



HAL
open science

**La fatigue compassionnelle : état des connaissances
actuelles et sémiologie générale. Étude des facteurs de
risque parmi les vétérinaires exerçant en clientèle en
France**

Alizé Cointot

► **To cite this version:**

Alizé Cointot. La fatigue compassionnelle : état des connaissances actuelles et sémiologie générale. Étude des facteurs de risque parmi les vétérinaires exerçant en clientèle en France. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03639243

HAL Id: dumas-03639243

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03639243v1>

Submitted on 12 Apr 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Année 2021

**LA FATIGUE COMPASSIONNELLE :
ÉTAT DES CONNAISSANCES ACTUELLES ET
SEMILOGIE GÉNÉRALE.
ÉTUDE DES FACTEURS DE RISQUE PARMIS LES
VÉTÉRINAIRES EXERÇANT EN CLIENTÈLE EN
FRANCE.**

THÈSE

pour obtenir le diplôme d'État de
DOCTEUR VÉTÉRINAIRE

présentée et soutenue publiquement
le 03/01/2022
devant la Faculté de Médecine de Nantes par

Alizé, Océane COINTOT

Née le 28/12/1995 à Vernon (27)

sous la direction de
Florence BEAUGRAND

JURY

Présidente du jury : Madame Fabienne PEREZ, Responsable du Département d'Odontologie
Conservatrice et Professeur à la Faculté de Médecine de Nantes

Rapporteur : Madame Florence BEAUGRAND, Maître de Conférence en Sciences de gestion
à ONIRIS

Assesseur : Monsieur François MEURENS, Professeur d'Immunologie et Virologie à
ONIRIS

Membres invités : Monsieur Frank INSIGNARES, Professeur de Communication à ONIRIS
Madame Corinne BISSON, Professeur Responsable du Service Médecine
Préventive à ONIRIS



UNIVERSITÉ DE NANTES



Année 2021

**LA FATIGUE COMPASSIONNELLE :
ÉTAT DES CONNAISSANCES ACTUELLES ET
SEMILOGIE GÉNÉRALE.
ÉTUDE DES FACTEURS DE RISQUE PARMIS LES
VÉTÉRINAIRES EXERÇANT EN CLIENTÈLE EN
FRANCE.**

THÈSE

pour obtenir le diplôme d'État de
DOCTEUR VÉTÉRINAIRE

présentée et soutenue publiquement
le 03/01/2022
devant la Faculté de Médecine de Nantes par

Alizé, Océane COINTOT

Née le 28/12/1995 à Vernon (27)

sous la direction de
Florence BEAUGRAND

JURY

Présidente du jury : Madame Fabienne PEREZ, Responsable du Département d'Odontologie
Conservatrice et Professeur à la Faculté de Médecine de Nantes

Rapporteur : Madame Florence BEAUGRAND, Maître de Conférence en Sciences de gestion
à ONIRIS

Assesseur : Monsieur François MEURENS, Professeur d'Immunologie et Virologie à
ONIRIS

Membres invités : Monsieur Frank INSIGNARES, Professeur de Communication à ONIRIS
Madame Corinne BISSON, Professeur Responsable du Service Médecine
Préventive à ONIRIS



UNIVERSITÉ DE NANTES



Département BPSA Biologie, Pathologie et Sciences de l'Aliment		
Responsable : Emmanuel JAFFRES – Adjointe : Frédérique NGUYEN		
Nutrition et Endocrinologie		
Pharmacologie et Toxicologie	Jean-Claude DESFONTIS (Pr) Yassine MALLEM (Pr) Hervé POULIQUEN (Pr)	Antoine ROSTANG (MC) Meg-Anne MORICEAU (CERC)
Physiologie fonctionnelle, cellulaire et moléculaire	Jean-Marie BACH (Pr) Lionel MARTIGNAT (Pr)	Julie HERVE (MC HDR) Grégoire MIGNOT (MC) Adélie SALIN (CERC)
Histologie et anatomie pathologique	Marie-Anne COLLE (Pr) Jérôme ABADIE (MC)	Laetitia JAILLARDON (MC) Frédérique NGUYEN (MC)
Pathologie générale, microbiologie et immunologie	Hervé SEBBAG (MC)	
Biochimie alimentaire industrielle	Carole PROST (Pr) Joëlle GRUA (MC) Florence TEXIER (MC)	Clément CATANEO (MC) Alix KHALIL (CERC) Laurent LE THUAUT (MC)
Microbiotech	Hervé PREVOST (Pr) Géraldine BOUE (MC) Nabila HADDAD (MC)	Emmanuel JAFFRES (MC) Boris MISERY (CERC) Raouf TAREB (MC)
Département SAESP Santé des Animaux d'Élevage et Santé Publique		
Responsable : Alain CHAUVIN – Adjoint : Raphaël GUATTEO		
Élevage, nutrition et santé des animaux domestiques	Nathalie BAREILLE (Pr) François BEAUDEAU (Pr) Christine FOURICHON (Pr) Lucile MARTIN (Pr)	Juan Manuel ARIZA CHACON (CERC) Ségoène CALVEZ (MC) Aurélien MADOUASSE (MC) Nora NAVARRO-GONZALES (MC)
Infectiologie	Alain CHAUVIN (Pr) François MEURENS (Pr) Emmanuelle MOREAU (Pr) Nathalie RUVOEN-CLOUET (Pr)	Albert AGOULON (MC) Suzanne BASTIAN (MC) Léa LOISEL (CERC) Kenny OBERLE (CERC) Nadine RAVINET (MC)
Médecine des animaux d'élevage	Catherine BELLOC (Pr) Christophe CHARTIER (Pr) Raphaël GUATTEO (Pr) Anne RELUN (MC)	Sébastien ASSIE (MC) Isabelle BREYTON (MC) Mily LEBLANC MARIDOR (MC) Maud ROUAULT (AERC)
Hygiène et qualité des aliments	Jean-Michel CAPPELIER (Pr) Michel FEDERIGHI (Pr) Bruno LE BIZEC (Pr) Marie-France PILET (Pr)	Eric DROMIGNY (MC HDR) Fanny RENOIS-MEURENS (MC HDR) Sofia STRUBBIA (CERC)

Département DSC Sciences cliniques		
Responsable : Catherine IBISCH – Adjoint : Olivier GAUTHIER		
Anatomie comparée	Eric BETTI (MC) Claude GUINTARD (MC) Margarida RIBEIRO DA SILVA NEUNLIST (CERC)	
Pathologie chirurgicale et anesthésiologie	Eric AGUADO (Pr) Olivier GAUTHIER (Pr) Eric GOYENVALLE (MC HDR)	Pierre MAITRE (MC) Caroline TESSIER (MC) Gwénola TOUZOT-JOURDE (MC)
Dermatologie, parasitologie des carnivores et des équidés, mycologie	Jacques GUILLOT (Pr) Emmanuel BENSIGNOR (Pr Ass)	
Médecine interne, imagerie médicale et législation professionnelle vétérinaire	Anne COUROUCE (Pr) Jack-Yves DESCHAMPS (Pr) Françoise ROUX (Pr) Juan HERNANDEZ-RODRIGUEZ (Pr Ass) Nora BOUHSINA (CERC)	Nicolas CHOUIN (MC) Amandine DRUT (MC) Marion FUSELLIER-TESSON (MC) Catherine IBISCH (MC) Odile SENECAT (MC)
Biotechnologies et pathologie de la reproduction	Jean-François BRUYAS (Pr) François FIENI (Pr)	Djemil BENCHARIF (MC HDR) Lamia BRIAND (MC HDR)
Département GPA Génie des procédés alimentaires		
Responsable : Sébastien CURET-PLOQUIN – Adjointe : Vanessa JURY		
Lionel BOILLEREAUX (Pr) Sébastien CURET-PLOQUIN (Pr) Marie DE LAMBALLERIE (Pr) Francine FAYOLLE (Pr) Michel HAVET (Pr)	Alain LEBAIL (Pr) Olivier ROUAUD (Pr) Vanessa JURY (MC HDR) Emilie KORBEL (MC) Catherine LOISEL (MC)	Jean-Yves MONTEAU (MC HDR) Eve-Anne NORWOOD (MC) Laurence POTTIER (MC) Cyril TOUBLANC (MC)
Département MSC Management, statistiques et communication		
Responsable : Samira ROUSSELIERE – Adjointe : Evelyne VIGNEAU		
Mathématiques, statistiques, informatique	El Mostafa QANNARI (Pr) Chantal THORIN (Pr Ag) Evelyne VIGNEAU (Pr)	Véronique CARIOU (MC HDR) Philippe COURCOUX (MC) Michel SEMENOU (MC)
Economie, gestion, législation	Jean-Marc FERRANDI (Pr) Pascal BARILLOT (MC) Ibrahima BARRY (MC) Florence BEAUGRAND (MC)	Sibylle DUCHAINE (MC) Sonia MAHJOUR (MC) Samira ROUSSELIERE (MC)
Langues et communication	Marc BRIDOU (PLPA) David GOYLER (Ens. Cont.) Patricia JOSSE (Ens. Cont.)	Shaun MEEHAN (Ens. Cont.) Linda MORRIS (PCEA) Ian NICHOLSON (ENS. Cont.)

La reproduction d'extraits de cette thèse est autorisée avec mention de la source. Toute reproduction partielle doit être fidèle au texte utilisé. Cette thèse devra donc être citée en incluant les éléments bibliographiques suivants :

Nom et Prénom de l'auteur : Alizé Cointot

Année de soutenance : 2022

Titre de la thèse : La fatigue compassionnelle : état des connaissances actuelles et sémiologie générale. Étude des facteurs de risque parmi les vétérinaires exerçant en clientèle en France.

Intitulé du diplôme : Thèse de doctorat vétérinaire

Université de soutenance : Faculté de Médecine de Nantes

Ecole de soutenance : Oniris : Ecole Nationale Vétérinaire, Agroalimentaire et de L'alimentation Nantes Atlantique

Nombre de pages : 178 pages

« Je ne perds jamais : soit je gagne, soit j'apprends. La plus grande gloire n'est pas de ne jamais tomber, c'est de se relever à chaque chute »

Nelson Mandela

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES ANNEXES	21
TABLE DES FIGURES	23
TABLES DES TABLEAUX	25
LISTE DES ABRÉVIATIONS	27
INTRODUCTION	28
1. LA FATIGUE COMPASSIONNELLE : ETAT DES CONNAISSANCES ACTUELLES	30
1.1 Empathie et compassion : notions fondamentales des interactions sociales	30
1.1.1 Empathie : de la philosophie aux neurosciences, concept nomade dans la littérature... 30	
1.1.1.1. Pélerinage historique : origine et évolution de l'empathie	30
1.1.1.2. Empathie vs sympathie : relationnel cognitif ou affectif.....	31
1.1.1.3 Une empathie polymorphe controversée	32
1.1.1.4. Empathie : altruisme ou prédation ?	34
1.1.2 La compassion : mode de lecture et d'analyse de la souffrance d'autrui	35
1.1.2.1 La compassion : souffrance et partage	36
1.1.2.2 Compassion et pitié	37
1.1.2.3 Au-delà de l'empathie, la compassion	38
1.1.3 Traitement des émotions et système des neurones miroirs	39
1.1.3.1 Le traitement des émotions	39
1.1.3.1.1 L'amygdale et le circuit de la peur.....	40
1.1.3.1.2 Le striatum et le circuit de la récompense.....	42
1.1.3.1.3 Le cortex pré-frontal ventro-médial : prise de décision et jugement moral.....	44
1.1.3.1.4 Cortex operculo-insulaire et douleur empathique.....	44
1.1.3.2 Le système des neurones miroirs: base des comportements pro-sociaux.....	46
1.1.3.2.1 Découverte des neurones miroirs et implication dans la compréhension d'autrui.....	46
1.1.3.2.2 L'empathie, mécanisme de résonance dans le système miroir.....	48
1.2 Définition et historique des notions liées à la traumatisation secondaire.....	52
1.2.1 Le burn-out ou « syndrome d'épuisement professionnel ».....	54
1.2.2 Le stress traumatique secondaire, processus de contagion traumatique.....	55
1.2.3 Le traumatisme vicariant, engagement empathique face à la violence.....	56

1.3 La compassion mêlée à / et la traumatisation secondaire dans le milieu de la santé: le syndrome de fatigue compassionnelle.....	57
1.3.1 Définitions.....	57
1.3.1.1 Du stress compassionnel à la fatigue compassionnelle : une base de construction traumatique.....	57
1.3.1.2 Une notion antinomique de la satisfaction de compassion.....	58
1.3.1.3 Modélisation de la fatigue compassionnelle par Figley : une réaction en chaîne.....	58
1.3.2 Manifestations cliniques.....	60
1.3.3 Burn out et fatigue compassionnelle : qui de l'œuf ou de la poule ?.....	62
1.3.4 Traumatisation secondaire et classification internationale : vers une intégration de la fatigue compassionnelle au DSM-V ?.....	64
2. APPLICATION DE LA FATIGUE COMPASSIONNELLE EN STRUCTURE VÉTÉRINAIRE EN CLIENTÈLE.....	67
2.1 Les vertus de l'empathie et de la compassion dans la communication en clientèle vétérinaire.....	67
2.1.1 Une qualité intrinsèque du métier.....	67
2.1.2 Cas particulier de la relation d'aide en médecine vétérinaire pratique.....	68
2.1.3 Intérêt dans le processus thérapeutique.....	70
2.1.4 Variabilité interpersonnelle.....	71
2.1.4.1 Impact du genre.....	71
2.1.4.2 L'intelligence émotionnelle.....	72
2.1.4.2.1 L'intelligence émotionnelle et le haut potentiel.....	72
2.1.4.2.2 Utilité en communication clinique.....	74
2.1.4.3 Vétérinaire praticien, une histoire de vocation et d'identité ?.....	76
2.2 La fatigue compassionnelle dans l'angle mort des vétérinaires praticiens.....	77
2.2.1 Sources de stress multiples : principaux facteurs de risque.....	77
2.2.1.1 Facteurs organisationnels.....	77
2.2.1.2 Facteurs psycho-socio-démographiques.....	79
2.2.1.2.1 Facteurs socio-démographiques.....	79
2.2.1.2.2 La relation client et les dilemmes éthiques.....	80
2.2.1.2.3 La relation au sein de l'équipe.....	82
2.2.1.2.4 Facteurs biographiques et mal-être dans la profession.....	83
2.2.2 Côtayer la mort au quotidien.....	85
2.2.2.1 Habituation à la mort.....	85
2.2.2.1.1 La gestion des euthanasies.....	85
2.2.2.1.2 Théorie de la « dissonance cognitive ».....	86

2.2.2.2 Le suicide au sein de la profession : un triste palmarès et une déconstruction ultime de l'image de « privilégiés »	87
2.2.2.2.1 Epidémiologie du suicide dans l'un des « plus beaux métiers du monde.....	87
2.2.2.2.2 L'accès aux agents médicamenteux.....	88
2.3 De la prévention à la protection : une gestion à plusieurs échelles.....	90
2.3.1 Axe individuel : arrêter la résistance pour cultiver la résilience.....	90
2.3.1.1 Facteurs protecteurs.....	90
2.3.1.2 Notion de résilience et question d'équilibre.....	92
2.3.2 A l'échelle de la clinique : échange et soins aux collègues.....	93
2.3.3 A l'échelle universitaire et associative : information et formation.....	93
2.3.3.1 Communication et réalité pratique dans le corpus universitaire.....	93
2.3.3.2 Libérer la parole et briser l'isolement : organismes de soutien aux vétérinaires.....	93
3. ETUDE DES FACTEURS DE RISQUE LIÉS À LA FATIGUE COMPASSIONNELLE AUPRÈS DES VÉTÉRINAIRES PRATICIENS EN FRANCE	96
3.1 Cadre de l'étude.....	97
3.2 Méthodologie de recherche et d'étude.....	97
3.2.1 Le questionnaire ProQol : outil psychométrique de dépistage.....	97
3.2.2 Assistance psychologique et test de stigmatisation.....	99
3.2.3 Colonne vertébrale de l'enquête.....	100
3.2.4 Diffusion.....	102
3.3 Traitement statistique.....	103
3.3.1 Le test du khi-deux dans l'analyse de proportions entre échantillon et population mère.....	103
3.3.2 Identification des profils de l'échantillon.....	103
3.3.2.1 Test proQol et statut individuel face à la fatigue compassionnelle.....	103
3.3.2.2 Test d'aide psychologique et stigmatisation - analyse.....	104
3.3.3 Analyses univariées.....	105
3.3.3.1 Test de dépendance entre facteurs de risque hypothétiques et fatigue compassionnelle - variables qualitative / qualitative : test du khi-deux.....	105
3.3.3.2 Analyse de l'effet de facteurs de risque nominaux sur les t-scores - variables qualitative / quantitative : ANOVA.....	106
3.3.3.3 Analyse de corrélation entre t-scores et facteurs de risque numériques - variables quantitative / quantitative : coefficient de corrélation de Pearson.....	106

3.3.4 Analyse multivariée des facteurs de risque qualitatifs et quantitatifs dans l'étude de la fatigue compassionnelle : la régression logistique.....	107
3.3.5 Analyse textuelle de témoignages : le text mining.....	108
3.4 Résultats et Discussion.....	109
3.4.1 Analyses de proportions entre échantillon et population mère par le test du khi-deux.	109
3.4.2 Identification des profils de l'échantillon - interprétation du ProQol et test de stigmatisation.....	111
3.4.2.1 Statistiques descriptives associées au test proQol.....	111
3.4.2.2 Statistiques descriptives associées au test de stigmatisation.....	112
3.4.3 Analyses univariées.....	113
3.4.3.1 Analyse d'impact de facteurs qualitatifs sur la fatigue compassionnelle par le test du khi-deux.....	113
3.4.3.2 Etude complémentaire de l'impact des facteurs qualitatifs sur la fatigue compassionnelle par l'ANOVA.....	126
3.4.3.3 Analyse d'impact de facteurs quantitatifs dans le syndrome de fatigue compassionnelle par le test de corrélation de Pearson.....	131
3.4.3.4 Etude complémentaire de l'impact des facteurs quantitatifs discrétisés dans le syndrome de fatigue compassionnelle par l'ANOVA.....	133
3.4.4 Analyse multivariée des combinaisons de facteurs de risque qualitatifs et quantitatifs dans le développement de la fatigue compassionnelle chez les vétérinaires praticiens enquêtés - régression logistique.....	139
3.4.5 Analyse textuelle de témoignages - nuage de mots.....	145
3.4.6 Discussion : biais et perspectives.....	147
 CONCLUSION.....	 149
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	151
ANNEXES.....	162

TABLE DES ANNEXES

<i>Annexe n°1 : Enquête soumise aux vétérinaires exerçant en clientèle en France - version texte préalable au format Google Form (Cointot, 2021).....</i>	<i>162</i>
<i>Annexe n°2 : Table de référence des valeurs du khi-deux en fonction de la p-value.....</i>	<i>168</i>
<i>Annexe n°3 : Répartition des répondants selon le genre et le profil 1_Norm (atteint de fatigue compassionnelle) ou 0_Norm (non atteint de fatigue compassionnelle) selon le test du khi-deux (Cointot, 2021).....</i>	<i>169</i>
<i>Annexe n°4 : Répartition des répondants selon le statut matrimonial et le profil 1_Norm (atteint de fatigue compassionnelle) ou 0_Norm (non atteint de fatigue compassionnelle) selon le test du khi-deux (Cointot, 2021).....</i>	<i>169</i>
<i>Annexe n°5 : Répartition des répondants selon la pratique vétérinaire et le profil 1_Norm (atteint de fatigue compassionnelle) ou 0_Norm (non atteint de fatigue compassionnelle) selon le test du khi-deux (Cointot, 2021).....</i>	<i>170</i>
<i>Annexe n°6 : Répartition des répondants selon le statut matrimonial et le profil 1_Norm (atteint de fatigue compassionnelle) ou 0_Norm (non atteint de fatigue compassionnelle) selon le test du khi-deux (Cointot, 2021).....</i>	<i>171</i>
<i>Annexe n°7 : Répartition des répondants selon le repos en lendemain d'astreinte et le profil 1_Norm (atteint de fatigue compassionnelle) ou 0_Norm (non atteint de fatigue compassionnelle) selon le test du khi-deux (Cointot, 2021).....</i>	<i>171</i>
<i>Annexe n°8 : Répartition des répondants selon la présence d'un vécu traumatique en dehors du cadre du travail et le profil 1_Norm (atteint de fatigue compassionnelle) ou 0_Norm (non atteint de fatigue compassionnelle) selon le test du khi-deux (Cointot, 2021).....</i>	<i>172</i>
<i>Annexe n°9 : Répartition des répondants selon la présence d'un vécu traumatique parmi les confrères / collègues et le profil 1_Norm (atteint de fatigue compassionnelle) ou 0_Norm (non atteint de fatigue compassionnelle) selon le test du khi-deux (Cointot, 2021).....</i>	<i>172</i>
<i>Annexe n°10 : Répartition des répondants selon la présence d'un vécu traumatique parmi les propriétaires et le profil 1_Norm (atteint de fatigue compassionnelle) ou 0_Norm (non atteint de fatigue compassionnelle) selon le test du khi-deux (Cointot, 2021).....</i>	<i>173</i>
<i>Annexe n°11 : Répartition des répondants selon le statut dépendant au tabagisme et le profil 1_Norm (atteint de fatigue compassionnelle) ou 0_Norm (non atteint de fatigue compassionnelle) selon le test du khi-deux (Cointot, 2021).....</i>	<i>173</i>
<i>Annexe n°12 : Répartition des répondants selon le statut dépendant à l'alcoolisme et le profil 1_Norm (atteint de fatigue compassionnelle) ou 0_Norm (non atteint de fatigue compassionnelle) selon le test du khi-deux (Cointot, 2021).....</i>	<i>174</i>
<i>Annexe n°13 : Répartition des répondants selon le statut anorexique et le profil 1_Norm (atteint de fatigue compassionnelle) ou 0_Norm (non atteint de fatigue compassionnelle) selon le test du khi-deux (Cointot, 2021).....</i>	<i>174</i>

