------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------------------

**14. Je me suis senti seul.**

Jamais ou très rarement [Moins d'un jour]	Occasionnellement [1 à 2 jours]	Assez souvent [3 à 4 jours]	Fréquemment ou tout le temps [5 à 7 jours]
----------------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------------------

**15. Les autres ont été hostiles envers moi.**

Jamais ou très rarement [Moins d'un jour]	Occasionnellement [1 à 2 jours]	Assez souvent [3 à 4 jours]	Fréquemment ou tout le temps [5 à 7 jours]
----------------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------------------

**16. J'ai profité de la vie.**

Jamais ou très rarement [Moins d'un jour]	Occasionnellement [1 à 2 jours]	Assez souvent [3 à 4 jours]	Fréquemment ou tout le temps [5 à 7 jours]
----------------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------------------

**17. J'ai eu des crises de larmes.**

Jamais ou très rarement [Moins d'un jour]	Occasionnellement [1 à 2 jours]	Assez souvent [3 à 4 jours]	Fréquemment ou tout le temps [5 à 7 jours]
----------------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------------------

**18. Je me suis senti triste.**

Jamais ou très rarement [Moins d'un jour]	Occasionnellement [1 à 2 jours]	Assez souvent [3 à 4 jours]	Fréquemment ou tout le temps [5 à 7 jours]
----------------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------------------

**19. J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas.**

Jamais ou très rarement [Moins d'un jour]	Occasionnellement [1 à 2 jours]	Assez souvent [3 à 4 jours]	Fréquemment ou tout le temps [5 à 7 jours]
----------------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------------------

**20. J'ai manqué d'entrain.**

Jamais ou très rarement [Moins d'un jour]	Occasionnellement [1 à 2 jours]	Assez souvent [3 à 4 jours]	Fréquemment ou tout le temps [5 à 7 jours]
----------------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------------------

**ANNEXE H : Questionnaire STICSA**

## ANNEXE H

### Questionnaire STICSA - Échelle de trait (Duhamel et al., 2012)

Vous trouverez ci-dessous des énoncés pouvant être utilisés pour décrire la façon dont les gens se sentent. À côté de chacun d'eux se trouvent quatre chiffres qui permettent d'indiquer à quelle fréquence chaque énoncé est vrai pour vous [p. ex., 1 = presque jamais, 4 = presque toujours]. Veuillez s'il vous plaît lire chaque énoncé et choisir le chiffre qui indique le mieux à quelle fréquence, en général, cet énoncé est vrai pour vous.

Choisissez la réponse appropriée pour chaque élément :

	<b>Presque Jamais 1</b>	<b>À l'occasion 2</b>	<b>Souvent 3</b>	<b>Presque toujours 4</b>
<b>Mon cœur bat rapidement.</b>	1	2	3	4
<b>Mes muscles sont tendus.</b>	1	2	3	4
<b>Je me sens angoissé par mes problèmes.</b>	1	2	3	4
<b>Je pense que les autres ne m'approuveront pas.</b>	1	2	3	4
<b>Je sens que je passe à côté d'occasions parce que je ne peux pas me faire une idée assez rapidement.</b>	1	2	3	4
<b>Je me sens étourdi.</b>	1	2	3	4
<b>Je sens que mes muscles sont faibles.</b>	1	2	3	4
<b>Je me sens tremblant et chancelant.</b>	1	2	3	4
<b>J'imagine des malheurs futurs.</b>	1	2	3	4



	<b>Presque Jamais 1</b>	<b>À l'occasion 2</b>	<b>Souvent 3</b>	<b>Presque toujours 4</b>
<b>Je n'arrive pas à me débarrasser de certaines pensées.</b>	1	2	3	4
<b>J'ai du mal à me rappeler de certaines choses.</b>	1	2	3	4
<b>Je ressens de la chaleur au niveau de mon visage.</b>	1	2	3	4
<b>Je pense que le pire va arriver.</b>	1	2	3	4
<b>Je sens que mes bras et mes jambes sont engourdis.</b>	1	2	3	4
<b>Je sens que j'ai la gorge sèche.</b>	1	2	3	4
<b>Je me tiens occupé pour éviter d'avoir des pensées inconfortables.</b>	1	2	3	4
<b>Je ne peux me concentrer sans être dérangé par des pensées non pertinentes.</b>	1	2	3	4
<b>Ma respiration est rapide et peu profonde.</b>	1	2	3	4
<b>Je m'inquiète de ne pas pouvoir contrôler mes pensées autant que je le voudrais.</b>	1	2	3	4
<b>J'ai des papillons dans l'estomac.</b>	1	2	3	4
<b>Je sens que les paumes de mes mains sont moites.</b>	1	2	3	4

## **ANNEXE I : Approbation éthique de la recherche**

## ANNEXE I

### Approbation éthique de la recherche



#### S T A T U T S P O U R L E P R O J E T

##### I n f o r m a t i o n g é n é r a l e

Identifiant Nagano (acronyme)	2757-C
Numéros	2019-186, 2757-C
Type de projet	Demande d'approbation éthique pour un projet de recherche impliquant des êtres humains (pré-Nagano)
Processus accéléré	Non
Si sous-étude, étude principale	Aucune étude principale
Champ d'application	Département de psychoéducation et de psychologie
Bureau CÉR	Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais
Lieu d'évaluation éthique	Évaluation locale
Statut	Autorisé pour la recherche
Utilisateur principal	Too, Andrea Lauren
Date d'approbation du CÉR évaluateur	2018-04-04
Date de renouvellement	2021-10-18

##### S t a t u t s d u p r o j e t C É R

Statut	Date de création	Utilisateur
Approbation	2019-01-15 13:55	Nagano, Semiweb
À l'étude	2019-01-15 13:55	Nagano, Semiweb
Dossier complet	2019-01-15 13:55	Nagano, Semiweb
Déposé	2019-01-15 13:55	Nagano, Semiweb
En préparation	2019-01-15 13:55	Nagano, Semiweb

##### S t a t u t s d e s f o r m u l a i r e s

1b - Formulaire de demande de certificat d'éthique pour un projet de recherche qui s'insère dans un projet d'un professeur

Formulaire	Créé le	Déposé le	Approuvé / traité	Déposé par
F1b-186	2019-01-15 13:55	2019-01-15 13:55	2019-01-15 13:55	Nagano, Semiweb

9 - Formulaire de demande de renouvellement de l'approbation éthique

Formulaire	Créé le	Déposé le	Approuvé / traité	Déposé par
F9-4321	2020-09-18 11:35	2020-09-21 15:42	2020-09-21 16:04	Cormier, Stéphanie
F9-1890	2019-09-18 10:17	2019-09-20 12:16	2019-09-20 14:07	Cormier, Stéphanie