Annexe n°14 : Répartition des répondants selon le statut dépendant au sucre et le profil 1_Norm (atteint de fatigue compassionnelle) ou 0_Norm (non atteint de fatigue compassionnelle) selon le test du khi-deux (Cointot, 2021).....175

Annexe n°15 : Répartition des répondants selon le statut dépendant à la caféine et le profil 1_Norm (atteint de fatigue compassionnelle) ou 0_Norm (non atteint de fatigue compassionnelle) selon le test du khi-deux (Cointot, 2021).....175

Annexe n°16 : Répartition des répondants selon le statut bigorexique (dépendance à la pratique sportive) et le profil 1_Norm (atteint de fatigue compassionnelle) ou 0_Norm (non atteint de fatigue compassionnelle) selon le test du khi-deux (Cointot, 2021).....176

Annexe n°17 : Répartition des répondants selon le statut dépendant aux écrans et le profil 1_Norm (atteint de fatigue compassionnelle) ou 0_Norm (non atteint de fatigue compassionnelle) selon le test du khi-deux(Cointot, 2021).....176

Annexe n°18 : Répartition des répondants selon le statut dépendant aux jeux-vidéos et le profil 1_Norm (atteint de fatigue compassionnelle) ou 0_Norm (non atteint de fatigue compassionnelle) selon le test du khi-deux (Cointot, 2021).....177

Annexe n°19 : Répartition des répondants selon le statut dépendant aux psychotropes et le profil 1_Norm (atteint de fatigue compassionnelle) ou 0_Norm (non atteint de fatigue compassionnelle) selon le test du khi-deux (Cointot, 2021).....177

TABLE DES FIGURES

<i>Figure 1 : Schéma représentatif du système limbique (Frédérique, 2010)</i>	<i>42</i>
<i>Figure 2 : Le bien-être psychologique est prédit par l'activation soutenue du striatum ventral en réaction à des photos plaisantes ($p < 0,005$). (Heller et al., 2013).....</i>	<i>43</i>
<i>Figure 3 : Une activation soutenue dans le striatum ventral en réaction à des photos agréables est associée à de bas niveaux de cortisol au cours d'une journée. (Heller et al., 2013)</i>	<i>43</i>
<i>Figure 4 : La première série d'images représente l'expérimentateur humain tentant, sans succès, de séparer les différents composants de l'objet. La même action est réalisée par un expérimentateur mécanique dans la seconde série. (Meltzoff et Moore, 1989).....</i>	<i>48</i>
<i>Figure 5: Photographie de nouveaux-nés âgés de 12 à 21 jours imitant les expressions faciales réalisées par un expérimentateur adulte. L'imitation est innée chez l'homme. (Meltzoff et Moore, 1989).....</i>	<i>49</i>
<i>Figure 6 : Les concepts d'empathie et de compassion à l'aune des neurones miroirs dans la communication interindividuelle. (Cointot, 2021).....</i>	<i>51</i>
<i>Figure 7 : Représentation schématique de la contagion traumatique, sur le modèle de la propagation d'ondes de choc. (Derdour-Campos, 2018).....</i>	<i>53</i>
<i>Figure 8 : Modélisation du développement de la fatigue compassionnelle par Charles Figley (Figley, 2002).....</i>	<i>59</i>
<i>Figure 9 : Facteurs de stress liés à la carrière professionnelle selon une enquête menée auprès de vétérinaires australiens (Smith et al., 2009).....</i>	<i>78</i>
<i>Figure 10 : Facteurs de stress professionnels selon une enquête menée auprès de vétérinaires australiens (Smith et al., 2009).....</i>	<i>80</i>
<i>Figure 11 : Facteurs de stress cités par les vétérinaires français dans l'enquête menée auprès de vétérinaires exerçant en clientèle (Tupin, 2005).....</i>	<i>83</i>
<i>Figure 12 : Interactions entre les différents facteurs de risque du suicide dans la profession vétérinaire praticienne. Les flèches en rouge et orange indiquent un lien de causalité positif entre facteurs favorisant entre eux et le suicide. Les facteurs en bleus sont des facteurs protecteurs vis-à-vis du risque suicidaire. Les flèches bleues correspondantes indiquent une influence sur le risque suicidaire par leurs effets psychiques positifs (Malvaso, 2015). La fatigue compassionnelle n'a pas été incluse dans cette synthèse issue de la thèse de Malvaso, mais elle trouverait sa place au même titre que le burn-out, en tant qu'élément favorisant (orange).....</i>	<i>89</i>
<i>Figure 13 : Modélisation de la fatigue compassionnelle d'après le ProQol (Stamm, 2010)..</i>	<i>97</i>

<i>Figure 14 : Représentation des statuts individuels résultant de l'analyse du test ProQol (Cointot, 2021).....</i>	<i>104</i>
<i>Figure 15 : Répartition des répondants selon la présence d'enfant(s) dans le foyer et le profil 1_Norm (atteint de fatigue compassionnelle) ou 0_Norm (non atteint de fatigue compassionnelle) selon le test du khi-deux (Cointot, 2021)</i>	<i>114</i>
<i>Figure 16 : Répartition des répondants selon l'exercice professionnel et le profil 1_Norm (atteint de fatigue compassionnelle) ou 0_Norm (non atteint de fatigue compassionnelle) selon le test du khi-deux (Cointot, 2021)</i>	<i>116</i>
<i>Figure 17 : Répartition des répondants selon leur évaluation de l'ambiance dans leur structure ainsi que la qualité de leur rapport avec leurs collègues au travail, et le profil 1_Norm (atteint de fatigue compassionnelle) ou 0_Norm (non atteint de fatigue compassionnelle) selon le test du khi-deux (Cointot, 2021).....</i>	<i>119</i>
<i>Figure 18 : Répartition des répondants selon leur évaluation du soutien proposé par leurs collègues de travail, et le profil 1_Norm (atteint de fatigue compassionnelle) ou 0_Norm (non atteint de fatigue compassionnelle) par le test du khi-deux (Cointot, 2021).....</i>	<i>120</i>
<i>Figure 19 : Répartition des répondants selon leur évaluation du soutien proposé par leurs amis, et le profil 1_Norm (atteint de fatigue compassionnelle) ou 0_Norm (non atteint de fatigue compassionnelle) selon le test du khi-deux (Cointot, 2021).....</i>	<i>120</i>
<i>Figure 20 : Répartition des répondants selon leur évaluation du soutien proposé par leur famille, et le profil 1_Norm (atteint de fatigue compassionnelle) ou 0_Norm (non atteint de fatigue compassionnelle) selon le test du khi-deux (Cointot, 2021)</i>	<i>121</i>
<i>Figure 21 : Répartition des répondants selon leur sentiment d'isolement, et le profil 1_Norm (atteint de fatigue compassionnelle) ou 0_Norm (non atteint de fatigue compassionnelle) selon le test du khi-deux (Cointot, 2021).....</i>	<i>122</i>
<i>Figure 22 : Répartition des répondants selon leur vécu traumatique dans le cadre du travail, et le profil 1_Norm (atteint de fatigue compassionnelle) ou 0_Norm (non atteint de fatigue compassionnelle) selon le test du khi-deux (Cointot, 2021)</i>	<i>123</i>
<i>Figure 23 : Répartition des répondants selon la correspondance des profils boulimiques avec 1_Norm (atteint de fatigue compassionnelle) ou 0_Norm (non atteint de fatigue compassionnelle) selon le test du khi-deux (Cointot, 2021)</i>	<i>124</i>
<i>Figure 24 : Recherche d'optimisation des indicateurs de performance du modèle logistique proposé dans le cadre de l'enquête sur les vétérinaires praticiens exerçant en clientèle en France en fonction du seuil déterminant la positivité du répondant face au syndrome de fatigue compassionnelle (Cointot, 2021)</i>	<i>140</i>
<i>Figure 25 : Variables à expliquer présentées par ordre d'importance dans le développement du syndrome de fatigue compassionnelle parmi les vétérinaires échantillonnés selon le modèle de régression logistique proposé (Cointot, 2021)</i>	<i>142</i>
<i>Figure 26 : Nuage de mots généré par text mining appliqué aux témoignages volontaires récoltés sur la base de l'enquête soumise aux vétérinaires praticiens exerçant en clientèle en France (Cointot, 2021)</i>	<i>146</i>

TABLE DES TABLEAUX

<i>Tableau I : Manifestations de la fatigue compassionnelle (Boyle, 2011).....</i>	<i>60</i>
<i>Tableau II : Caractéristiques descriptives du burn out et de la fatigue compassionnelle.....</i>	<i>62</i>
<i>Tableau III : Seuils des sous-échelles et correspondance en niveau de risque d'après le manuel d'utilisation du ProQol</i>	<i>97</i>
<i>Tableau IV : Profils types d'individus selon le niveau de risque par la méthodologie ProQol.....</i>	<i>97</i>
<i>Tableau V : Statut du répondant au regard de la fatigue compassionnelle selon l'analyse du test ProQol et le modèle de régression logistique proposé (Cointot, 2021).....</i>	<i>107</i>
<i>Tableau VI : Comparaison des proportions entre échantillon testé et population mère issue de l'Atlas Démographique de la profession vétérinaire dans sa version 2021 par l'analyse du test du khi-deux (CNOV, 2021)</i>	<i>109</i>
<i>Tableau VII : Répartition des différents profils de vétérinaires praticiens selon analyse ProQol (Cointot, 2021).....</i>	<i>110</i>
<i>Tableau VIII : Répartition de l'échantillon de vétérinaires praticiens issus de l'échantillon selon la considération portée à l'aide psychologique (Cointot, 2021).....</i>	<i>111</i>
<i>Tableau IX : Evaluation de l'impact des facteurs qualitatifs sociodémographiques dans le développement de la fatigue compassionnelle parmi les vétérinaires praticiens échantillonnés par observation des p-value associées et issues du test du khi-deux (Cointot, 2021)</i>	<i>112</i>
<i>Tableau X : Evaluation de l'impact des facteurs qualitatifs socioprofessionnels dans le développement de la fatigue compassionnelle parmi les vétérinaires praticiens échantillonnés par observation des p-value associées et issues du test du khi-deux (Cointot, 2021).....</i>	<i>114</i>
<i>Tableau XI : Evaluation de l'impact d'autres facteurs de risque hypothétiques qualitatifs dans le développement de la fatigue compassionnelle parmi les vétérinaires praticiens échantillonnés par observation des p-value associées et issues du test du khi-deux (Cointot, 2021).....</i>	<i>116</i>
<i>Tableau XII : Evaluation de l'impact de facteurs qualitatifs sociodémographiques dans la triade burn-out, stress traumatique secondaire et satisfaction de compassion composant la fatigue compassionnelle parmi les vétérinaires praticiens échantillonnés par observation des p-value associées et issues du traitement statistique ANOVA (Cointot, 2021)</i>	<i>125</i>
<i>Tableau XIII : Evaluation de l'impact de facteurs qualitatifs socioprofessionnels dans la triade burn-out, stress traumatique secondaire et satisfaction de compassion composant la fatigue compassionnelle parmi les vétérinaires praticiens échantillonnés par observation des p-value associées et issues du traitement statistique ANOVA (Cointot, 2021)</i>	<i>126</i>

<i>Tableau XIV : Evaluation de l'impact d'autres facteurs de risque qualitatifs dans la triade burn-out, stress traumatique secondaire et satisfaction de compassion composant la fatigue compassionnelle parmi les vétérinaires praticiens échantillonnés par observation des p-value associées et issues du traitement statistique ANOVA (Cointot, 2021)</i>	<i>126</i>
<i>Tableau XV : Corrélations entre les facteurs de risque quantitatifs sociodémographiques et les t-scores reliés à la fatigue compassionnelle, selon le test de corrélation de Pearson (Cointot, 2021)</i>	<i>130</i>
<i>Tableau XVI : Corrélations entre les facteurs de risque quantitatifs socioprofessionnels et les t-scores reliés à la fatigue compassionnelle, selon le test de corrélation de Pearson (Cointot, 2021).....</i>	<i>131</i>
<i>Tableau XVII : Corrélations entre les autres facteurs de risque quantitatifs et les t-scores reliés à la fatigue compassionnelle, selon le test de corrélation de Pearson (Cointot, 2021)</i>	<i>132</i>
<i>Tableau XVIII : Evaluation de l'impact de facteurs quantitatifs sociodémographiques discrétisés dans la triade burn-out, stress traumatique secondaire et satisfaction de compassion composant la fatigue compassionnelle parmi les vétérinaires praticiens échantillonnés par observation des p-value associées et issues du traitement statistique ANOVA (Cointot, 2021)</i>	<i>133</i>
<i>Tableau XIX : Evaluation de l'impact de facteurs quantitatifs socioprofessionnels discrétisés dans la triade burn-out, stress traumatique secondaire et satisfaction de compassion composant la fatigue compassionnelle parmi les vétérinaires praticiens échantillonnés par observation des p-value associées et issues du traitement statistique ANOVA (Cointot, 2021)</i>	<i>134</i>
<i>Tableau XX : Evaluation de l'impact d'autres facteurs quantitatifs discrétisés dans la triade burn-out, stress traumatique secondaire et satisfaction de compassion composant la fatigue compassionnelle parmi les vétérinaires praticiens échantillonnés par observation des p-value associées et issues du traitement statistique ANOVA (Cointot, 2021)</i>	<i>135</i>
<i>Tableau XXI : Synthèse des variables qualitatives et quantitatives retenues comme facteurs de risque liés au développement de la fatigue compassionnelle à l'issue du traitement statistique de l'enquête parmi les vétérinaires praticiens (Cointot, 2021)</i>	<i>137</i>
<i>Tableau XXII : Répartitions des prédictions de l'échantillon enquêté selon le modèle de régression logistique proposé pour un seuil standard à 0,5 (Cointot, 2021)</i>	<i>138</i>
<i>Tableau XXIII : Répartitions des prédictions de l'échantillon enquêté selon le modèle de régression logistique proposé pour un seuil égal à 0,2 (Cointot, 2021)</i>	<i>140</i>
<i>Tableau XXIV : Impact des facteurs de risque potentiels liés à la fatigue compassionnelle dans la profession vétérinaire selon les coefficients de régression logistique. La couleur est d'autant plus intense que la variable possède un impact élevé sur le syndrome étudié (Cointot, 2021)</i>	<i>142</i>
<i>Tableau XXV : Impact des facteurs de protection potentiels liés à la fatigue compassionnelle dans la profession vétérinaire selon les coefficients de régression logistique. La couleur est d'autant plus intense que la variable possède un impact élevé sur le syndrome étudié (Cointot, 2021)...</i>	<i>143</i>

LISTE DES ABREVIATIONS

AVMA : American Veterinary Medical Association

BO : Burn-Out

CDC : Center for Disease Control

CFST : Compassion Fatigue Self Test for Practitioners

CS : Satisfaction de Compassion

FC : Fatigue Compassionnelle

ProQol : Professional Quality of Life Scale

STS : Stress Traumatique secondaire

INTRODUCTION

« *Quand je serai grand(e), je serai vétérinaire.* »

Nombreux sont les enfants qui, les yeux pétillants d'idéalisme, en ont déjà rêvé. Ils veulent être vétérinaire parce qu'ils aiment les animaux, parce qu'ils ont grandi entourés d'animaux, et / ou encore parce qu'ils ont été élevés par un ou des parents vétérinaires.

Bien que l'inconscient collectif l'imagine comme l'un des plus beaux métiers du monde, la réalité pratique est moins idyllique. L'emploi-même du terme « vétérinaire » au singulier témoigne de cette méconnaissance; le métier se conjugue effectivement au pluriel tant il en existe de multiples facettes. La déclinaison la plus répandue est celle du praticien exerçant en clientèle, sujet et cible de cette étude.

Satisfaction des soins prodigués aux animaux, qualité de la relation client, bonne entente au travail sont autant d'expériences gratifiantes pour le praticien en médecine vétérinaire.

Rythme de travail effréné, communication avec des propriétaires difficiles, dilemmes éthiques, confrontation régulière à la détresse individuelle, la maltraitance, la maladie et la mort animale, sont autant de revers de médaille.

Le lot quotidien des vétérinaires praticiens, mythe ou réalité ?

Sans aucun doute, ce milieu médical attire initialement des individus présentant un haut niveau d'empathie et de préoccupation pour les autres. Soigner, oui mais à quel prix ?

« Physiquement, je suis fatigué, psychologiquement, je suis cramé. Mais je ne peux pas m'arrêter, pour mon équipe, ma clientèle ». Les paroles de ce vétérinaire canin anonyme sont partagées par nombre de ses confrères et consoeurs, et font écho à ce que formule le docteur Madeleine Estryn-Béhar : soigner et s'épuiser, sans prendre conscience de devenir soi-même un patient potentiel.

Initialement définie comme « un signal d'alarme indiquant un risque de dépassement de l'organisme par le surmenage », la fatigue bénéficie d'une attention particulière depuis plusieurs années. Polysémique, polymorphe, le philosophe Philippe Zawieja en dresse un tableau complet dans son *Dictionnaire de la fatigue* (Droz, 2016).

La fatigue au travail dépasse le cadre strict de l'usure physique et prend une dimension psychologique. Appliquée au personnel soignant en réponse à une exposition à la souffrance, elle revêt alors le terme de « fatigue compassionnelle » (traduit directement de l'anglais, Figley 1985), qui exprime bien cet état d'épuisement physique et émotionnel induit par la relation de soin.

Si on entend fatigue psychique et souffrance comme synonymes (Desjours, 1980), ne doit-on pas s'inquiéter plus sérieusement du bien-être du praticien soumis à une charge émotionnelle intense ?

Connue de nos homologues anglophones, la fatigue compassionnelle reste peu étudiée parmi les vétérinaires exerçant en clientèle en France, bien que les risques psychosociaux associés aux prestataires de soins commencent à être abordés dans la littérature.

« Vous faites un métier formidable docteur » ... Les chiffres relatifs au suicide dans la profession connaissent pourtant une inflation tristement remarquable. Selon l'*American Veterinarian Medicine Association (AVMA)*, un vétérinaire sur six aux Etats-Unis a déjà envisagé l'hypothèse du suicide.

La fatigue compassionnelle est l'une des composantes de la détresse présente en filigrane dans la population de vétérinaires praticiens, et participe au paradoxe de l'image popularisé de « privilégiés ». En interrogeant le rapport à autrui, elle pose la question de la distance émotionnelle au sein de la profession. Réel enjeu de santé publique, cette thèse a pour objectif d'alerter sur l'existence de la fatigue compassionnelle comme risque du métier, et d'en identifier les facteurs de risque potentiels.

Afin de comprendre ce qui sous-tend le syndrome de fatigue compassionnelle, il conviendra, dans un premier temps, d'axer notre réflexion sur les notions d'empathie et de compassion. Aborder la thématique de la traumatisation secondaire sera l'occasion de lever toute confusion avec d'autres syndromes desquels elle est conceptuellement proche.

Il sera question dans un second temps des enjeux de la fatigue compassionnelle en structure vétérinaire en clientèle. Une approche proactive et lucide sera proposée sous la forme de pistes de prévention.

Enfin, sur la base d'une enquête, ce travail se concentrera sur l'étude des facteurs de risque associés à la fatigue compassionnelle chez les vétérinaires exerçant en clientèle en France.

1. LA FATIGUE COMPASSIONNELLE : ETAT DES CONNAISSANCES ACTUELLES

1.1 Empathie et compassion : notions fondamentales des interactions sociales

1.1.1 Empathie : de la philosophie aux neurosciences, concept nomade dans la littérature

« L'empathie semble être un concept simple – une personne sent ce qu'une autre ressent – mais plus on en apprend à ce sujet, plus cela devient complexe » (*Hoffman, 1977*).

De nombreuses controverses existent sur le terme « empathie ». Selon la discipline, également selon les auteurs, l'empathie est confondue avec des concepts qui lui sont liés mais présentant pourtant de subtiles différences, comme la « sympathie », ou encore la « compassion ». Cette thèse retient les dimensions sociologique et psychologique, qui semblent être les plus adéquates pour répondre à notre problématique.

Le Larousse décrit l'empathie comme une « faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent. » (*Larousse, s. d.*).

Certes incomplète, cette définition évoque une situation davantage sensitive que verbale. Qualifiée d'« intuitive », et selon les psychologues évolutionnistes, l'empathie est automatiquement engendrée par l'observation d'indices perceptifs émotionnels, il s'agit d'un processus cognitif. Cette théorie s'inscrit dans la lignée des récentes découvertes sur les neurones miroirs, qui seront abordées dans un chapitre ultérieur.

1.1.1.1. Pèlerinage historique : origine et évolution de l'empathie

Les premières traces de l'empathie dans la littérature remontent à la seconde maxime de Kant, « penser du point de vue de n'importe qui d'autre », qu'il nomme également « mode étendu de la pensée ». Pour dépasser les limites de la pensée individuelle, Kant invite à « se mettre à la place des autres » (*Kant et Philonenko, 1993*). On retrouve ici l'essence-même de l'empathie, et ce qui devient par la suite la clé de voûte de la philosophie allemande.

Le terme est véritablement introduit en 1872 par le mot *Einfühlung*, sous la plume de Robert Vischer dans sa thèse de doctorat *Sur le sentiment optique*. En allant au-delà de la simple contemplation esthétique, il vient étoffer le champ lexical construit sur le même radical « *fühl* » pour désigner le sentiment éprouvé au contact des choses, ou des êtres (*Jorland et Thirioux, 2008*).

Robert Vischer, citant lui-même son père, historien et théoricien de l'art, souhaite comprendre comment les objets du monde extérieur font impression sur nos sens en excitant nos nerfs, et comment le spectateur attribue des sentiments aux choses qui l'entourent. Par projection du moi dans les êtres, l'*Einfühlung* rend compte d'un mécanisme de sensibilité esthétique par lequel le spectateur accède au sens d'une œuvre d'art.

« Le sentiment de soi n'est pourvoyeur de sentiment que du moment où il se transforme en « sentiment partagé » » (*Jorland et Thirioux, 2008*). En introduisant la notion de résonance comme vibration à l'unisson des âmes, Vischer explique que le sentiment de soi doit dépasser le seul intérêt individuel pour aller à la rencontre des autres. De cette manière, il démontre le concept d'empathie envers un autre que soi, humain, animal, végétal.

Cette approche esthétique de l'empathie connut une diffusion rapide en psychologie et en psychanalyse, bien que la richesse de ses nuances ne reçut pas tant d'attention.

A la croisée de la philosophie et de la psychologie, Theodor Lipps, connu comme le théoricien de l'empathie, s'est inspiré des travaux de Vischer pour la thématiser. Sous l'influence de Lipps, l'*Einfühlung* désigne le pouvoir d'un individu à se projeter sur les éléments extérieurs et à s'immiscer en eux.

Il y approfondit l'idée de délocalisation subie par le sujet dans la relation empathique, reprise en psychanalyse à travers la notion de transfert, c'est-à-dire le déplacement d'un sentiment ressenti par le patient envers son psychothérapeute.

Cette fonction psychologique de projection et de participation subjective décrite par Lipps n'est pas sans rappeler le processus de cognition sociale désignant l'ensemble des mécanismes psychologiques qui sous-tendent notre capacité à accéder à l'intériorité mentale d'autres individus et à interagir avec eux (*Fiske, 2012*).

Malgré des rigidités terminologiques et la difficulté à trouver un réel consensus, l'histoire de la pensée empathologique s'inscrit dans une perspective interdisciplinaire.

1.1.1.2. Empathie vs sympathie : relationnel cognitif ou affectif

Le terme d'empathie trouve son origine dans la philosophie esthétique allemande, mais le concept qui lui est associé prend des racines plus anciennes dans la philosophie des Lumières écossaises, dans le système d'Adam Smith basé sur le concept de sympathie. L'empathie délimite donc un champ autrefois couvert par la sympathie.

Smith insiste sur la différence entre une sympathie « égoïste », fondée sur l'amour de soi (en imaginant ce que « je » pourrais ressentir dans la même situation) et un processus non égoïste reposant sur le point de vue de l'autre (se mettre à la place d'autrui en conservant son identité). Sympathiser avec le sentiment d'un autre implique d'être en accord avec celui-ci et d'en ressentir une « copie sympathique ».

Selon Gérard Jorland (*2006*), la sympathie est dans le partage, tandis que l'empathie se situe dans la simple reconnaissance des émotions. Un individu peut reconnaître la joie, ou la peur, de quelqu'un, sans pour autant l'éprouver. Au contraire, la sympathie implique d'éprouver les mêmes émotions que l'autre.

Cependant, la distinction reconnaître / partager ne suffit pas à rendre compte de la distinction entre les deux concepts.

Empathiques, nous le sommes lorsque nous nous mettons à la place d'autrui, et que nous saisissons son point de vue; libre à chacun, fort de cette expérience, d'éprouver ce qu'éprouve l'autre, par sympathie (*Vignemont, 2011*).

La sympathie désigne le processus inverse : partager les émotions d'autrui dans un premier temps, et en dessiner une représentation par la suite. Selon Jordland, le paradigme de cette contagion émotionnelle est le fou rire : en présence de personnes prises de fou rire, nous nous mettons spontanément à rire sans connaître les raisons de cet amusement, avec lesquelles nous ne sommes, symétriquement avec l'empathie, pas nécessairement en accord.

Le rire est par ailleurs tellement contagieux que les bons comiques ne rient jamais, de telle manière à induire le rire des spectateurs non pas par imitation, par sympathie, mais en leur racontant une histoire, c'est-à-dire en manipulant leur empathie.

Ainsi formulée, être en sympathie avec l'autre signifie se soucier de son bien-être, c'est un lien affectif. L'empathie est un moyen de connaissance permettant d'enchâsser sa propre subjectivité à une perspective psychologique autre sans pour autant perdre de vue sa propre identité; elle est donc d'ordre cognitive (*Favre et al., 2005*).

1.1.1.3 Une empathie polymorphe controversée

Empathie affective et empathie cognitive

La distinction empathie / sympathie décrite plus haut cantonne l'empathie au domaine purement intellectuel, et symétriquement, vend la sympathie comme appartenant au seul champ affectif (*Caillé et Chanial, 2008*).

Jean Decety, spécialiste en neurosciences sociales et cognitives, le dit lui-même : « Il existe presque autant de définitions du concept d'empathie qu'il y a d'auteurs écrivant dessus ».

Lui, et bien d'autres auteurs, proposent une conjugaison selon deux modalités : l'empathie cognitive, correspondant à la définition de l'empathie vue dans le chapitre précédent, et l'empathie émotionnelle, plus proche de la description du concept de sympathie expliqué dans le même chapitre (*Simon, 2009*).

Serge Tisseron, psychiatre français dont les recherches portent depuis une dizaine d'années sur l'empathie, corrobore cette complémentarité. Sous sa plume, l'empathie émotionnelle devient « empathie affective », et désigne un système intuitif au fonctionnement rapide et automatique qui apparaît dès la première année de la vie. Réponse affective face à l'état émotionnel d'un autre que soi, ce mécanisme est également appelé « résonance émotionnelle ». Au contraire, l'empathie cognitive est un système délibératif et conscient dans lequel il ne s'agit plus de ressentir les émotions d'autrui, comme dans le stade précédent, mais d'intégrer son point de vue en tenant compte de ses différences (*Tisseron, 2011*).

Selon lui toujours, empathies affective et cognitive se combinent pour former l'« empathie mature », qui correspond en réalité au simple terme « empathie » dans le langage courant. Ici naît une autre confusion: employer le terme « empathie » comme la capacité à se mettre émotionnellement à la place d'autrui, c'est courir le risque de l'envisager strictement sous sa caractéristique émotionnelle, alors que l'empathie, au sens d'empathie mature, possède également une acceptation intellectuelle.

Ce rapport entre les dimensions cognitive et émotionnelle concentre les divergences de points de vue. Certains auteurs appellent à considérer le caractère unitaire de l'empathie, plutôt qu'à opposer les volets cognitif et affectif. Les articuler est donc un véritable challenge, dont l'un des pré-requis est, pour certains auteurs encore, la distinction avec la contagion émotionnelle.

Empathie et contagion émotionnelle

En effet, quand l'empathie émotionnelle n'est pas confondue avec l'empathie cognitive, elle l'est avec la contagion émotionnelle. Cette dernière désigne un processus par lequel un individu s'imprègne de l'état affectif d'une autre personne, sans se rendre compte que ce n'est pas une émotion qui lui est propre. Fonctionnant sur un mode automatique, non conscient, elle entraîne une quasi-identité des états émotionnels.

Julie Grezes, directrice de l'équipe de cognition sociale au sein du Laboratoire de Neurosciences Cognitives et Computationnelles de l'École Normale Supérieure à Paris, et dont Jean Decety fut le mentor, illustre cette dualité à travers cet exemple : l'observation d'un accident survenu en pleine rue révèle deux types de réponses; des individus choqués, hurlant, « contagés » par la détresse d'autres et incapables de distance avec eux, et des individus capables de régulation émotionnelle, qui viennent en aide aux victimes.

Dans le premier cas, les individus sont sujets à une contagion émotionnelle brute, dans laquelle aucun facteur de régulation émotionnelle n'intervient, tandis que le second type de réaction tient de la démonstration empathique.

Ainsi, la détresse, ou la joie, d'une personne ne pourra susciter un état semblable chez un observateur que dans le cas d'une contagion émotionnelle. Des affects empathiques ne seront pas identiques à leurs cibles. On peut ainsi se représenter l'empathie émotionnelle comme un « partage mesuré » de l'émotion de l'autre. Sans mesure, on rejoint le registre de la contagion émotionnelle.

Théorie de l'esprit

La nature dichotomique attribuée à l'empathie n'est pas sans rappeler la « théorie de l'esprit » (directement traduit de l'anglais « Theory of Mind »), capacité à déduire, parce que non visibles, les états affectifs et cognitifs d'autres que soi, en se basant sur leurs expressions émotionnelles, leurs attitudes et leur subjectivité (Duval *et al.*, 2011).

De la même manière que pour l'empathie, cette théorie se décompose en une direction cognitive, l'autre affective. La première renvoie à la capacité de comprendre et de raisonner sur les pensées, les croyances et les intentions d'autrui indépendamment de tout contenu émotionnel. Naturellement, la théorie de l'esprit dans sa compréhension affective correspond à la capacité à se représenter les états affectifs des autres et à en comprendre leurs émotions.

Dans la littérature, la théorie de l'esprit est référencée sous les dénominations « empathy », « social understanding » ou encore « perspective-taking », composante fondamentale au bon déroulement des interactions sociales. Partie intégrante de la « cognition sociale » évoquée précédemment, elle mobilise un ensemble de processus mentaux tels la perception de soi, des autres permettant le bon déroulement des interactions sociales. En somme, elle est une forme de décodeur du monde social.

1.1.1.4 L'empathie : altruisme ou prédation ?

L'empathie possède une si bonne réputation qu'elle est associée à la notion d'altruisme dans le domaine des sciences sociales.

Dans son ouvrage *The Altruism Question*, Daniel Batson, psychologue américain reconnu comme l'un de ses fervents défenseurs, présente les résultats de vingt-cinq expériences dont chacune avait pour but de mettre à l'épreuve son hypothèse empathie - altruisme.

L'une des plus connues est celle d'Elaine, datant de 1980, personnage fictif créé par Batson, dont il avait donné une description correspondant à ce que ses étudiants avaient dit d'eux-mêmes sur leurs valeurs et leurs centres d'intérêt dans un formulaire préalablement rempli ; ils constituaient la catégorie d'individus susceptibles d'éprouver une forte empathie. Ceux dont la description d'Elaine était loin de leur personnalité composaient la catégorie des « faiblement empathiques ». Ces deux catégories d'étudiants voyaient ensuite comment Elaine se faisait infliger des chocs électriques dans une pièce voisine.

En situation de faible lien émotionnel, moins d'un participant sur cinq s'insurgea d'un tel traitement. Par comparaison, plus de 80% de ceux ayant eu la description personnalisée d'Elaine exigèrent l'arrêt de cette torture. De cette manière, Daniel Batson montre que nous prenons parti pour les autres lorsqu'un lien émotionnel nous unit à eux.

Des résultats de ses expériences, Daniel Batson souhaitait infirmer tout ou partie de trois variations de l'hypothèse égoïste soutenue par les occidentaux; la plus populaire est celle dite de la réduction de la stimulation d'aversion, selon laquelle un comportement tourné vers autrui n'est motivé que par le désir de faire disparaître l'anxiété et/ ou la douleur ressenties face au spectacle de cet autre en souffrance. Contre cette hypothèse, Daniel Batson a découvert que proposer une échappatoire autre que l'aide aux sujets fortement empathiques ne réduisait pas l'aide.

Une deuxième alternative égoïste, appelée « punition de l'empathie », soutient que l'aide apportée aux autres n'est en réalité qu'une stratégie d'évitement de tout sentiment de culpabilité, de honte, voire de réprobation, de la part de notre propre conscience ou des autres. Contre cette hypothèse de punition auto-infligée, Batson a montré que laisser croire aux individus hautement empathiques que d'autres s'étaient portés volontaires, et qu'ils se sentiraient moins coupables de ne pas venir en aide, ne réduisait pas l'aide. De la même manière pour l'hypothèse de punition par les autres, laisser penser à ces mêmes individus que leur comportement demeurerait secret ne réduisait pas l'aide.

La dernière alternative égoïste, soit celle de la « récompense de l'empathie », affirme qu'un comportement bienveillant n'est pas désintéressé, il attend la formulation de louanges ou de satisfaction de soi. Enfin, en constatant que l'humeur de cette catégorie hautement empathique dépendait de leur analyse de la nécessité d'une aide, plutôt que de l'intervention d'eux comme aidant, Batson pensait réfuter l'hypothèse de la récompense (*Terestchenko, 2004*).

Pour autant, la conception de l'homme comme un individu calculateur cherchant la satisfaction de ses intérêts ne se trouve pas complètement désarmée. La dix-neuvième maxime de La Rochefoucauld, moraliste du XVIIe siècle, « Nous avons tous assez de force pour supporter les maux d'autrui » produisait déjà le choc de positionner l'empathie comme illusoire. (*Petit, 2015*). Bien qu'appliqué à la bourgeoisie de son époque, il attribuait la « miraculeuse capacité de mimer la vertu » au désir d'estime de soi, et creusait ainsi le sillon égoïste. La plupart des psychologues contemporains considèrent en effet l'hypothèse égoïste comme fondement de toute tentative de compréhension de nos actes et pensées. Selon

Alexandre Lacroix, philosophe et écrivain français, « l'être humain est prodigieusement empathique, mais il est avant tout un prédateur empathique : il peut l'utiliser pour parvenir à ses fins. ». Rentrer dans le psychisme de l'autre donne également accès à l'option de le manipuler. L'anticipation de récompenses, qu'elles soient personnelles ou sociales, le désir d'échapper aux condamnations de notre conscience.

Ainsi, chaque hypothèse altruiste possède un revers d'interprétation dont la nature est, en réalité, égoïste. Parce que l'égoïsme présente une vision extrêmement réductrice des motivations humaines, Batson propose, comme conclusion de ses expériences, de réviser cette conception :

« Si l'hypothèse de l'empathie-altruisme est vraie, alors nous devons considérer sous un autre angle les motivations personnelles et les interactions sociales [...] Ce n'est pas que les théories existantes soient fausses dans ce qu'elles affirment; simplement elles sont incomplètes. Nous avons besoin d'une vision nouvelle, plus large des motivations personnelles et des interactions sociales, qui prenne en compte notre capacité à être motivé par des raisons altruistes aussi bien qu'égoïstes » [Batson] (*Terestchenko, 2004*)

1.1.2 La compassion : mode de lecture et d'analyse de la souffrance d'autrui

La confusion conceptuelle qui touche la définition de l'empathie s'applique également à la compassion.

Définie comme un « souffrir avec », son doublet étymologique, la sympathie, représente en grec ce que la compassion dit en latin à travers le terme *compassio*.

Dans son oeuvre *L'insoutenable légèreté de l'être*, l'écrivain Milan Kundera rappelle que d'autres langues traduisent le mot compassion avec un préfixe équivalent (*com-* se traduisant par « avec ») suivi du mot « sentiment », par exemple en polonais *wspol-czucie*, ou encore en allemand *Mit-gefühl*. « Dans les langues dérivées du latin, la compassion signifie que l'on ne peut pas regarder d'un cœur froid la souffrance d'autrui », autrement dit, on éprouve de la sympathie pour celui qui souffre.

Décrivant ce qu'un individu éprouve, et donc situés du côté de l'affectif, ces deux termes ont connu des destins différents : gravitant autour de la notion de partage, la sympathie décrit un sentiment positif, la compassion est quant à elle cantonnée à la peine ou la souffrance d'autrui. Alignée sur la « commisération » religieuse, elle suppose une association à la misère d'autrui, et semble ainsi rejoindre la pitié.

De ce fait, la compassion a longtemps inspiré la méfiance, en témoigne le discrédit subi par le terme dans les morales rationnelles. Fort heureusement, cette réduction de la compassion à la notion de souffrance n'a pas été unanime dans la philosophie, Emmanuel Levinas en dresse une description élogieuse lorsqu'il la rapporte, par exemple, aux métiers du care. Plus largement, après avoir pensé la compassion d'une manière essentiellement descriptive, une approche consiste à interroger son rapport à la moralité et à l'éthique.

1.1.2.1 La compassion : souffrance et partage

« On voudrait être un baume versé sur tant de plaies. » (*Etty Hillesum, 1995*)

Ce souhait formulé par Etty Hillesum dans son ouvrage *Une vie bouleversée* témoigne à la fois d'une sensibilité à la souffrance d'autrui et du souci d'y apporter un soulagement, définition même du concept de compassion.

Dans sa *Rhétorique*, Aristote définit la compassion comme « un sentiment désagréable qu'on éprouve à la vue d'un mal destructeur ou désagréable, qui frappe quelqu'un qui ne le mérite pas – mal qu'on peut s'attendre à subir, soi ou l'un des siens, ce mal apparaissant proche ». Le philosophe Paul Audi analyse les conditions formulées par Aristote à l'égard de l'épreuve de la compassion; la relation à l'autre dépend de la relation que l'on a avec soi-même : nous sommes susceptibles de compatir aux malheurs des autres si nous ne sommes pas nous-mêmes sujets à des sentiments extrêmes. De plus, selon lui, nous ne sommes sensibles aux maux d'autrui qu'à la double condition de nous rappeler un mal qui nous est déjà arrivé ou que nous pourrions être amenés à subir. Autrement dit, la compassion, pour se manifester, sollicite chez le compatissant la mémoire et l'imagination.

A la question « qu'est-ce qui suscite la compassion ? », Aristote répond : tout ce qui est douloureux et destructeur, d'autant plus s'il ne semble pas mérité, ou humainement injustifiable.

A celle « Qui suscite la compassion ? », il répond de nouveau par une double condition: la compassion naît d'une proximité (spatiale et temporelle) singulière avec la souffrance d'un autre, semblable à nos dispositions éthiques et personnelles. Aristote rattache la compassion à l'amour « *philia* », c'est-à-dire l'attachement lié à des valeurs, des centres d'intérêts ou des objectifs communs, chacun ayant le souci de l'autre.

De l'analyse d'Aristote, il ressort donc que nous ne compatissons qu'aux souffrances de ceux pour qui nous n'éprouvons aucune indifférence.

Le philosophe Nietzsche, considéré comme un « penseur du soupçon » par ses critiques sur les idéaux moraux promus par le christianisme, relie pitié et compassion en une relation à l'autre qui le diminue, exprimant une forme d'infériorité que creuse le regard compatissant. Pour lui, la souffrance d'un autre est inabordable, et l'action de compatir est une intrusion qui dépouille en suggérant que l'être pitoyable (celui qui souffre) est incapable de gérer sa souffrance pour en faire quelque chose.

Dans sa critique des stoïciens, Frédéric Gros préfère entendre la compassion comme un moyen d'élever les individus, plutôt que de les rabaisser. Pour lui, la compassion relève d'une part d'humanité présente en chacun de nous, et rejoint ainsi la position du philosophe Lévinas qui, dans ses dernières années de vie, dressa un tableau élogieux de la compassion. La compassion est le fruit d'un décentrement, elle est l'expression de notre capacité à dépasser l'égoïsme. Contrairement à Aristote, Frédéric Gros étend la compassion à une forme d'éthique enracinée dans notre sensibilité et adressée à l'ensemble des vivants. Il l'illustre ainsi : « Tout se passe comme si la vie ne dessinait qu'un seul tissu unique, et que lorsque ce tissu en venait à être tordu à un certain point, cette souffrance pouvait se faire ressentir par écho à l'autre bout du tissu en deçà de toute identification ou de toute reconnaissance. Je ne peux pas, sans réflexion, ne pas ressentir quelque chose. » (*Gros, 2018*).

En somme, la question subsistante est : à quoi (qui) prend-on part en compatissant ? La position intermédiaire est sans doute de considérer que reconnaître l'autre comme semblable est le préalable de toute rencontre. Cette similitude doit néanmoins préserver une différence : la souffrance d'autrui est inatteignable car son vécu n'est pas le mien. La compassion exclut donc l'identification. Finalement, elle consiste sans doute à s'approcher d'autrui et de sa souffrance, mais elle est aussi l'épreuve d'une distance, d'une séparation entre moi et l'autre. La tentation est cependant de croire connaître la souffrance d'autrui.

1.1.2.2 Compassion et pitié

Précédemment, la compassion s'est inscrite dans une dynamique de reconnaissance mutuelle visant l'intersubjectivité, ce qui la distingue de la pitié, connue pour être unilatérale / l'unilatéralité de la pitié.

Historiquement condamnée dans la philosophie, la pitié est aux antipodes de la construction du lien social. Synonymisée à la compassion, la pitié se définit comme un sentiment qui fait éprouver une émotion pénible face à la souffrance d'autrui. Le mot pitié prend d'ailleurs ses racines dans le terme « piété » au double sens de pitié et d'attachement aux pratiques et aux devoirs religieux (*Gros, 2018*).

Paul Ricoeur, philosophe français connu pour son attachement à l'éthique, s'est longtemps inspiré des textes religieux et de la psychanalyse. Selon lui, la compassion est le « souhait de partager la peine d'autrui », et s'oppose à la pitié, dans laquelle le soi jouit intimement de se savoir épargné. Le sentiment de pitié aurait pour caractéristique l'introspection, ou la projection de soi en l'autre, guidés par la crainte de souffrir. Effet de miroir : c'est en réalité sur ma possible souffrance que je m'apitoie.

De la même manière que la compassion était envisagée par les Stoïciens, la pitié est une tristesse ressentie face à la tristesse d'un autre, elle nous laisse submergé(s) par sa souffrance, dans une forme de passivité. Ainsi, elle ne peut participer qu'à une réduction de l'existence, plutôt qu'à son affirmation. Spinoza posait la question suivante : « A quoi bon entasser tristesse sur tristesse, malheur sur malheur ? Plutôt que de plaindre les gens, pourquoi ne pas les secourir, si on le peut ? Ne pouvons-nous être généreux sans éprouver de la pitié ? Nous ne sommes pas tenus à prendre pour nous les chagrins des autres ; mais, si nous le pouvons, à soulager les autres de leur chagrin. » (*Charrak, 2002*).

Dans son analyse des considérations spinozistes, et plus généralement stoïciennes, sur la compassion, le philosophe français André Comte-Sponville rapproche la compassion de la miséricorde de Spinoza, et la pitié de la commisération religieuse. Il y voit la compassion comme amour, c'est-à-dire d'abord comme joie, et la pitié comme tristesse. Ainsi dit-il, à propos de la compassion : « Ne peut-il exister aussi une espèce de compassion sinon joyeuse, du moins positive, qui serait moins souffrance subie que disponibilité attentive, moins tristesse que sollicitude, moins passion que patience et écoute ? ». Ainsi, la compassion n'est pas seulement réduite à la tristesse, elle change de valeur, d'orientation, et pour André Comte-Sponville, elle est « l'amour en tant qu'il affecte l'homme de telle sorte qu'il se réjouisse du bonheur d'autrui et s'attriste de son malheur. » Se réjouir de l'existence de quelqu'un, c'est l'aimer, mais aussi être triste de le voir souffrir.

Quand bien même la tristesse l'emporterait, la seule nuance de haine présente dans la compassion et la pitié est la haine du malheur. Cette ode à la compassion proposée par le philosophe, invite à préférer un « amour attristé, c'est-à-dire la compassion, plutôt qu'une haine joyeuse » (*Audi, 2008*).

Finalement, ce que Spinoza et Nietzsche reprochaient à la compassion, c'est l'emprise de l'affectif dénuée de toute capacité d'action, critique dans laquelle on retrouve celle de la société du spectacle : le spectateur est confronté aux maux d'autrui qui prennent le pas sur l'analyse objective des situations, et donc sur des réflexions qui permettraient d'agir.

1.1.2.3 Au-delà de l'empathie, la compassion

Neuroscientifique et psychologue, Olga Klimecki mène des recherches sur l'entraînement aux émotions sociales, en accordant une attention particulière aux concepts d'empathie et de compassion, ainsi qu'à leurs impacts sur le comportement affectif des individus.

Envisagés sous le prisme de la souffrance d'autrui, elle pose la problématique suivante : comment se mettre en relation avec un autre souffrant, sans se mettre soi-même en situation de détresse ?

Selon elle, la différence entre empathie et compassion tient aux rapports différents à autrui et à soi-même. Alors que l'empathie, miroir des émotions d'autrui, la compassion implique non seulement de la bienveillance, mais également la volonté d'aider la personne en souffrance.

La compassion n'est donc pas seulement un partage avec autrui, elle est un acte envers lui. Cette considération compassionnelle s'inscrit dans la ligne d'Emmanuel Levinas qui la décrivait au contact du personnel soignant dans l'accompagnement de fin de vie de sa femme. La philosophe Agata Zielinski en conclut que la compassion ne consiste pas tant à sentir que l'autre souffre, qu'à répondre à l'appel d'autrui souffrant : « La compassion, ce n'est pas la larme à l'œil, c'est la responsabilité ». Cet affect se déploie par la relation à autrui en une invitation à l'action (Zielinski, 2009).

Dans l'expérience du visage, Levinas montre à quel point nous pouvons être bouleversés face à un visage souffrant; la vulnérabilité et l'extrême fragilité qu'on y lit engage notre responsabilité : « Qu'arrivera-t-il à cet autre souffrant si je l'abandonne, si je ne fais rien ? » (Levinas, [sans date]).

Alors que la sympathie a été définie plus haut comme une relation purement affective, par différence avec l'empathie, qui articule volets affectif et cognitif, la compassion semble être une relation agentive, dans laquelle l'individu tend vers autrui, sans jamais se confondre avec.

1.1.3 Traitement des émotions et système des neurones miroirs

Les progrès en neuro-imagerie ont permis d'étudier l'organisation cérébrale, également de développer l'étude des émotions, en conjuguant approche scientifique et étude du comportement social humain. Ces développements ont conduit à l'émergence de nouvelles disciplines étiquetées comme « neurosciences affectives » ou « neurosciences sociales. » Leur enjeu est de comprendre les interactions avec l'environnement dans le développement des compétences émotionnelles au niveau personnel et interindividuel. Elles offrent également un nouvel éclairage sur les conséquences de l'altération des mécanismes impliqués dans le traitement des émotions, et dont la résultante se retrouve dans certaines pathologies à composante émotionnelle.

Selon la région du cortex cérébral à laquelle ils sont connectés, les circuits neuronaux interviennent dans différents domaines. Cette étude se concentre sur les investigations de la perception d'informations émotionnelles au moyen de stimuli visuels (photos ou vidéos centrées sur les expressions faciales), auditifs ainsi que d'autres modalités comme l'olfaction ou la nociception. Des protocoles de conditionnement ou de renforcement tels que ceux utilisés chez l'animal sont également évoqués.

1.1.3.1 Le traitement des émotions

L'émotion regroupe des manifestations décrites subjectivement, sensation agréable ou désagréable, et objectivement, à l'aide de systèmes moteurs par la gestuelle, ou végétatifs par le rythme cardiaque par exemple. L'activité intense du système végétatif aurait pour but de préparer l'organisme à utiliser, en situation d'urgence, ses ressources pour fuir ou se défendre. Cette perspective évolutive de l'émotion a été introduite dans un premier temps par Darwin. Par la suite, d'autres auteurs comme Wallon, psychologue du XXe siècle considéré comme l'un des fondateurs de la psychologie francophone de l'enfant, considèrent l'émotion comme un acte de socialisation basée sur des expressions corporelles et des mimiques.

Mais l'histoire de la neuroanatomie des émotions aurait pu débuter en 1850, suite à la description du cas de Phineas Gage dans l'*American Journal of the Medical Sciences*.

Employé des voies ferrées âgé de vingt-cinq ans, Phineas Gage, connu comme étant un homme équilibré, poli et diligent, fut victime d'un accident sur son lieu de travail. Le crâne transpercé par une barre de fer, lésant de manière bilatérale son lobe préfrontal, et après avoir navigué entre la vie et la mort, il se rétablit pourtant en moins de deux mois. Extraordinaire dénouement, tout aussi extraordinaire que son changement soudain de personnalité, inconstant, insensible aux autres, vulgaire, en somme inapte socialement. Des sujets atteints de lésions similaires ont par la suite montré des symptômes semblables, avec toutefois une conservation des fonctions de l'encéphale comme le langage, la mémoire ou encore la motricité.

Dans les années 1930, Klüver et Bucy décrivent une série d'observations réalisées chez le singe adulte, et démontrant la relation entre l'ablation bilatérale des lobes temporaux et le comportement inapproprié par rapport à la charge émotionnelle impliquée qui en résulte. Un syndrome portant leur nom naît alors: le syndrome de Klüver et Bucy. Également dénommé cécité psychique, il se caractérise par une perte de la peur et des émotions en général, une perte des interactions sociales, une agnosie visuelle et une hypersexualité.

Par la suite, différents travaux expérimentaux ont permis d'identifier précisément l'implication de certaines structures cérébrales dans les mécanismes émotionnels, parmi elles, l'amygdale, le striatum, le cortex préfrontal ventromédial et le cortex somato-sensoriel droit. Comme suggéré précédemment, des lésions et dysfonctionnements de ces zones participent à l'explication de certaines pathologies.

1.1.3.1.1 L'amygdale et le circuit de la peur

Suite à sa découverte, le syndrome de Klüver-Bucy a été précisé et décrit lorsque les lésions sont limitées à l'amygdale, témoignant de son rôle clé dans le circuit neuronal émotionnel (*Weiskrantz, 1956*). En effet, une lésion même partielle de l'amygdale entraîne d'importantes altérations, par exemple l'absence de la réponse comportementale normalement induite par un stimulus donné.

Ce constat fait suite à l'expérience du neuropsychologue britannique Weiskrantz, menée en 1956, consistant à léser l'amygdale chez le singe et à comparer les effets avec des animaux sains, sur la base du test pavlovien.

Le test de conditionnement pavlovien a été inventé au début du XXe siècle par le chercheur du même nom qui étudiait la salivation du chien. Remarquant que cette dernière se produisait tout autant à l'arrivée de sa ration que lorsque l'animal voyait son écuelle, ou encore la personne qui le nourrissait, il mit en évidence le phénomène d'anticipation du chien sur la base d'indices environnementaux. Un stimulus neutre, la personne ou les objets associés à la nourriture, induit une réponse conditionnée, ici la salivation.

Weiskrantz utilisa ce principe pour expérimenter un test de peur conditionnée : un son, le stimulus neutre, était associé à un choc électrique induisant un réflexe d'évitement, soit la réponse conditionnée. Les animaux lésés présentaient un défaut d'acquisition de cette réponse comportementale adaptée face au son prédicteur du choc électrique.

Ces données indiquent la place centrale de l'amygdale dans le processus émotionnel, une place qu'elle retrouve topographiquement puisqu'elle est richement connectée à diverses structures cérébrales corticales et limbiques. Point de convergence des informations sensorielles (auditives, visuelles, somesthésiques), elle constitue la clef de voûte du système limbique associé aux émotions (*Figure 1*).

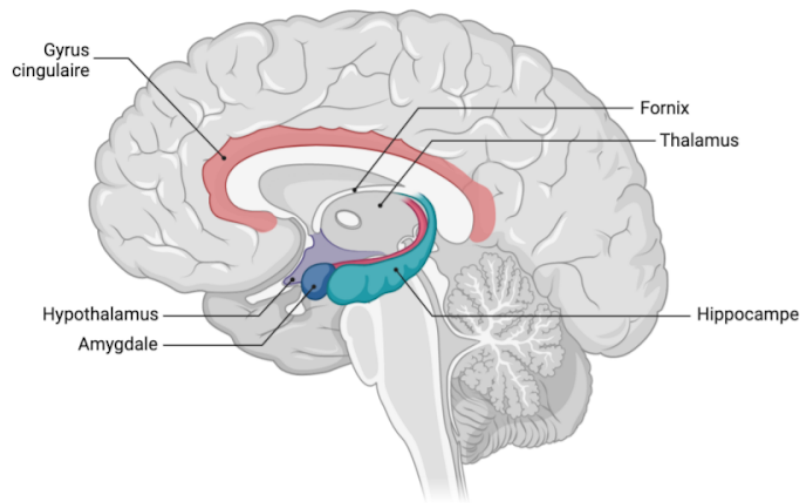


Figure 1 : Schéma représentatif du système limbique (Frédérique, 2010)

Dès lors, de nombreuses études ont cherché à comprendre comment cette structure en forme d'amande, située dans la partie antérieure du lobe temporal, pouvait être celle qui sert d'intermédiaire entre l'état émotionnel induit par des signaux environnementaux, et la réponse comportementale spécifique associée. L'enjeu a également été d'identifier les comportements émotionnels dans lesquels l'amygdale interviendrait (LeDoux, 2000).

Des études plus récentes ont rapporté chez des patients avec une lésion bilatérale de l'amygdale, une altération spécifique de la reconnaissance des expressions faciales de peur (Adolphs, 2010) tandis que les expressions faciales d'autres émotions demeuraient bien reconnues. Des travaux menés en imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf) ont corroboré ces résultats; de la même manière que pour les individus cérébrolésés, les neuroscientifiques ont rapporté une activation de l'amygdale en réponse aux expressions faciales de peur par rapport à des expressions neutres et positives. L'amygdale semble donc relier la représentation visuelle des expressions faciales avec la représentation conceptuelle de la peur. Le handicap associé à la reconnaissance d'une telle émotion risque de conduire ses sujets à une incapacité à prononcer des jugements sociaux corrects.

Enfin, d'autres expérimentations ont étoffé le rôle de l'amygdale en montrant son activation lors de stimuli aversifs, non plus visuels ou auditifs, mais olfactifs et gustatifs (Zald et al., 2002). Elle l'est également chez des sujets exposés à des visages menaçants (Morris et al., 1996), et de manière encore plus intense lorsqu'ils souffrent d'anxiété, de dépression (Thomas et al, 2001), de phobie sociale ou de stress post-traumatique (Birbaumer et al, 1998).

Par ailleurs, ces mêmes patients lésés ne bénéficient plus de la charge émotionnelle des stimuli pour leur mémorisation. La neuropsychologie a mis en évidence que la rencontre avec un stimulus émotionnel, c'est-à-dire son encodage dans l'amygdale, la capture attentionnelle exprimée est importante et participe à la mémorisation. En effet, lorsqu'un individu est confronté à un événement émotionnel, les hormones de stress activent les récepteurs bêta-adrénergiques de l'amygdale, modulant la mémorisation des informations émotionnelles stockées dans d'autres régions cérébrales auxquelles elle est connectée. En revanche, si ces informations sont dénuées de contenu émotionnel, elles sont stockées en l'absence d'activation des hormones de stress ou de l'amygdale et des structures limbiques associées.

Ainsi, les études de neuro-imagerie ont montré l'implication et le rôle modulateur de l'amygdale, et des structures limbiques associées, notamment l'hippocampe (*Figure 3*) dans l'encodage, le stockage et le rappel de souvenirs émotionnels négatifs.

1.1.3.1.2 Le striatum et le circuit de la récompense

Les neurones dopaminergiques, étroitement associés aux circuits de la récompense et du plaisir, sont situés dans des noyaux profonds, innervés par le striatum ventral. Ils projettent leurs axones vers le striatum dorsal, lié au cortex préfrontal, impliqué dans les fonctions cognitives tels que le langage ou le calcul, ainsi que vers le striatum postérieur, lié aux territoires moteurs intervenant dans les mouvements. Le striatum ventral étant directement connecté à l'amygdale et à l'hippocampe, il peut transmettre les informations limbiques aux circuits cognitifs et moteurs auxquels il est lié dans sa partie dorsale et postérieure, et par ce biais, renforcer les comportements qui mènent à des récompenses. Ces signaux jouent un rôle important dans l'apprentissage, et conditionnent la prise de décision.

De nombreuses expériences menées sur le singe ont ouvert la voie à des investigations plus précises chez l'humain. Par exemple, alors qu'elles se trouvaient dans un scanner visant à examiner leurs patrons d'activation neuronale, des mères qui avaient accouché il y a peu, se virent présenter des photos de leur enfant, d'un enfant étranger et d'un adulte. Les photos de leur propre enfant ont suscité un affect significativement plus grand, corrélé à une activation plus importante de la zone correspondant au striatum ventral (*Nitschke et al., 2004*). Ces résultats renseignent sur des mesures de bonheur actuel, mais sans garantie sur le long terme.

Les personnes dépressives, dont l'une des manifestations est une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir, ont particulièrement attiré l'attention des investigations du neuropsychologue Matthias Pessiglione. Avec son équipe de l'Institut du cerveau situé à Paris, ils ont cherché à comparer les réactions de personnes dépressives et de personnes qui ne le sont pas, face à des stimuli positifs. Les participants des deux groupes émettent des réactions semblables au cours des premiers temps de l'expérimentation, cependant lors de la présentation du stimulus positif, les personnes du groupe contrôle maintiennent l'activation dans le striatum ventral, contrairement aux groupes de personnes dépressives. C'est donc la durée de l'activation qui semble prédire l'émotion positive rapportée par les participants. Ces résultats ont ouvert la voie aux études portant sur le traitement de telles pathologies. Dans le cas de la dépression, il s'agissait de vérifier si la durée d'activation dans le striatum ventral pouvait être soutenue au cours d'un traitement à l'aide d'un anti-dépresseur, et si un maintien de l'activité pouvait prédire une augmentation de l'émotion positive déclarée par le patient. Sous médication, les participants dépressifs montrent une augmentation de l'activation dans le striatum ventral, corrélée à une émotion d'autant plus positive rapportée. Les mesures d'activation durable dans le striatum ventral sont donc un bon indicateur du bonheur à long terme de l'individu, et également un moyen de mesurer l'impact d'un anti-dépresseur.

Par ailleurs, des études ont précisé la relation entre durée d'activation dans le striatum ventral et bien-être psychologique (*Heller et al., 2013*). Des niveaux élevés d'activation soutenue dans le striatum ventral en réaction à des photos plaisantes sont associés à des niveaux élevés de bien-être psychologique chez les participants (selon les échelles de Ryff, 1989; *Ryff et Keyes, 1995*).

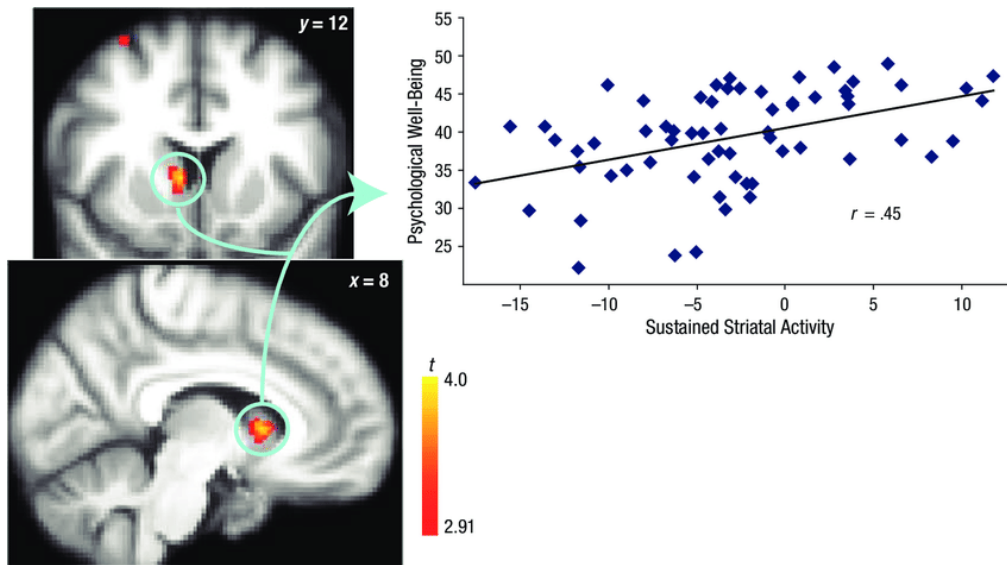
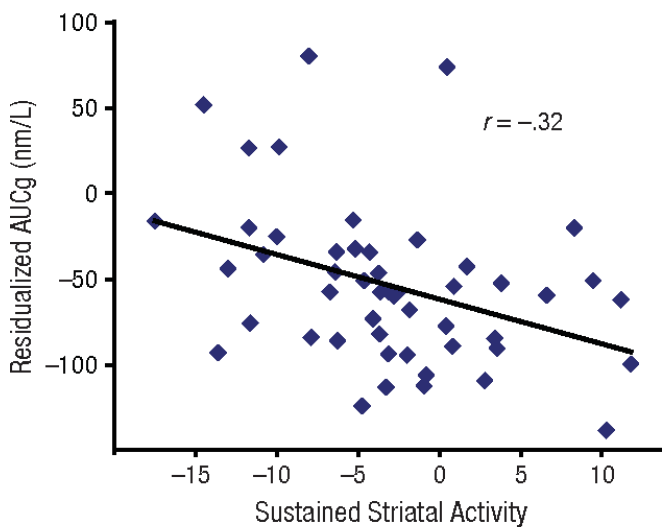


Figure 2 : Le bien-être psychologique est prédit par l'activation soutenue du striatum ventral en réaction à des photos plaisantes ($p < 0,005$). (Heller et al., 2013)



De manière à parfaire ces mesures, ces expérimentations ont été complétées par une mesure du cortisol, sécrété notamment lorsque l'organisme est soumis au stress, en lien avec l'activité dans le striatum ventral au cours de la journée. Les individus se caractérisant par une activation soutenue dans le striatum ventral possèdent des niveaux moins élevés de cortisol.

Figure 3 : Une activation soutenue dans le striatum ventral en réaction à des photos agréables est associée à de bas niveaux de cortisol au cours d'une journée (Heller et al., 2013)

Enfin, les données récoltées sur les patients déprimés sont généralisables aux personnes en bonne santé mentale : une activation soutenue en réaction à des stimuli positifs dans le striatum ventral prédit le bien-être psychologique. Des anomalies au sein de ces voies sont par ailleurs rapportées chez des patients souffrant d'addictions.

1.1.3.1.3 Le cortex préfrontal ventro-médian : prise de décision et jugement moral

Le cortex préfrontal ventromédian, de par ses connexions réciproques avec le striatum et le système limbique évoquées précédemment, joue un rôle dans le jugement moral et le souci de l'autre. Les neurones associées à cette région codent les valeurs subjectives et motivationnelles, et établissent un lien entre les représentations cognitives et affectives guidant la prise de décision sociale. Diverses expériences ont mis en évidence l'émergence du sens moral chez l'enfant, ainsi que les conséquences de lésions cérébrales sur le jugement moral. L'exemple de Phineas Gage décrit plus haut, devenu socialement inapte suite à une lésion de préfrontale, est l'un des plus illustres.

Les travaux de J.D. Greene et son équipe ont permis d'identifier les processus neurobiologiques à l'origine du sens moral. Ces chercheurs ont enregistré, par le biais de l'imagerie par résonance magnétique, l'activité neurale pendant la résolution de dilemmes basés sur la dualité entre deux impératifs moraux : « peut-on sacrifier une personne pour en sauver plusieurs ? » (*Tassy, 2011*). Ce type de problématique entraîne une activité cérébrale intense dans le cortex préfrontal ventromédian. Cette étude a été complétée par celles de Damasio et ses collaborateurs, qui ont soumis des individus présentant des lésions du cortex préfrontal ventromédian aux mêmes dilemmes moraux (*Eslinger, Damasio, 1985*). Ces patients, dont les réactions émotionnelles étaient amoindries par leur déficit lésionnel acquis, se sont montrés très rationnels dans leurs jugements moraux : faisant preuve de moins d'états d'âme, ils acceptaient, plus souvent que les sujets sains, l'idée de sacrifier un individu pour en sauver plusieurs.

Damasio a également montré que le cortex préfrontal ventro-médian est impliqué dans la gestion des émotions liées à la vie en société (honte, fierté, culpabilité, colère, etc). Toujours en s'appuyant sur l'imagerie médicale, cette zone cérébrale s'active dès lors qu'un individu sain doit prendre une décision morale. Ces résultats de neuro-imagerie indiquent que la représentation mentale de la situation s'articule avec son évaluation affective pour produire une réponse comportementale (*Young et al., 2010*).

1.1.3.1.4 Cortex operculo-insulaire et douleur empathique

De par ses connexions multiples aux autres régions corticales, l'insula possède un large panel de rôles fonctionnels. Elle peut-être subdivisée en deux parties; différentes études ont montré l'implication de la partie antérieure dans le traitement des informations émotionnelles et l'empathie, tandis que la partie postérieure est dédiée aux aux fonctions sensori-motrices (somesthésiques dont nociceptive, gustative, auditive, visuelle, motrice). L'insula joue un rôle prépondérant dans le traitement de l'influx nociceptif et son impact dans de nombreuses épilepsies a également été décrit (*Jobst and al, 2019*).

De plus, des connexions sont particulièrement développées avec l'opercule pariétal, lui-même subdivisé en quatre zones, et contenant le cortex somato-sensoriel.

Les modèles lésionnels humains démontrent le rôle majeur de l'insula et du cortex somato-sensoriel dans la nociception, puisqu'une lésion operculo-insulaire induit un déficit de la sensation thermique et douloureuse (*Garcia-Larrea et al, 2012*).

En effet, alors qu'une stimulation d'autres aires sensorielles n'entraîne aucun signe évocateur de douleur, la stimulation directe du complexe operculo-insulaire, via l'implantation d'électrodes dans cette zone, enregistre des potentiels nociceptifs et une épilepsie caractérisée par des crises douloureuses (*Mazzola, 2011*).

L'ensemble de ces données indique que la région operculo-insulaire est une zone réceptrice privilégiée pour les informations nociceptives, permettant d'initier précocement leurs encodage et l'activation du reste du réseau douleur, que certains auteurs nomment « matrice douleur ».

De nombreux travaux en imagerie se sont concentrés sur la composante empathique imputable, a priori, à l'insula. Les travaux de Singer ont apporté de nouveaux éléments concernant les bases neurales de l'empathie pour la douleur; des femmes furent soumises à une IRM alors que leurs compagnons étaient présents dans la pièce adjacente. Des stimulations douloureuses étaient destinées soit à ces femmes, soit à leurs compagnons, auquel cas un signal lumineux s'allumait pour leur indiquer que l'autre recevait effectivement la stimulation. Singer et son équipe ont ainsi révélé qu'imaginer la douleur ressentie par l'autre engendre principalement des activations dans l'insula antérieure. Des études sur l'observation de visages exprimant la douleur (*Botvinick et al., 2005*) ou l'écoute de la douleur d'un autre ont fourni des résultats similaires.

Des expérimentations basées sur le principe d'analgésie placebo et d'antagoniste opioïde étayent ces constats : l'empathie pour la douleur implique des réponses cérébrales et des neurotransmetteurs identiques à ceux engagés dans une expérience directe de douleur (*Rütgen et al., 2015*).

Ces résultats s'appliquent également à la détresse psychologique perçue comme signal nociceptif. Le cerveau de patients congénitalement insensibles à la douleur a également été étudié par imagerie médicale alors qu'ils étaient soumis à des images de personnes exprimant un faciès douloureux. Les observations démontrent une même sensibilité que chez des sujets sains, à la condition cependant que ces patients utilisent une stratégie différente de la « matrice douleur » : une activation intense de la zone cérébrale impliquée dans le raisonnement a été retrouvée, indiquant que ces individus utilisent la mémoire de leur propre expérience de détresse psychologique pour comprendre la douleur d'autrui. Par ailleurs, une estimation de l'intensité de cette douleur était étroitement corrélée à leur capacité d'empathie, évaluée à l'aide d'un questionnaire

Il ressort de ces investigations que chez les patients privés de la capacité d'incarner directement la douleur d'autrui, l'empathie semble intervenir comme moteur des processus d'inférence émotionnelle liés à la mise en jeu de structures cérébrales comme le cortex cérébral ventromédian (*Danzinger et al., 2009*).

L'insula et le cortex somato-sensoriel évaluent donc la douleur, qu'elle nous soit propre ou démontrée par autrui. Une partie des aires cérébrales impliquées dans la douleur sont également activées dans l'empathie, signifiant que la capacité à percevoir la douleur d'autrui se base sur l'activation des représentations mentales de notre propre douleur.

1.1.3.2 Le système des neurones miroirs: base des comportements pro-sociaux

1.1.3.2.1 Découverte des neurones miroirs et implication dans la compréhension d'autrui

L'influence des neurosciences a été particulièrement notable lors de la découverte des « neurones miroirs ».

Le terme « neurones miroirs » a été introduit par les neuroscientifiques Giacomo Rizzolatti et Corrado Sinigaglia dans leur ouvrage du même nom : *Les neurones miroirs*, publié en 1996. Au cours de leurs expérimentations sur des singes, ces deux chercheurs ont démontré l'existence d'une catégorie de neurones qui s'activent lorsqu'un singe est en contact avec l'un de ses congénères, aussi bien chez celui exécutant une action que chez celui qui l'observe.

Véritables mécanismes de résonance motrice entre les mouvements d'un agent et le répertoire moteur d'un observateur, ils ont été localisés chez le singe dans le cortex prémoteur ventral, et plus précisément dans l'aire F5 associée aux mouvements de la main et de la bouche. Les deux chercheurs réalisent également que leur activation dépend de la signification de l'action observée : par exemple, ils déchargent à l'observation et à l'acte de saisie en lui-même, mais jamais à la vue de la main et de l'objet considérés indépendamment (*Rizzolatti et al., 2001*). Par la suite, des neurones miroirs ont également été localisés dans une autre région, le cortex pariétal, dans les aires PF et PFG, anatomiquement connecté au cortex prémoteur ventral, si bien que l'équipe neuroscientifique a introduit la notion « système de neurones miroirs ». Activés lors du chant et à l'écoute du chant d'un congénère, des neurones du même type ont également été mis en évidence chez certains oiseaux (*Prather et al., 2008*).

De ces découvertes, les chercheurs comprennent que l'interaction sociale entre deux individus suscite une reproduction du schéma neuronal chez l'observant qui s'imagine en train de faire l'action, ou de ressentir l'émotion véhiculée par l'agissant. Cette reproduction inconsciente est à l'origine de la dénomination « neurones miroirs » puisqu'ils reflètent l'activation des neurones de la personne avec laquelle un individu interagit, comme le ferait un miroir en reflétant l'image d'une personne s'observant, c'est-à-dire observant une représentation identique d'elle-même.

Les recherches menées sur ce système de neurones miroirs chez les primates, et le développement de l'imagerie cérébrale, ont fourni des preuves en faveur de l'existence d'un système neuronal analogue chez l'être humain. En effet, l'imagerie cérébrale a permis de localiser le système miroir humain dans une région encore plus étendue que celle découverte chez le singe : l'aire de Broca appartenant au cortex prémoteur ventral, le gyrus frontal inférieur et le lobe pariétal inférieur, ce dernier correspondant aux aires PF et PFG du singe. Le phénomène de résonance motrice va même plus loin que l'activation par les seules impressions visuelles : des stimuli auditifs sont également capables d'un tel déclenchement. Par ailleurs, des enregistrements chez le singe ont montré que les neurones moteurs réagissent aussi bien à l'audition d'un son associé au mouvement qu'au mouvement lui-même. La région homologue chez l'Homme contient notamment la représentation du langage, celle du mouvement des mains et de la bouche, invitant à considérer le système miroir comme précurseur du langage.

Seulement les impressions visuelles et auditives fournissent une description du mouvement, sans informer le spectateur du sens de l'action. Cette dernière information ne peut être obtenue que par une transcription dans le système moteur de l'observateur. Le circuit miroir intervient donc non seulement dans la reconnaissance de ce qu'il voit, mais également dans la compréhension de l'action.

L'implication des neurones miroirs dans la compréhension de l'intention a également été lancée, et confirmée par IRM fonctionnelle.

Des singes ont été dressés à effectuer deux actions avec des buts distincts.

Dans la première, le singe devait saisir un objet pour le placer dans un récipient, dans la seconde, il devait prendre la nourriture pour la consommer. La phase initiale de l'acte moteur, saisir, était identique dans les deux cas, alors que le but final était différent. Un enregistrement de l'activité neuronale ciblée sur ce système miroir a permis de montrer une activation différente selon qu'un même acte moteur, saisir, est exécuté en vue d'obtenir des résultats différents, préhension-ingestion ou préhension-déplacement. Cette spécificité permet à l'observateur, non seulement de reconnaître l'acte moteur observé, mais aussi ce qui sera le prochain acte moteur de l'action à venir, autrement dit, de comprendre les intentions de l'agent dans son action.

L'équipe neuroscientifique de Meltzoff et Moore, psychologues américains experts du développement infantile, a également étudié cette perception de l'autre et du soi, sous-jacent à la compréhension de l'intention d'autrui, chez des enfants âgés de 18 mois (*Meltzoff, 1995*).

Cette recherche s'est déroulée en deux temps; une première expérience consistait à placer les enfants face à un adulte réalisant un mouvement dont le but était dissimulé et à l'aide d'un objet, sans jamais atteindre ce but. Cinq objets différents, et inconnus des enfants, étaient utilisés. L'un d'eux était un jouet démontable en forme d'haltère, construit par l'association de deux cubes en bois reliés par un tube en plastique. Les enfants étaient divisés en quatre groupes : dans le premier, le but de l'action était montré aux enfants par un expérimentateur qui dissociait les différents composants de l'haltère. Dans le cas du second groupe, cet adulte, dont les mains glissaient systématiquement de l'haltère, ne réussissait jamais à atteindre son but mais son intention était bien explicite. Les deux derniers groupes représentaient des groupes témoins. Les enfants disposaient ensuite de 20 secondes de manipulation de l'objet. Il résulte de cette expérience que les enfants du second groupe réalisaient en un essai l'action dans sa totalité, telle que l'expérimentateur le montrait dans le groupe un, et ce malgré la séquence incomplète pourtant présentée.

Une deuxième expérience fut bâtie sur le même modèle, en axant sa différence sur un expérimentateur humain, pour le premier groupe, mécanique pour le second, réalisant l'action incomplète décrite dans la première expérimentation avec le groupe deux. De cette expérience, les enfants effectuent plus souvent l'action complète dans le groupe numéro un ayant reçu une démonstration par un expérimentateur humain, que dans le groupe avec expérimentateur mécanique.

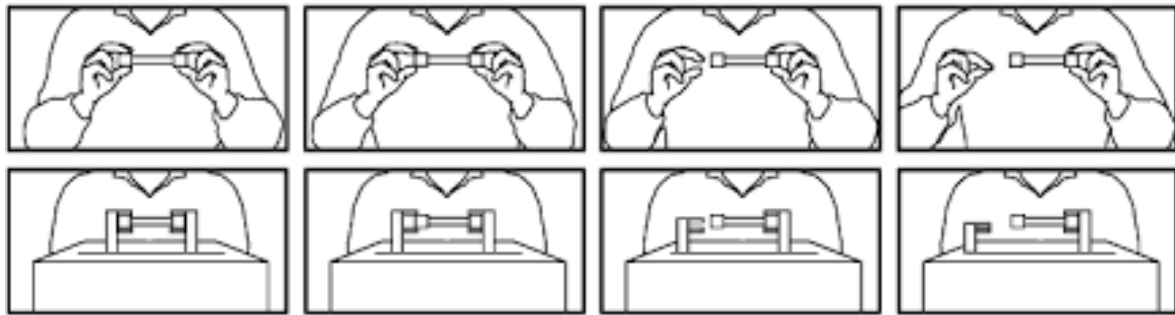


Figure 4 : La première série d'images représente l'expérimentateur humain tentant, sans succès, de séparer les différents composants de l'objet. La même action est réalisée par un expérimentateur mécanique dans la seconde série. (Meltzoff et Moore, 1989)

L'équipe de neuroscientifiques a donc démontré que des enfants âgés de 18 mois possèdent déjà la capacité de réfléchir, dès la première rencontre, les intentions d'individus semblables à eux et exécutant une action finalisée.

Cette découverte révolutionnaire du système miroir et son implication dans la compréhension d'autrui constituerait la base des comportements sociaux (Guillain et Pry, 2012).

1.1.2.3.2 L'empathie, mécanisme de résonance dans le système miroir

Neurones miroirs et imitation

Les actions analysées dans les premières études du système miroir faisaient appel à des circuits liés au contrôle moteur, et ne comportaient aucun contenu émotionnel.

Pourtant, l'une des bases du comportement social consiste à copier les autres personnes. Piaget, psychologue connu et reconnu pour son travail sur le développement de l'enfant, soutenait que les nourrissons ne pouvaient pas imiter les autres avant l'âge de 8 à 12 mois, à partir duquel ils comprennent la différence entre soi et les autres

Cependant en 1977, Andrew Meltzoff de l'Université d'Oxford et M. Keith Moore de l'Université de Washington, en étudiant l'imitation chez des nourrissons âgés de quelques jours seulement, ont remis en question la théorie de Piaget.

Face à des adultes réalisant quatre types d'expressions (protrusion de la langue, des lèvres, ouverture de la bouche et mouvements des doigts), il observe chez des nouveaux-nés âgés de 12 à 21 jours une reproduction la même expression (Figure 5). Comment les nourrissons peuvent-ils, sur la base d'une simple observation, sans avoir accès à la sensation de l'expression faciale associée chez l'expérimentateur adulte, exécuter une action analogue, en ne connaissant que la sensation qu'elle procure chez eux, sans se voir? A l'instar d'un miroir où tout ce qui est reçu est réémis, les nouveaux-nés ne confondent ni la partie du corps sollicitée, ni l'action associée. Cette résonance directe entre observation et action illustre le fonctionnement visuel des neurones miroirs (Meltzoff et Moore., 1989).

Une étude similaire menée sur des nourrissons encore plus jeunes, d'un âge moyen de 72h, montre les mêmes résultats et suggère que cette capacité de reproduction des expressions faciales est innée.



*Figure 5: Photographie de nouveaux-nés âgés de 12 à 21 jours imitant les expressions faciales réalisées par un expérimentateur adulte. L'imitation est innée chez l'homme.
(Meltzoff et Moore, 1983)*

Selon l'hypothèse de Meltzoff et son équipe, ce système miroir inné est la base de la compréhension d'autrui développée plus haut. L'instauration et la consolidation des premiers liens interindividuels stimulent l'éveil empathique de l'enfant.

En collaboration avec le neuroscientifique Decety, Meltzoff étudia également les mécanismes neuronaux qui sous-tendent l'empathie.

Quel mécanisme permet au cerveau de saisir les stimuli provenant de l'expression faciale d'autrui et l'autorise ensuite à la coder ? Faut-il admettre que l'activation des aires corticales visuelles déclenche un processus cognitif capable d'interpréter les informations sensorielles comme porteuses d'une valeur émotionnelle ? Ou faut-il supposer que la vue d'un visage exprimant une émotion active, chez l'observateur, les mêmes centres cérébraux que ceux qui s'activent lorsqu'il est lui-même soumis à cette réaction émotionnelle ?

Distinction soi-autrui

Si notre cerveau fonctionne sur un système mimétique, comment distinguer nos propres émotions de celles ressenties en observant autrui ?

Être empathique ne signifie pas seulement refléter les émotions d'autrui. Si nous n'étions qu'un miroir, nous serions en permanence en train de mimer des expressions faciales, des vocalisations ou d'imiter le comportement des autres, ce qui est le propre de la contagion émotionnelle expliquée précédemment (Guillain et Pry, 2012).

En 1970, les travaux de Marvin Simner, professeur en neurosciences au Canada, réalisés sur des nouveaux-nés âgés de cinq jours montrent que ces derniers pleurent plus forts à l'écoute de pleurs de bébés de leur âge alors qu'ils demeuraient silencieux lorsqu'ils entendaient des pleurs fabriqués par ordinateur.

En 1987, Grace Martin et Russel Clark ont mené une expérience similaire, plus poussée, en montrant que cette réaction à la détresse des autres est spécifiquement dirigée envers les êtres humains : des pleurs de chimpanzés n'induisent aucune réaction émotionnelle similaire.

Le nouveau-né possède donc déjà les composantes essentielles dans la cartographie de l'empathie : le partage d'émotions avec des personnes auxquelles il peut s'identifier, et la distinction implicite soi-autrui.

Ainsi, la résonance émotionnelle permet aux individus de répondre de façon efficace aux éventuelles menaces, mais rend également possible l'instauration et la consolidation des premiers liens interindividuels. L'empathie intervient comme une imitation des états émotionnels d'autrui, que rendent possible les neurones miroirs à condition de partager un registre commun. Ce « schéma représentationnel commun » explique que l'empathie dépend de l'activation de circuits élaborant les réponses émotionnelles correspondantes entre observateur et individu émotionné (*Julien, 2008*).

La découverte des neurones miroirs crée donc du lien entre émetteur d'un message et receveur. Dans la mesure où, partant des propriétés imputées aux neurones miroirs, ces derniers sont considérés comme précurseurs du langage, la multiplicité d'états émotionnels reproductibles d'un individu à l'autre démontre la possibilité d'une compréhension empathique d'autrui (*Rizzolatti, 2010*).

Considérant ces données, il est aisé de comprendre qu'un dysfonctionnement ou une sous-activation du système miroir interfère avec le processus d'imitation, et les représentations soi - autrui. Cela pourrait expliquer l'échec du développement des capacités sociales de certaines pathologies mentales. Parmi elles, les troubles autistiques se caractérisent notamment par une participation émotionnelle réduite et des activités routinières et stéréotypées (*Science Daily [sans date]*).

SYNTHÈSE

Sujets d'une nébuleuse terminologique multidisciplinaire, les concepts d'empathie et de compassion continuent de souffrir d'une absence de consensus.

L'empathie s'articule en composantes émotionnelle, ressentir l'émotion d'un autre en utilisant son propre état mental comme s'il se trouvait dans la situation d'autrui, et cognitive, prise de perspective attribuant des pensées à cet autre. La distinction entre soi et l'autre constitue la principale différence avec la sympathie, purement affective, et permet de se détacher de la détresse d'autrui. Ce processus aboutit à la compassion, passage à l'action de décharger de son fardeau la personne en souffrance.

La relation à autrui est donc le fil conducteur de ce dédale entre émotions et cognition, que les neurosciences tentent d'expliquer par le système des neurones miroirs.

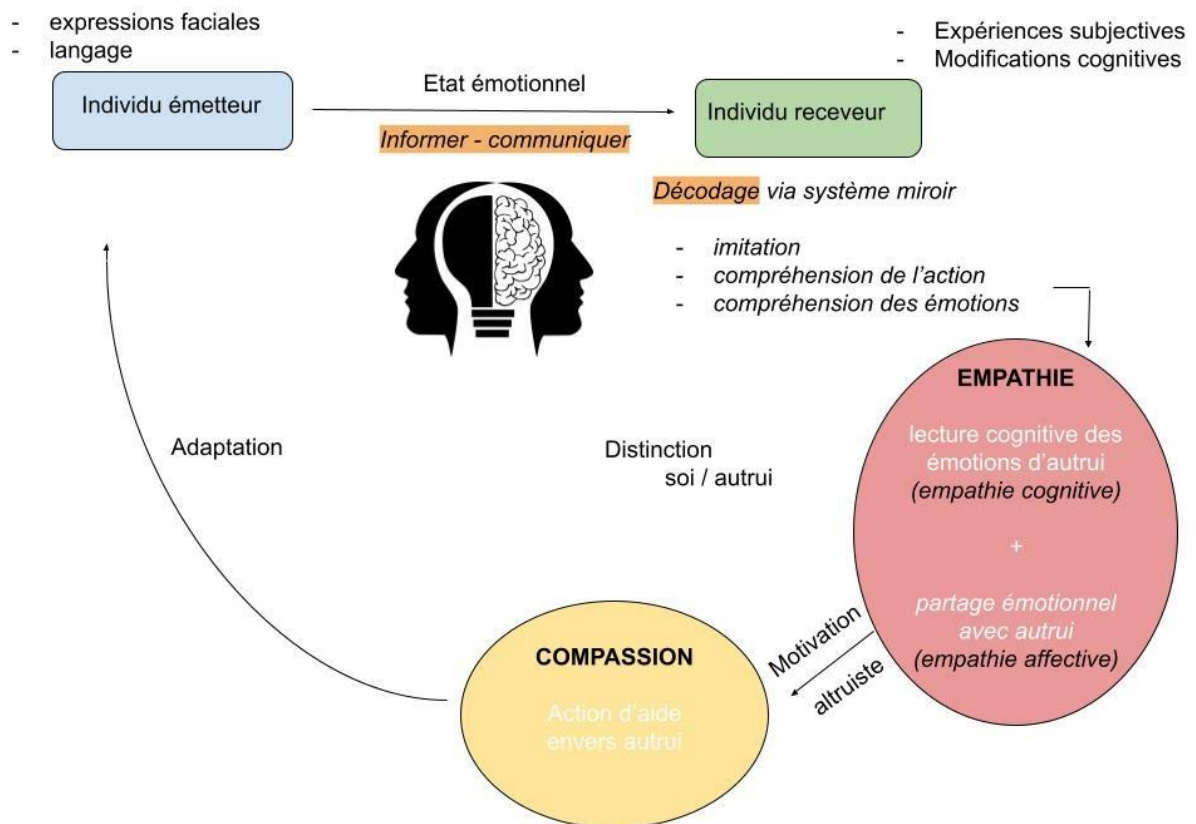


Figure 6 : Les concepts d'empathie et de compassion à l'aune des neurones miroirs dans la communication interindividuelle (Cointot, 2021).

1.2 Définition et historique des notions liées à la traumatisation secondaire

Le traumatisme est emprunté au vocabulaire chirurgical pour désigner une blessure; selon l'impact du choc qui l'a occasionné, il en résulte soit un traumatisme ouvert avec effraction, soit fermé avec une simple contusion. Par extension, il désigne les conséquences du choc brutal de la rencontre entre un élément extérieur, soudain et d'une violence extrême, sur un sujet. Le mot est tout aussi brutal qu'il entraîne une perturbation massive du fonctionnement psychique, pouvant aller jusqu'à l'effondrement de l'individu (Coen, 2003).

Ce qui nous intéresse davantage dans le cadre de cette thèse, c'est lorsque la rencontre avec l'agent traumatisant ne frappe ni par sa survenue, ni par ses conséquences immédiates, mais qu'il s'insinue quotidiennement, appartenant à l'ordinaire. Le psychotraumatisme apparaît alors comme une psychopathologie réactionnelle face à un événement stressant déguisé en habitude.

Les séquelles d'une situation traumatique confèrent au sujet principal la reconnaissance d'un statut de victime, et retentissent également sur son entourage, comme « contaminé » par une souffrance qui devient groupale, sociale (Coen, 2003). En effet, côtoyer un traumatisé chronique peut constituer une « traumatisation secondaire », dont l'exemple le plus parlant est celui des professionnels de santé sur lesquels la suite de cette étude s'attarde.

Dans son article intitulé « Intervenants psychosociaux face aux victimes. Processus psychodynamique de la traumatisation indirecte », le psychologue belge Olivier Serniclaes évoque le nœud de la problématique constitué par la situation traumatique, et définit un modèle conceptuel de la traumatisation secondaire en fonction de la proximité de la victime par rapport au traumatisme. La victime directe du traumatisme est nommée victime primaire, elle peut présenter des symptômes de stress aigu. Pour Serniclaes, une première onde de choc traumatique naît de cette victime initiale et se propage à son entourage, notamment aux professionnels de santé au contact de la victime en situation de crise (phase post-traumatique immédiate). Ces intervenants de premiers secours représentent des victimes secondaires potentielles et peuvent développer les symptômes d'un stress traumatique secondaire. Enfin, les responsables de la prise en charge thérapeutique des victimes primaires, intervenants en deuxième ligne, représentent d'autres potentielles victimes, tertiaires cette fois, et, sur la base de l'écoute empathique de récits des victimes primaires, peuvent expérimenter un traumatisme vicariant dont les symptômes aboutissent à la fatigue de compassion (Serniclaes, 2003).

Le dernier niveau conceptuel est constitué du cadre dans lequel survient le traumatisme de chaque victime, et ce sont autant de repères qui structurent la vie personnelle et/ou professionnelle qui sont bouleversés : lieu de travail, lieu de vie, interactions sociales, etc. Les victimes primaires subissent le traumatisme littéralement comme une effraction de leur réel, à l'origine d'une perte de repères dans leur cadre de vie. Les victimes secondaires, intervenants de premiers secours, peuvent souffrir d'une inadaptation de leur cadre de travail qui devient indéfini, fluctuant. Les victimes tertiaires, psychologues, psychiatres, psychothérapeutes, évoluent dans un cadre thérapeutique défini, et peuvent présenter des manifestations symptomatiques psychotraumatiques comme la fatigue de compassion, qui sera l'objet d'une partie ultérieure.

Une représentation schématique de la propagation des ondes de choc d'un traumatisme psychique vécu par la victime primaire et diffusant aux potentielles victimes secondaires et tertiaires peut être la suivante :

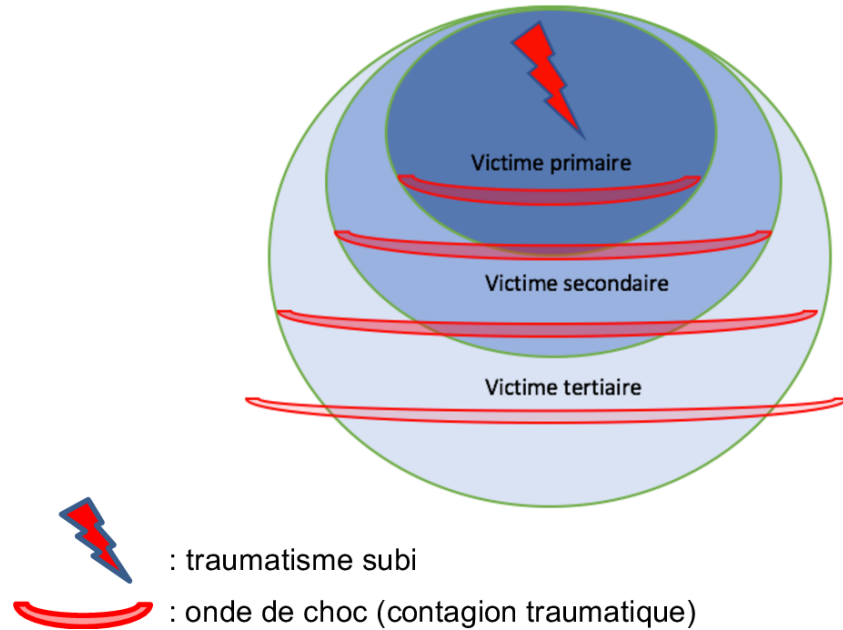


Figure 7 : Représentation schématique de la contagion traumatique, sur le modèle de la propagation d'ondes de choc (Derdour-Campos, 2018)

Cette exposition itérative toxique peut conduire à des conséquences individuelles relativement à un passé : alors que certains traversent les épreuves sans en être affectés, d'autres réagissent de manière catastrophique dans des situations moins dramatiques. L'impact traumatique d'un événement est un « effet d'après-coup », supposant un préalable, d'où l'importance de la personnalité prémorbide.

Notons également l'effet classiquement protecteur du support social. Dans une perspective psychosociale, l'appartenance à des réseaux, l'intégration et les supports sociaux jouent un rôle tampon, réducteur de la morbidité ; l'isolement serait un facteur de vulnérabilité.

1.2.1 Le burn-out ou « syndrome d'épuisement professionnel »

D'un point de vue sémantique, le terme anglais « to burn out » signifie littéralement « s'user », « être épuisé », suite à une demande trop importante d'énergie. Il se traduit également par le fait de « laisser brûler jusqu'au bout », « s'éteindre » (*Esnard et al., 2013*).

Ce terme était employé dans le domaine de l'aérospatiale pour décrire l'épuisement du carburant d'une fusée, avec comme conséquence une surchauffe voire explosion du réacteur. Par analogie, le burn-out contemporain désigne un état dans lequel le sujet s'use, se consume au travail, épuisant ainsi ses ressources physiques et psychiques.

Dans l'émission *Surpris par la nuit* de 2003, le pédopsychiatre Pierre Canoui retrace l'apparition du burn-out, en rappelant qu'il possède un ancêtre aujourd'hui oublié : l'acédie médiévale, cette fatigue de croire qui frappait les moines. Frappant à la mi-jour les moines les plus assidus chez lesquels le doute s'insinuait, ébranlant leur foi, il fût même qualifié de « démon de midi ». Les propositions des théologiens pour remédier à ce pêché capital furent d'éveiller espérance et persévérance dans la démarche spirituelle. Loin d'une remise en question, cette négation de la souffrance intime risque d'épuiser en silence les réserves de l'individu et de l'enfermer dans cette solitude existentielle.

Historiquement, Herbert Freudenberger, psychiatre et psychanalyste américain, fut le premier à conceptualiser le terme « Burnout Syndrom » dans son article « staff burnout » (*Freudenberger, 1974*). Il entendit le mot « burn-out » des éducateurs et des infirmiers travaillant auprès de toxicomanes dans les Free Clinics américaines. Ces soignants présentaient alors la même symptomatologie : perte de motivation au travail, fatigue extrême, maux de tête, insomnies et incapacité à se gérer émotionnellement, plus souvent en colère, ou cyniques.

Avant lui, le psychiatre français Claude Veig écrit dans un texte de 1959 sur les états d'épuisement, qu'il a été confronté en pathologie du travail à un état particulier, caractérisé par une fatigue extrême, et qui ne rentrait dans aucune nosographie psychiatrique.

Mais la popularisation du « burn-out » en « syndrome d'épuisement professionnel » revient aux psychologues américaines Christina Maslach et Susan Jackson; en 1976, elles s'appuient sur 200 interviews à destination de professionnels travaillant avec des personnes en détresse pour proposer une modélisation du burn-out en trois dimensions (*Maslach & Jackson, 1981*). La première dimension est représentée par un sentiment d'épuisement des ressources émotionnelles. La personne se sent « vidée nerveusement », ne réalisant ainsi plus les tâches quotidiennes qu'elle réalisait auparavant (*Knapp et al., 2006*). La seconde dimension est marquée par la dépersonnalisation. Elle fait référence aux attitudes détachées, cyniques, en somme négatives que la personne manifeste vis-à-vis des autres. Enfin, le sentiment de perte d'accomplissement personnel constitue la troisième dimension, et conduit à l'auto-dévalorisation, à la perte d'estime de soi et de l'auto-satisfaction (*Maslach, 2003*).

Ce modèle tridimensionnel ainsi que la « Maslach Burn-out Inventory » sont des références dans la littérature actuelle (*Maslach & Jackson, 1981*).

De nos jours, l'OMS le définit comme « un sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle, et d'incapacité à aboutir des résultats concrets au travail » (*Begué-Simon, 2016*).

S'il trouve essentiellement son origine dans la sphère professionnelle, des circonstances de la vie privée peuvent intervenir en tant que facteurs aggravants; des situations de stress chronique sont notamment décrites chez les étudiants.

1.2.2 Le stress traumatique secondaire, processus de contagion traumatique

Charles R. Figley, professeur de psychologie et directeur de l'institut de traumatologie de l'Université d'Etat de Floride est l'un des pionniers dans les recherches sur la traumatisation secondaire.

En effet, ce chercheur s'appuie sur son expérience du Vietnam à la fin des années 1960 pour élaborer une bibliographie sur les réactions de stress liées au combat (*Figley, 2014*). Il se sert de témoignages de vétérans de guerre comme support principal de son étude, mais s'intéresse également à leurs familles et à leur façon d'être impactées par le traumatisme expérimenté par les victimes. En 1978, il publie un article portant sur l'ajustement psychosocial des vétérans de la guerre du Vietnam et suggère que « les familles, amis, et professionnels sont susceptibles de développer des symptômes de stress traumatique parce qu'ils ont un engagement empathique envers les victimes d'évènements traumatiques ». Figley nomme les réactions des proches au contact d'une personne en souffrance émotionnelle la « victimisation secondaire » qui devient ensuite « stress traumatique secondaire ».

En 1983, il affine sa théorie et la subdivise en quatre catégories (*Figley, 1983*) :

- le traumatisme simultané : l'ensemble du cercle familial est affecté directement et simultanément par l'événement traumatique (*exemple : une catastrophe naturelle*)
- le traumatisme vicariant, qui est une forme du trauma simultané appliqué à une seule personne du système familial (*par exemple : une prise d'otages*)
- le trauma intrafamilial, également appelé abus, dont l'origine est une blessure émotionnelle perpétrée par un membre de la famille contre l'un des siens,
- et enfin le traumatisme secondaire, dit également chiasmal, qui désigne une propagation traumatique du membre initialement touché au sein de la cellule familiale.

La symptomatologie du stress traumatique secondaire s'apparente à celle de l'état de stress post-traumatique appliqué au traumatisme de la victime primaire.

Parmi eux, on retrouve des reviviscences de l'événement traumatique, caractérisées par des souvenirs intrusifs, une détresse psychique à l'évocation de l'événement traumatique ainsi que des agissements « comme si l'événement allait se produire, conduisant à des conduites d'évitement voire à une amnésie psychogène (*Vahia, 2013*). Un détachement vis-à-vis d'autrui associé à une restriction des affects ou à des émotions négatives sont également courants. Ce tableau clinique est complété par des symptômes d'hyperactivation neurovégétative : difficulté d'endormissement ou insomnies fréquentes, irritabilité ou accès de colère, difficultés de concentration, voire un comportement auto-destructeur (*Bride et al., 2004*).

Par la suite, Charles Figley explique que ce modèle de traumatisation secondaire s'applique également aux professionnels de la relations d'aide.

1.2.3 Le traumatisme vicariant, engagement empathique face à la violence

Issus du mot anglais « vicarious » désignant le fait de vivre l'expérience d'un autre à travers une participation empathique, le terme fut proposé en 1990 par deux psychologues, Lisa McCann et Laurie Anne Pearlman, dans l'article « Vicarious Traumatization: A Framework for Understanding the Psychological Effects of Working with Victims ».

Les auteurs proposent d'établir un lien entre le discours détaillé et douloureux des patients et les schémas cognitifs et les croyances que le thérapeute a sur lui et/ou sur autrui.

Par ailleurs, elles replacent le développement du concept de traumatisation vicariante dans leur contexte: la recrudescence dans la patientèle des thérapeutes de survivants de génocides, vétérans ou victimes de guerre, de viols, d'incestes, ou d'autres formes de violence physique et/ou psychique, explique de nouveaux besoins cliniques et des formations associées, pour les professionnels de santé non préparés (*McCann et Pearlman, 1990*).

Le traumatisme vicariant naît de la répétition de l'exposition à des personnes en souffrance associée à une prise de conscience de la cruauté et de l'indifférence de l'être humain. Il se manifeste par de fortes émotions, et une perturbation du cadre de référence de la personne.

Les manifestations résultantes du bouleversement dans les cadres cognitifs du soignant concernent plusieurs domaines.

Instaurant un climat insécuritaire, l'individu prend une conscience accrue de la fragilité de la vie et de sa propre vulnérabilité. Touchant également le domaine de la confiance, la perturbation résultant de l'exposition au matériel traumatique peut se traduire par du cynisme ou une méfiance vis-à-vis d'autrui. Affectant parallèlement l'estime de soi et des autres, le thérapeute peut ressentir amertume et pessimisme. Le traumatisme vicariant peut même aller jusqu'à ébranler l'intimité de l'individu en se manifestant par un vécu de stigmatisation et de marginalisation (*Pearlman et Mac Ian, 1995*).

Enfin, selon le degré de divergences entre le vécu de la victime et le schéma existant chez le soignant, ces perturbations prennent un caractère subtiles ou brutales, et des symptômes associés à un état de stress post-traumatique peuvent alors apparaître (*Saakvitne et Pearlman, 1996*).

Appliqué dans un premier temps au corps médical, le traumatisme vicariant se généralise aux travailleurs humanitaires, sociaux, journalistes-reporters travaillant dans des pays en guerre ou auprès de victimes de situations précaires, en somme à toute personne côtoyant la violence au quotidien

1.3 La compassion mêlée à / et la traumatisation secondaire dans le milieu de la santé: le syndrome de fatigue compassionnelle

« Il y a un coût au soin. Les professionnels qui écoutent des histoires de peur, de douleur et de souffrance des clients peuvent ressentir la même peur, douleur et souffrance parce qu'ils s'en soucient » C.R Figley, 1995

Spécifiquement appliquée aux professionnels du secteur de la santé, la fatigue de compassion a été définie comme « le fardeau émotionnel que les soignants peuvent subir, résultant d'une surexposition à des événements traumatisants vécus par les patients » (*Schwam, 1998*).

1.3.1 Définitions

1.3.1.1 Du stress traumatique secondaire à la fatigue compassionnelle : une base de construction traumatique

Historiquement, le terme « fatigue de compassion » est employé pour la première fois en 1992 sous la plume de Carla Joinson dans son ouvrage « Coping with compassion ». Marquée par son métier d'infirmière en service de soins d'urgences, elle l'utilise afin de décrire un type d'épuisement professionnel affectant spécifiquement les métiers de la santé. Cet article constitue une base argumentaire sur les aspects délétères de ce syndrome d'autant plus insidieux et émotionnellement dévastateur qu'il est difficilement diagnosticable, et dont l'un des facteurs de risque peut être la personnalité même des soignants (*Joinson, 1992*). Également appelé « usure de compassion », le terme est adapté à l'ensemble des personnes travaillant en relation d'aide : médecins, infirmières, aides-soignantes, vétérinaires

Par la suite, Figley revient sur sa définition du terme « fatigue de compassion » qu'il confondait avec celui de stress traumatique secondaire, ou qu'il comprenait comme une forme de burn-out. Appelée ensuite « stress de compassion », d'autres auteurs entretiennent ce flou nosologique en la nommant traumatisation vicariante par exemple.

En accord avec la psychologue Beth Hudnall Stamm qui considère le « stress de compassion » comme inadéquat pour définir la capacité à prendre soin de l'autre, Figley prend conscience du caractère péjoratif et stigmatisant attribué par le corps médical au stress traumatique secondaire. C'est dans cette volonté de standardiser la nomenclature que Stamm et Figley remplacent le « stress de compassion » par le terme « fatigue compassionnelle ».

De prime abord, la fatigue compassionnelle est envisagée comme une conséquence négative du contact prolongé avec la souffrance d'autrui, face à laquelle le soignant témoigne des symptômes tels que la colère, la dépression ou encore l'apathie. Cette première définition relève plutôt de pathologies du lien et de l'attachement.

Pour expliquer l'impact que le travail psychothérapeutique mené auprès d'individus traumatisés ou en souffrance peut avoir sur le soignant, Figley s'appuie sur sa définition de la fatigue compassionnelle comme **un sentiment d'épuisement physique et émotionnel que les professionnels de la relation d'aide sont susceptibles de développer au contact de la souffrance, au point de modifier durablement et profondément leurs croyances**. Ses recherches suggèrent que ce syndrome est particulièrement connecté à la relation thérapeutique, dans laquelle le matériel traumatique et la souffrance d'une victime sont communiqués au soignant, suscitant chez ce dernier des réactions à de multiples échelles.

Elle se manifeste par une érosion graduelle de l'empathie, de l'optimisme et de la compassion. Le sujet n'éprouve lui-même aucune souffrance (il n'est lui-même ni malade, ni blessé, ni pris en otage, ni agressé, situations qui relèveraient du traumatisme primaire), mais il la vit chez autrui ou l'entend racontée. Les capacités d'empathie et d'engagement au sein de la relation thérapeutique ont ainsi un rôle central dans le développement de la fatigue de compassion.

1.3.1.2 Une notion antinomique de la satisfaction de compassion

A l'opposé de la fatigue compassionnelle, Figley propose le terme « satisfaction de compassion » qu'il comprend comme un ensemble des sentiments positifs ressentis lorsqu'une personne vient en aide à une autre. Stamm propose la définition suivante : « le plaisir ressenti provenant de la capacité de bien faire son travail. Par exemple, on peut ressentir du plaisir à aider les autres grâce à son travail. On peut éprouver des sentiments positifs à propos de ses collègues, ou sa capacité à contribuer à la tâche de travail ou même au collectif de la société » (*Stamm, 2010*).

Ainsi, satisfaction et fatigue de compassion apparaissent comme la face et le revers d'une même médaille de l'empathie. La satisfaction de compassion apparaît comme un sentiment positif, alimenté par une impression de réussite, de motivation, de plaisir à réaliser un travail émotionnellement exigeant (*Wagaman et al, 2015*).

1.3.1.3 Modélisation de la fatigue compassionnelle par Charles Figley : une réaction en chaîne

Afin de compléter sa révision de la définition du terme fatigue compassionnelle, Charles Figley en propose une modélisation et explique l'engagement émotionnel impliqué dans son développement (*Figure 8*).

Il définit le stress compassionnel comme étant induit par une exposition à la souffrance et dépendant de l'interaction de plusieurs variables.

La première est l'aptitude empathique (« empathic ability » littéralement) définie comme l'aptitude à prêter attention à la souffrance d'autrui; elle est tout aussi centrale dans la relation thérapeutique qu'elle est également un facteur clé dans le développement du syndrome de fatigue compassionnelle.

Le risque de l'empathie est la propension à la contagion émotionnelle, par laquelle le soignant, par des mécanismes de mimétisme impliquant le système des neurones miroirs, calque ses émotions sur celles de la victime, au point d'en être submergé (perte de la distinction soi-autrui).

L'empathie implique également la notion de sollicitude (*empathic concern*), autre variable caractérisant la capacité du thérapeute à se soucier de la souffrance d'autrui et donc à motiver l'action.

Le modèle de développement de la fatigue de compassion proposé par Figley se décompose en une cascade de réactions, débutant par l'exposition du soignant à la douleur, la souffrance et/ou au traumatisme d'autrui. La contagion émotionnelle et la sollicitude dont fait preuve le soignant envers la victime conditionne la réponse empathique, ou compassion, c'est-à-dire l'effort mené pour réduire la souffrance d'autrui, effort dont la nature et l'intensité dépendent de la subjectivité de l'aidant.

La réponse empathique est modulée par la satisfaction ou le sentiment d'accomplissement que le professionnel tire de cet effort. La composante résiduelle qui peut en résulter n'est autre que le stress compassionnel, cette demande énergétique psychologique pour le soignant, défini par Figley et augmentant le risque de développer la fatigue compassionnelle (Figley, 1995).

D'autres variables interviennent également comme facteurs de risque dans le développement de la fatigue compassionnelle, notamment les réactions émotionnelles associées au traumatisme ou à l'écoute d'un récit au contenu traumatique, à l'origine de troubles anxio-dépressifs, ou une exposition prolongée à cette souffrance. Par ailleurs, les perturbations de la vie personnelle du soignant peuvent représenter un facteur de risque si elles sont combinées aux variables citées ci-dessus. Parmi ces changements, la maladie, un changement de statut social, familial ou professionnel sont particulièrement soulignés.

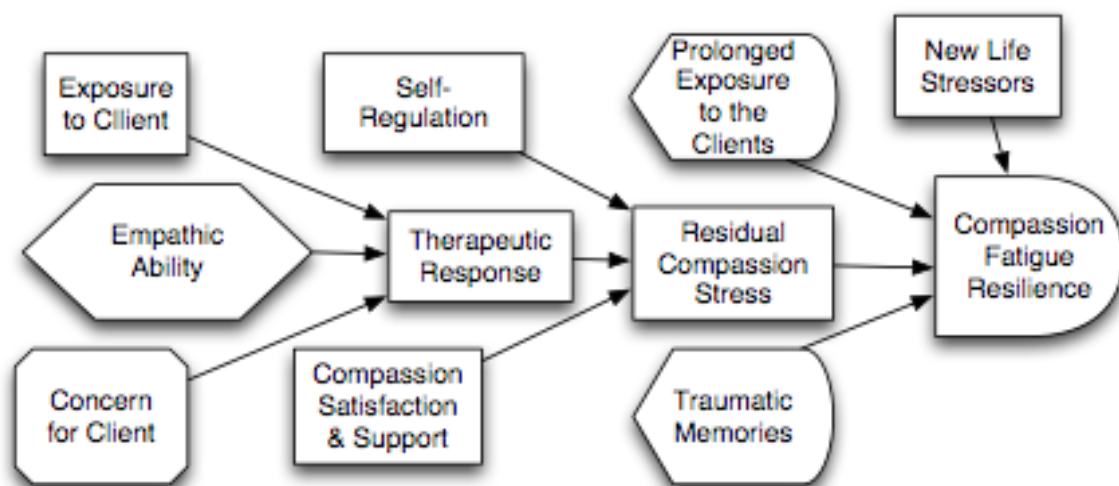


Figure 8 : Modélisation du développement de la fatigue compassionnelle par Charles Figley (Figley, 2002)

Bien qu'admis et repris pour comprendre les processus pouvant conduire à la fatigue compassionnelle, ce modèle est critiqué par Figley lui-même et ses collaborateurs (Adams, Boscarino, & Figley, 2006).

L'aspect dichotomique ne permet pas de représenter l'intensité des réactions des soignants, pouvant être touchés par la fatigue compassionnelle à des degrés allant d'un impact léger, voire asymptomatique, à sévère, pouvant aller jusqu'à des considérations suicidaires qui seront développées dans une partie ultérieure (Sabo, 2011). Par ailleurs, cette modélisation se concentre exclusivement sur les effets négatifs de l'empathie, en omettant les effets potentiellement bénéfiques que celle-ci peut avoir au sein de la relation thérapeutique, comme la satisfaction de compassion présentée précédemment.

1.3.2 Manifestations cliniques

Cliniquement, la fatigue compassionnelle est un syndrome combinant les symptômes du stress traumatique secondaire et de l'épuisement professionnel, ou burn-out.

Figley s'appuie sur la classification du burn-out décrite par Kahill en 1988 pour présenter les manifestations associées fatigue compassionnelle selon les cinq catégories de symptômes suivantes (*Kahill, 1988*) :

- physiques : épuisement physique et plaintes somatiques se présentant comme des troubles non spécifiques (perturbations du sommeil, troubles gastro-intestinaux, céphalées)
- émotionnels : irritabilité, culpabilité, sentiment d'impuissance et troubles anxio-dépressifs
- comportementaux : absentéisme, négligence, consommation de substances toxiques, troubles addictifs et dissociatifs
- interpersonnels : isolement
- perturbations d'attitude : cynisme, pessimisme, perte de satisfaction au travail voire déshumanisation des relations humaines

En 2007, Susan Cohen reprend cette liste pour en préciser certains éléments. Elle insiste notamment sur les troubles dissociatifs, dont elle retient deux composantes pouvant se manifester dans le syndrome de fatigue compassionnelle. La première est l'amnésie dissociative, caractérisée par une incapacité à évoquer des souvenirs personnels importants en raison de leur caractère traumatique et/ou stressant. La seconde concerne le trouble de dépersonnalisation, marqué par un sentiment prolongé ou récurrent de détachement de son propre fonctionnement mental et / ou de son propre corps, bien que l'appréciation de la réalité en demeure intacte. Parce qu'ils ont déjà été confrontés à un stress intense, la plupart des individus ont déjà expérimenté un épisode unique et bref de dépersonnalisation, souvent vécu comme une anesthésie sensitive : manque de réaction affective, sentiment de perte de contrôle de ses actes ou paroles.

Deborah Boyle, infirmière en oncologie, dresse une liste exhaustive du tableau clinique associée au syndrome de fatigue compassionnelle, présentée dans le Tableau I ci-dessous.

Tableau I : Manifestations de la fatigue compassionnelle (Boyle, 2011)

Émotionnelles	<ul style="list-style-type: none"> - Colère - Apathie - Dépression - Cynisme - Désensibilisation - Découragement - Rêves, flashbacks - Sentiment d'être submergé - Sentiment d'impuissance - Irritabilité - Perte d'enthousiasme - Sarcasme
Intellectuelles	<ul style="list-style-type: none"> - Ennui - Difficultés de concentration - Diminution de l'attention portée aux détails
Physiques	<ul style="list-style-type: none"> - Somatisation - Fatigue, épuisement - Propension aux accidents
Sociales	<ul style="list-style-type: none"> - Endurcissement, indifférence - Isolement (collègues, amis, famille) - Incapacité à communiquer - Perte d'intérêt pour des activités autrefois appréciées - Absence de réactions
Spirituelles	<ul style="list-style-type: none"> - Capacité diminuée de discernement - Désintérêt à l'introspection
Professionnelles	<ul style="list-style-type: none"> - Absentéisme - Manque de ponctualité - Évitement de situations cliniques intenses - Diminution des performances (erreurs médicales notamment) - Communications impersonnelles et stéréotypées - Désir de démissionner

1.3.3 Burn-out et fatigue compassionnelle : qui de l'œuf ou de la poule ?

La fatigue compassionnelle évolue dans l'ombre du burn-out, pathologie à la mode, devenue celle d'une civilisation. Le flou qui règne autour de ces deux syndromes explique qu'ils soient fréquemment interchangeables.

Figley distingue pourtant deux différences majeures, leur cinétique d'apparition et leur symptomatologie, bien que celle-ci soit non spécifique.

D'une part, le burn-out est d'installation lente, alors que la fatigue compassionnelle peut survenir soudainement, et évoluer insidieusement, c'est-à-dire ne déclencher aucun signe d'alerte.

D'autre part, la fatigue compassionnelle s'accompagne d'un sentiment d'impuissance et d'isolement. Elle altère profondément la vision du monde et le système de valeurs de l'individu. Par ailleurs, elle concerne spécifiquement des professionnels de la relation d'aide, là où le burn-out peut affecter des travailleurs de tout secteur.

Les éléments déclencheurs du burn out sont également différents de ceux de la fatigue compassionnelle.

En effet, le burn-out se rapporte à un état de stress permanent sur le lieu de travail, qui se traduit physiologiquement par des taux élevés de cortisol, l'hormone du stress (*Melamed, 1999*). Il est lié à une charge et des horaires de travail excessifs, ainsi que des difficultés à concilier vie professionnelle et personnelle. Les individus qui en souffrent ressentent souvent un sentiment d'échec.

La fatigue compassionnelle, en revanche, fait suite à l'exposition à un traumatisme et implique des mécanismes empathiques.

La fatigue compassionnelle résulterait ainsi à la fois d'un burnout et d'un stress traumatique secondaire (*Stamm, 2010*). Parce qu'il fragilise le soignant, le burn-out ouvre la voie à la fatigue compassionnelle. Burn-out, stress traumatique secondaire et fatigue compassionnelle peuvent donc survenir simultanément (*Zawieja, 2014*).

Les différences entre le burn-out et la fatigue compassionnelle sont reprises dans le tableau II ci-dessous.

Tableau II : Caractéristiques descriptives du burn out et de la fatigue compassionnelle
(Cointot, 2021)

	Burn-out	Fatigue compassionnelle
Définition	<p>Épuisement professionnel</p> <p>« Sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle, et d'incapacité à aboutir des résultats concrets au travail » (Begué-Simon, 2016)</p>	<p>Usure de compassion</p> <p>Etat de dysfonctionnement et d'épuisement physique, psychologique et social, accompagné d'une douleur morale intense résultant de l'exposition au traumatisme des patients ou à une implication empathique trop importante. (Thomas et al., 2012)</p>
Qui est concerné ?	Toutes les professions	Professionnels de la relation d'aide, en particulier secteur de la santé humaine et vétérinaire
Etiologie	<p>Exposition prolongée (effet cumulatif) à un environnement de travail stressant et exigeant (environnement organisationnel mal structuré)</p>	<p>Surexposition des prestataires de soins aux traumatismes</p> <p>Survenue soudaine</p> <p>Conséquence de l'épuisement des ressources émotionnelles</p> <p>Individus à haut potentiel empathique</p>
Tableau clinique	<ul style="list-style-type: none"> - physique : épuisement persistant, troubles du sommeil, somatisation (gravité limitée si pris séparément, signaux d'alerte si combinés) - psycho-comportemental : épuisement émotionnel, apparition ou renforcement de comportements addictifs, mise à distance des patients et de l'entourage (collègues, amis, famille), mésestime de soi, pessimisme 	
		<p>+ détérioration des capacités d'empathie et de sympathie à l'origine de difficultés relationnelles</p>

1.3.4 Traumatismation secondaire et classification internationale : vers une intégration de la fatigue compassionnelle au DSM-V ?

Publié pour la première fois en 1952, et régulièrement révisé par l'Association Américaine de Psychiatrie (APA), le Diagnostic and Statistical of Mental Disorders (DSM) propose une classification des troubles mentaux en différents critères. Conçu sur le modèle d'un guide pratique du quotidien des acteurs de la santé mentale, il est devenu un ouvrage de référence du diagnostic de pathologies psychiatriques et permet aux professionnels d'adopter un langage commun.

Il faudra attendre 1980 et la troisième version du DSM pour intégrer le syndrome de stress post-traumatique secondaire dans les nosographies et introduire la notion de traumatisme psychique auprès du public.

La traumatismation secondaire est reconnue dans la dernière édition du DSM, parue en 2013, et marquant un tournant pour les troubles psychotraumatiques définis indépendamment des troubles anxieux auxquels ils étaient fréquemment rapportés. En effet, là où le DSM-IV considérait que seules les victimes directes pouvaient souffrir d'un trouble post-traumatique, le DSM-V admet qu'un sujet puisse être traumatisé du fait de sa proximité émotionnelle avec une victime directe, ou parce qu'il a été confronté de manière répétée à des événements traumatiques en raison de ses activités professionnelles.

Les critères diagnostiques du DSM-V sont les suivants (*Levin, Kleinman, & Adler, 2014*) :

Critère A : **exposition à la mort**, à des blessures graves, ou à la violence sexuelle, effectives ou potentielles, d'une (ou plusieurs) des façons suivantes :

- A 1. Vivre directement l'événement traumatique.
- A 2. Être témoin, en personne, de l'événement vécu par d'autres.
- A 3. Apprendre que l'événement traumatique a été vécu par un membre de la famille proche ou un ami proche.
- A 4. Vivre une exposition répétée ou extrême aux détails pénibles de l'événement traumatique (par exemple, les premiers intervenants ou les policiers).

Critère B : présence d'un (ou plusieurs) des **symptômes intrusifs** suivants associés à l'événement traumatique, ayant débuté après ce dernier :

- B 1. Souvenirs pénibles récurrents, involontaires, et envahissants de l'événement traumatique.
- B 2. Rêves répétitifs pénibles dans lesquels le contenu et/ou l'affect sont liés à l'événement traumatique.
- B 3. **Réactions dissociatives** (flash-backs, par exemple) dans lesquelles l'individu se sent ou agit comme si l'événement traumatique se reproduisait. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une perte totale de conscience de l'environnement actuel.)
- B 4. **Détresse psychologique intense ou prolongée** à l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique.
- B 5. Réactions physiologiques marquées à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique.

Critère C : **évitement persistant** des stimuli associés à l'événement traumatique ayant débuté après ce dernier, comme en témoigne(nt) une ou les deux manifestations suivantes :

- C 1. Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, les pensées ou les sentiments pénibles à propos de, ou étroitement associés à, l'événement traumatique.
- C 2. Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, lieux, conversations, activités, objets, situations) qui éveillent des souvenirs, des pensées ou des sentiments pénibles à propos de, ou étroitement associés à, l'événement traumatique.

Critère D : **altérations négatives des cognitions et de l'humeur** associées à l'événement traumatique, ayant débuté ou s'étant aggravées après ce dernier, comme en témoignent deux (ou plus) des manifestations suivantes :

- D 1. Incapacité de se rappeler un aspect important de l'événement traumatique (typiquement en raison d'une amnésie dissociative et non d'autres facteurs tels que blessure à la tête, alcool ou drogues).
- D 2. Croyances ou attentes négatives persistantes ou exagérées à propos de soi-même, des autres, ou du monde.
- D 3. Cognitions persistantes et déformées concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatique qui amènent l'individu à se blâmer ou à blâmer autrui.
- D 4. État émotionnel négatif persistant (par exemple, peur, horreur, colère, culpabilité ou honte).
- D 5. Diminution marquée de l'intérêt ou de la participation à des activités significatives.
- D 6. **Sentiment de détachement ou d'éloignement des autres.**
- D 7. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives (par exemple, incapacité à éprouver du bonheur, de la satisfaction ou des sentiments affectueux).

Critère E : **altérations marquées dans l'activation et la réactivité** associées à l'événement traumatique, ayant débuté ou s'étant aggravées après ce dernier, comme en témoignent deux (ou plus) des manifestations suivantes :

- E 1. **Comportement irritable** et crises de colère (avec peu ou pas de provocation) généralement sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
- E 2. Comportement imprudent ou **autodestructeur.**
- E 3. **Hypervigilance.**
- E 4. **Réaction de sursaut exagérée.**
- E 5. **Problèmes de concentration.**
- E 6. **Troubles du sommeil.**

Critère F : la durée de la perturbation (critères B, C, D, et E) est supérieure à 1 mois.

Critère G : la perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une **altération du fonctionnement dans les domaines sociaux, professionnels**, ou autres domaines importants.

Critère H : la perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, médicaments, alcool) ou d'une autre condition médicale.

Les annexes des auteurs du DSM-V précisent que les professionnels dont la vocation, ou du moins le métier, augmente le risque d'exposition traumatique sont concernés par cette description diagnostique. Bien que ce ne soit jamais explicité, on comprend que les intervenants de la relation d'aide représentent des professions à risque.

La fatigue compassionnelle, sans jamais être nommée dans la dernière révision du DSM, semble être présente en filigrane de cette dernière. En effet, les caractères en gras reprennent le tableau clinique de ce syndrome présenté précédemment : le critère D est assorti du détachement d'autrui, et le critère E regroupe les symptômes témoins d'une hyperréactivité.

Ainsi, considérer la fatigue compassionnelle comme un état de stress post-traumatique pourrait l'intégrer à cette classification de référence, et participerait à sa reconnaissance.

Appliquée au corps médical, la fatigue compassionnelle impacte la relation du soignant avec ses patients, mais elle induit également une distance relationnelle avec ses confrères et consoeurs, voire ses amis et sa famille. A l'origine d'une impression de dispersion, les soignants se trouvent dans l'incapacité de respecter leurs obligations professionnelles, confraternelles et personnelles, ce qui majore leur souffrance éthique (*Thomas et al, 2012*).

Le parallèle entre médecine humaine et médecine vétérinaire est régulièrement fait car elles partagent les mêmes enjeux en communication client, et présentent des similitudes dans leur démarche diagnostique et thérapeutique. Si la section I s'est attachée à définir ce qui sous-tend le syndrome de fatigue compassionnelle en l'abordant d'un aspect généraliste, la section II vise à expliquer comment cette problématique s'adapte aux vétérinaires praticiens.

2. APPLICATION DE LA FATIGUE COMPASSIONNELLE EN STRUCTURE VÉTÉRINAIRE EN CLIENTÈLE

Pour Walter Hesbeen, infirmier et docteur en santé publique, l'activité soignante, qui inclut le travail des vétérinaires praticiens, relève de l'intelligence sociale : envisagée d'un point de vue qualitatif plus qu'un bref échange quantitatif d'informations, elle implique des notions comme la confiance, la reconnaissance de l'expertise du praticien et la satisfaction du patient - client qui aboutissent à une meilleure observance du traitement. L'enjeu pour le soignant est donc de ne pas s'occuper uniquement de la maladie du sujet, mais aussi du sujet de cette maladie... sans s'oublier par la même occasion.

En effet, et pour se rapporter au sujet de cette thèse, le vétérinaire possède une vie personnelle en dehors de son métier; son quotidien ne doit pas se résumer à son activité professionnelle, et cette dernière ne doit pas vampiriser son existence. Comme le dit Hesbeen, il existe un temps pour toute chose : un temps de présence à la clinique, qui correspond au temps de travail, et un temps accordé au reste : le repos, les loisirs, le cercle d'entourage proche, ce temps indispensable pour assurer une qualité de présence au travail.

Tout praticien vétérinaire qui lit ces lignes se demandera probablement quelle est l'utilité clinique de l'empathie, voire dans quelle mesure cette thèse le concerne. Ce travail n'a pas la prétention de représenter l'ensemble des individus exerçant la médecine vétérinaire en leur collant grossièrement une étiquette ou en tentant de les catégoriser, mais plutôt de mettre en évidence certains traits pouvant se retrouver parmi plusieurs d'entre eux, et susceptibles de prédisposer au syndrome de fatigue compassionnelle. Comme l'expliquait la vétérinaire Alice Maranber dans son article portant sur ce syndrome, pas de compassion sans empathie, et pas non plus de fatigue compassionnelle sans empathie. Si l'empathie est souvent ce qui sous-tend la vocation pour ce type de profession engagée dans l'aide, elle en est aussi, paradoxalement, la rançon.

Cette seconde partie revient sur les grandes catégories de profils rencontrés dans la profession, il s'agit également d'un essai montrant comment la fatigue compassionnelle, même asymptomatique, peut exister au sein de la profession pratique, et proposera des mesures de prévention et/ou protection;

2.1 Les vertus de l'empathie et de la compassion dans la communication en clientèle vétérinaire

2.1.1 Une qualité intrinsèque du métier

Une institution anglaise du nom de « Royal College of Veterinary Surgeons » a mené une enquête auprès des vétérinaires praticiens et de leur clientèle pour connaître les qualités requises dans la profession. Ces critères sont classés en deux catégories, les « day one competences », dont on exige qu'elles soient acquises dès la sortie d'école, et les « year one competences », dont on accorde qu'elles soient acquises plus tard, plutôt après un an de pratique (*Mellanby et al. , 2011*). Ces deux catégories comprennent notamment des compétences qui font référence à la manière d'interagir avec les propriétaires, comme « écouter attentivement et répondre de façon synthétique aux clients et autres personnes » ou encore « être conscient du climat économique et émotionnel dans lequel le vétérinaire opère pour répondre de façon appropriée à l'influence de cette pression ».

Les résultats de cette étude ont mis en évidence des différences significatives dans ce que vétérinaires et clients considèrent comme des qualités primordiales au métier.

Les propriétaires mettaient en particulier l'accent sur l'assurance, les connaissances en médecine et chirurgie vétérinaire, une bonne vulgarisation des termes médicaux, la patience, la transparence à propos du coût des traitements et la gentillesse envers leurs animaux. Les vétérinaires considèrent quant à eux leurs capacités en communication comme l'une des compétences primordiales du métier.

Plus de 90% des propriétaires d'animaux d'une part, et des vétérinaires d'autre part, placent la compassion comme l'une des qualités essentielles pour exercer un tel métier, d'autant plus importante selon cette étude qu'elle est l'un des rares points sur lequel les deux parties s'accordent.

Comme Walter Hesbeen le suggérait dans son ouvrage « Prendre soin à l'hôpital » à propos de la médecine humaine, la compassion est la pierre angulaire des attitudes psychologiques et morales requises de la part du soignant. La compassion se révèle être un ressort affectif souhaité dans la relation thérapeutique, qu'elle soit humaine ou vétérinaire, sans quoi cette dernière serait vidée de son sens.

2.1.2 Cas particulier de la relation d'aide en médecine vétérinaire pratique

Bien que l'extrapolation d'études en médecine humaine et vétérinaire ait souvent été faite, la relation soignant - soigné ne possède pas la même application en médecine vétérinaire qu'en humaine.

En effet, une différence importante tient du fait que les vétérinaires soignent des patients non humains. Cela implique une prise en considération de la relation homme - animal lors de la prise en charge du patient (*Shaw, 2006*). La relation d'aide fait donc intervenir 3 éléments : le vétérinaire, l'animal, et son propriétaire. Cette triade relationnelle a été comparée à la relation pédiatre - enfant - parent, notamment avec le renforcement du lien entre le propriétaire et son animal, plus souvent considéré comme un membre à part entière de la famille (*Brown et Silverman, 1999*).

Relation vétérinaire - propriétaire / client

Une étude menée sur l'impact de la relation client - vétérinaire sur la qualité de soins appliqués à l'animal révèle que l'existence d'un lien fort entre le vétérinaire et son client fidélise la clientèle, qui se montre également plus attentive aux recommandations thérapeutiques (Lue et al., 2008). Les enjeux d'une consultation sont multiples dans la relation vétérinaire - client; il s'agit pour le vétérinaire de comprendre le motif de consultation et de parvenir à recueillir les commémoratifs et l'anamnèse. L'écoute et l'intérêt portés aux informations délivrées par le client permettent au praticien d'identifier l'impact du problème sur la vie de l'animal et du propriétaire, à l'origine du partenariat vétérinaire - propriétaire. La prise en charge thérapeutique doit être expliquée au propriétaire afin de l'investir dans les soins à procurer à l'animal (*Shaw et al., 2007*).

Répondre aux attentes des clients en faisant preuve d'empathie envers leur situation et/ou celle de leur animal sont les pré-requis au bon déroulé d'une consultation.

Relation propriétaire - animal

L'animal est le support de soins, et engage schématiquement deux types de liens selon l'exercice.

Le lien affectif se rapporte majoritairement à la clientèle des animaux de compagnie ainsi que la clientèle équine. L'investissement émotionnel engagé par le propriétaire envers son animal est variable, plus celui-ci est fort, plus les soins adaptés à l'animal sont adaptés et les propriétaires actifs dans la démarche thérapeutique. La médicalisation adéquate de l'animal de compagnie suit donc la dynamique du lien affectif avec le propriétaire, plus qu'elle ne semble des moyens financiers, bien que ces derniers conditionnent la réalisation d'examen complémentaires et d'actes chirurgicaux (*Lue et al., 2008*). Face à un tel lien, annoncer un manque de moyens thérapeutiques ou encore la gravité d'un cas peut-être émotionnellement difficile pour le praticien.

Le lien économique s'applique principalement à la clientèle rurale, les éleveurs tirant leurs ressources des animaux de leur exploitation. Par ses interventions, le vétérinaire tient le rôle de sauvegarde de ce patrimoine, également d'expert visant à augmenter la rentabilité de l'élevage, autrement dit en médecine individuelle il s'agit d'envisager les soins d'un point de vue économique relativement à la valeur de l'animal, en médecine de population de mettre sur l'accent sur la prévention. Dans un contexte économique compliqué par la modification du paysage rural, le vétérinaire possède également un rôle de soutien ; interlocuteur privilégié des éleveurs, suivre les difficultés économiques des éleveurs est un lourd fardeau pour le praticien.

Relation vétérinaire - animal

Peu décrite dans la littérature, le vétérinaire et l'animal sont liés par la relation thérapeutique dans laquelle un degré variable d'empathie s'exprime. Une étude menée en 2004 révèle que seulement 8% des informations délivrées par le vétérinaire dans le cadre de sa consultation sont adressées à l'animal. En effet, il n'est pas rare que le praticien interprète les émotions de l'animal en les verbalisant à son propriétaire. La relation vétérinaire - animal semble donc renforcer celle impliquant le vétérinaire et le propriétaire.

Une des forces du vétérinaire praticien réside dans son adaptabilité et sa capacité à concilier les impératifs et limites de son rôle de soignant avec la teinte émotionnelle et/ou économique que cette triade est susceptible de prendre. Le soigné n'est pas, comme une première observation le laisserait supposer, l'animal, mais son propriétaire avec lequel un lien peut s'établir par le biais d'une communication empathique.

2.1.3 Intérêt dans le processus thérapeutique

La littérature portant sur le rapport à l'empathie et à la compassion parmi la population de vétérinaires praticiens est très limitée. De ce fait, certaines analogies entre médecine humaine et vétérinaire seront dressées. Selon Jane Shaw, professeure émérite en communication clinique à l'école vétérinaire du Colorado, médecins et vétérinaires partagent le même objectif : améliorer le confort de vie de leurs patients et clients, favoriser l'observance des traitements et de l'ensemble des recommandations médicales, et assurer la satisfaction des clients grâce aux soins (*Shaw et al, 2006*). Dans la profession vétérinaire, le succès d'une consultation tient notamment de la qualité de l'interaction vétérinaire - client -animal c'est-à-dire de la satisfaction du binôme vétérinaire - propriétaire (*Mc Murray and al, 2017*).

Deux enquêtes ont été menées, l'une aux Etats-Unis portant sur des infirmières, l'autre en Corée sur des médecins, dans des contextes culturels et protocolaires très différents, mais complémentaires : tandis que dans la première le personnel soignant évalue sa propension à l'empathie, dans la deuxième ce sont les patients qui se prononcent sur la capacité d'empathie des professionnels de santé.

Les résultats démontrent une corrélation positive entre le comportement empathique adopté par ces professionnels de santé, et le niveau d'anxiété ou de colère des patients / clients. En d'autres mots, l'empathie favorise le processus thérapeutique en facilitant la relation qui en découle, par l'intermédiaire de l'échange d'informations lors du déroulé de la consultation. En créant une relation de confiance, l'empathie du personnel soignant semble être une condition de l'adhésion thérapeutique et de l'observance du traitement; elle améliore donc la santé du patient et par là, la satisfaction du client. Il n'est pas difficile d'imaginer le même phénomène parmi les vétérinaires praticiens et leur clientèle.

Ces approches médico-psychosociales ont permis de découvrir l'influence de la communication du soignant, médecin ou vétérinaire, envers son patient, ou client, sur l'observance d'un traitement. Le phénomène de non-observance pourrait donc être en partie imputé à une méconnaissance des difficultés rencontrées par les patients-clients dans le suivi des traitements, bien qu'il ne faille pas occulter leur responsabilité dans ce suivi (*Sarradon-Eck, 2007*).

L'empathie intervient également dans le bien-être animal, défini selon l'Anses comme « l'état mental et physique positif lié à la satisfaction de ses besoins physiologiques et comportementaux, ainsi que ses attentes » (*Anses, 2018*). En effet, des études sur l'influence des émotions sur la relation homme-animal ont montré que la présence d'empathie envers les animaux était liée à une plus grande préoccupation pour le bien-être animal et facilitait les soins (*D'Aniello et al., 2016*). De la même manière, elle facilite la satisfaction du client car elle est l'une des qualités primordiales attendues chez les vétérinaires par leur clientèle, ce qui renvoie au premier paragraphe de cette partie.

Ainsi, considérer la relation thérapeutique comme un partenariat permet de déléguer au propriétaire une partie de la prise en charge du traitement de son animal, et donc de l'investir dans le processus thérapeutique. L'adaptation émotionnelle du vétérinaire envers son client se joue lors de la consultation et structure leurs rapports sociaux. Décoder la communication non-verbale du propriétaire est un réel enjeu, ce volet sera abordé dans une partie ultérieure.

2.1.4 Variabilité interpersonnelle

2.1.4.1 Impact du genre

De façon stéréotypée, il est considéré que les femmes sont de nature plus affectives, et de ce fait plus enclines à présenter de l'empathie, que les hommes. Il a alors été suggéré que cette différence était surtout culturelle, les rôles de chacun étant attribués par la société (*Christov-Moore and al, 2014*).

Afin de déterminer si les différents niveaux d'empathie entre hommes et femmes étaient imputables à la culture, ou au contraire s'il s'agissait d'une qualité intrinsèque indépendante de toute pression sociétale, des études neurobiologiques menées sur des enfants ont montré l'impact du genre sur l'expression de l'empathie. En effet, pour reprendre l'expérience des pleurs des nouveaux-nés et du phénomène de contagion émotionnelle présentée en section I, il s'avère que les nourrissons féminins pleurent plus souvent et plus longtemps en réaction aux pleurs d'un autre nourrisson (*Hoffman, 1977*). De la même manière avec les processus d'imitation-reproduction, les jeunes filles âgées de trois à quatre mois semblent capables de reconnaître de manière plus précise que les garçons de même âge les expressions faciales d'autres enfants (*McClure, 2000*). Par ailleurs, les hommes sont plus touchés que les femmes par des pathologies liées à des troubles de l'empathie, comme l'autisme (*Lai et al., 2015*). L'ensemble de ces études semble suggérer qu'il existe une différence intrinsèque de l'empathie en fonction du genre.

Les vétérinaires praticiens, entre autres, ont également été la cible de recherches menées sur leur capacité d'empathie envers les animaux et leurs propriétaires, en fonction du genre et de leur années d'expérience, variables déjà soulignées comme influentes dans les professions médicales humaines (*Colombo et al., 2017*). A l'aide d'échelles de mesure de l'empathie, The Animal Empathy Scale et The Empathy Quotient, les recherches ont porté sur 107 vétérinaires praticiens d'une clinique à dominante canine située à Milan. Les résultats révèlent un impact significatif du genre sur l'empathie éprouvée envers les animaux, avec des scores significativement plus élevés sur les échelles de mesure des femmes que celles des hommes. Le nombre d'années d'expérience semble en revanche n'avoir aucun effet sur la réponse empathique envers les animaux, suggérant que les vétérinaires praticiens maintiennent leur niveau d'empathie pour les animaux au cours de leur carrière. Cependant, le niveau d'empathie mesuré envers les propriétaires et collègues semble lui dépendant des années d'expériences, les vétérinaires plus âgés présentant des scores plus élevés que leurs jeunes confrères et consœurs, ce qui sous-entend un développement de la capacité d'écoute et de la prise en charge émotionnelle du client au cours de la pratique.

Une étude comparative sur le stress, l'anxiété et la dépression des vétérinaires néo-zélandais par rapport à la population générale a également été menée, et mis en évidence une sur-représentativité des femmes vétérinaires, aux taux de dépression significativement plus important que leurs homologues masculins. Les résultats vont dans le même sens concernant les taux de stress, d'anxiété et de burn-out, les femmes étant plus affectées que les hommes (*Gardner et Hini, 2006*). Contrairement à l'étude de Prato-Previde citée ci-dessus, l'étude néo-zélandaise a montré un risque plus élevé de burn-out lors des dix premières années d'activité professionnelle, il diminue ensuite progressivement avec la pratique.

2.1.4.2 L'intelligence émotionnelle

2.1.4.2.1 L'intelligence émotionnelle et le haut potentiel

L'adaptation socio-affective dépend également du profil émotionnel de l'individu. Plus que de simples suppositions, il existe un réel lien entre la capacité d'empathie, la régulation des émotions et la surdouance, mot valise dans lequel sont notamment rangés les individus à haut potentiel, c'est-à-dire ceux que l'on nomme plus couramment surdoués, précoces ou encore zèbres.

Ces derniers représentent 5 % de la population générale et leurs caractéristiques expliqueraient qu'ils soient sur-représentés chez les vétérinaires. En effet, dans son article « Des zèbres dans nos cliniques », Caroline Dabas, vétérinaire canin, explique que les zèbres possèdent un mode de pensée rapide et organisé en arborescence, favorisant l'apprentissage et la mémorisation. Ces profils s'orientent particulièrement vers des professions où leur empathie naturellement exacerbée pourra s'épanouir, comme le milieu vétérinaire pratique (Dabas, 2015).

Longtemps relié au seul quotient intellectuel, mesure de l'intelligence académique, il est aujourd'hui admis par la communauté scientifique que les profils à haut potentiel ne se limitent pas à leurs facultés intellectuelles hors normes (Caroff et al., 2006).

Dans cette perspective, des chercheurs rompent la conception unitaire de l'intelligence, centrée sur la réussite scolaire / professionnelle, en proposant de définir l'intelligence multiple (*Gardner's Theory of Multiple Intelligences*) :

- intelligence *verbale* ou *linguistique* : sensibilité à la forme de la communication, au choix des mots. Attention portée au langage oral et écrit, doté d'une communication claire. Mémoire stimulée par des phrases bien construites.
- *visuelle* ou *spatiale* : sensibilité aux représentations visuelles. Transformation des apprentissages en images mentales. Compréhension et mémorisation en visualisant les objets, les images, les graphiques, etc.
- *logique* ou *mathématique* : recherche de liens logiques, utilisation de la déduction. Individu méthodique, tendance à catégoriser.
- *interpersonnelle* : sensibilité aux réactions et besoins de son entourage, il noue facilement des relations par sa capacité d'écoute.
- *intrapersonnelle* : doté d'une aptitude à l'introspection, il est attentif à ses émotions, ses besoins et ses limites.
- *musicale* ou *rythmique* : capacité de penser en rythme et en mélodie, de reconnaître des modèles musicaux et de les mémoriser, de les interpréter. Sensibilité à la musicalité des mots. Apaisement par la musique.
- *corporelle* ou *kinesthésique* : aptitude à utiliser son corps pour communiquer. Aisance à réaliser des tâches faisant appel à la motricité, apprentissage par la manipulation d'objets.
- et enfin, *naturaliste* : observateur, perception de détails, nuances, sensibilité aux sons et caractéristiques de son environnement. Attirait pour la nature.

Cette liste reste néanmoins restrictive et ne nomme pas clairement la notion d'intelligence émotionnelle, bien que celle-ci semble être inclus dans la définition d'intelligence interpersonnelle.

C'est en 1990 et grâce aux chercheurs Mayer et Salovey que revient la première définition de l'intelligence émotionnelle comme « une forme d'**intelligence sociale** qui implique la capacité d'identifier non seulement ses propres émotions (ou sentiments) mais aussi celles des autres individus, ainsi que la capacité à discriminer les différentes émotions et à les utiliser pour orienter les pensées et les actions » (*Guignard et Zenasni, 2004*). Depuis, l'engouement pour l'intelligence émotionnelle a permis d'affiner sa définition et de mettre en évidence l'influence de facteurs non intellectuels sur la réussite d'un individu dans différents domaines. Composée d'une série d'aptitudes pouvant être mesurées au moyen de tests psychométriques standardisés, quatre caractéristiques organisées hiérarchiquement se démarquent (de l'aptitude la plus basse à la plus élevée) : (*Brasseur et Grégoire, 2010*)

- la capacité à percevoir, décoder et exprimer les émotions ;
- la capacité à utiliser les émotions comme facilitateurs de la pensée ;
- la capacité à raisonner au sujet d'émotions et en appréhender la complexité, c'est-à-dire de comprendre des informations de nature émotionnelle
- la capacité de gérer/réguler ses émotions, afin de promouvoir le développement émotionnel et son bien-être

La capacité d'empathie se lit dans toutes les facettes décrites ci-dessus et décrivant l'intelligence émotionnelle. Cette dernière semble donc être l'application pratique la plus directe de l'empathie.

Par ailleurs, des études ont été menées sur les capacités émotionnelles des enfants à haut potentiel, avec l'hypothèse sous-jacente que l'intelligence émotionnelle faisait partie de leurs capacités exceptionnelles. Les résultats sont parfois décevants, ne mettant en évidence aucune relation entre ces variables, mais difficilement généralisables en l'absence de groupe témoin. L'étude la plus fiable évalue les traits caractéristiques d'adolescents âgés de 11 à 18 ans, notamment l'influence de l'intelligence émotionnelle sur l'intégration sociale et la réussite académique, par comparaison à un groupe contrôle (*Brasseur et Grégoire, 2010*). Ces jeunes ont été recrutés aléatoirement au sein d'un réseau d'écoute s'adressant à des jeunes en questionnement ou en difficulté et dont la demande était dans 70% des cas un motif scolaire (échec, ennui, difficultés liées aux méthodes de travail). Ils présentaient par ailleurs un QI supérieur à 125, sachant que les normes se situent sur un score variant de 85 à 115. Les résultats se sont basés sur les réponses à des questionnaires évaluant d'une part des traits liés à l'intelligence émotionnelle, d'autre part les compétences sociales et d'éventuels troubles du comportement socio-adaptatif, sous-entendant une difficulté d'intégration sociale et scolaire de ces jeunes. Les variables testées sont donc l'âge (groupe 11-14ans versus 15-18ans), le sexe, et le profil haut potentiel ou non de l'individu. Si aucune différence n'apparaît au niveau du sexe, des facettes comme l'empathie, l'adaptabilité et les capacités de régulation émotionnelle semblent plus prononcées avec l'âge chez les adolescents à hauts potentiels, alors que ces dernières stagnent dans l'échantillon contrôle. D'une manière intéressante, le score global d'intelligence émotionnelle est plus élevé chez les individus réussissant sur le plan académique, sans effet du profil haut potentiel ou non.

Globalement, les analyses montrent peu de différences entre les deux groupes d'individus selon leur profil, mais des spécificités de développement de certaines facettes de l'intelligence émotionnelle chez les jeunes à haut potentiel peuvent toutefois être notées. Ayant des références en décalage avec des individus de leur âge, une hypothèse consiste à penser qu'ils développeraient des compétences liées au contrôle émotionnel et à leur capacité d'empathie pour maintenir des relations sociales satisfaisantes, et ce d'autant plus qu'ils sont âgés. L'étude du lien entre le niveau de compétences sociales et l'intelligence émotionnelle confirme l'hypothèse selon laquelle le niveau d'intelligence émotionnelle influence la capacité d'intégration sociale et la construction de relations de qualité avec les autres.

En raison du contact autant avec les animaux que leurs propriétaires, mais également par la relation entre confrères et consoeurs, il apparaît sans nul doute que le métier de vétérinaire praticien est teinté sous toutes ses formes d'intelligence émotionnelle. Partant de ce principe, il semblerait que l'un des facteurs qui attirent les vétérinaires dans cette profession pratique, soit, paradoxalement, également un de ceux qui les prédisposent au développement de la fatigue compassionnelle. L'absence de données chiffrées sur la prévalence des profils haut potentiel parmi les vétérinaires praticiens en France ne permet cependant aucune conclusion, mais il serait intéressant d'en étudier la représentativité.

2.1.4.2.2 Utilité en communication clinique

Une des formes d'expression de l'intelligence sociale, présentée ci-dessus, est la compréhension des expressions non-verbales émotionnelles, c'est-à-dire la manière d'appréhender le langage émotionnel corporel utilisé lors des interactions patients- médecins, ou encore vétérinaire - propriétaire, voire entre confrères et consoeurs.

Avec l'avènement des théories cognitivistes sur les neurones miroirs, des chercheurs ont entrepris d'explorer la relation entre les émotions non-verbales et la perception de l'empathie du point de vue du patient dans le cadre de consultations médicales humaines simulées (*Zhou et Fischer, 2018*). Dans cette expérimentation, vingt cliniciens étaient aléatoirement assignés à un groupe expérimental, dont le but était d'imiter les émotions non-verbales d'un faux-patient, ou à un groupe contrôle, sans demande particulière. L'empathie de ces cliniciens était scorée avant la consultation simulée, puis après cette dernière, cette fois par l'évaluation des faux-patients eux-mêmes. Il en ressort une quasi absence de lien entre mimétisme volontaire du groupe d'étude et empathie perçue par les patients lors de la consultation, par comparaison avec le groupe contrôle qui expérimentaient un mimétisme spontané, c'est-à-dire lorsque les médecins agissaient sans directives particulières. Par ailleurs, les patients ont expliqué se sentir davantage considérés avec le mimétisme spontané.

L'empathie s'inscrit donc comme un élément thérapeutique dans la mesure où elle aide les patients - clients à se sentir accompagnés. Décoder la communication non-verbale du patient ou du propriétaire est l'un des enjeux d'une consultation. En effet, les expressions faciales jouent un rôle important notamment d'un point de vue de la transmission d'informations; les évolutionnistes pensent qu'il s'agit d'un moyen de communication inter-personnelle rapide développé au cours de processus évolutifs. Ces éléments viennent compléter les données présentées en partie 1. concernant les neurones miroirs et leur rôle dans la communication.

L'expression de ces émotions s'inscrit dans une dynamique, autrement dit, le déroulement dans le temps des expressions faciales transmet une hiérarchie d'informations. Ces dernières sont également traitées par le receveur selon un modèle dynamique linéaire, en commençant par une intégration des expressions situées au niveau des yeux et descendant vers le bas du visage (*Julie Grezes, 2019*).

En 2013, des chercheurs américains se sont particulièrement intéressés à l'empathie en utilisant le test « Reading the mind in the eyes » pour appréhender cette lecture des expressions faciales dans le domaine de la santé. Ce test a été développé par le psychologue britannique Simon Baron-Cohen, présenté plus haut dans le cadre de sa spécialisation sur les troubles autistiques, afin d'évaluer la capacité à comprendre l'état d'esprit d'un individu à partir de son regard, qualité particulièrement recherchée dans le domaine médical, notamment vétérinaire (*Baron-Cohen and al., 2013*). Rappelons que cette capacité à envisager les pensées, intentions et sentiments d'autrui est une composante de l'empathie, présentée notamment dans la théorie de l'esprit de la partie 1..

Cinq groupes d'individus composent cette étude : trois groupes médicaux, eux-mêmes représentant d'une part des praticiens aguerris, d'autre part des étudiants en médecine à différents stades de leur cursus universitaire, ainsi que deux groupes contrôles. Chaque individu était soumis au trente-cinq images représentant des expressions uniquement véhiculées par le regard, et formant le test « Reading the mind in the eyes ». Des questionnaires spécifiquement liés à leur niveau d'empathie leur furent préalablement soumis. Les résultats démontrent des capacités de décodage d'expressions *faciales* significativement plus élevées chez les individus issus des groupes médicaux, tous âges confondus, en comparaison avec les groupes contrôles. Par ailleurs, les praticiens expérimentés présentaient de meilleurs résultats et des niveaux d'empathie plus élevés que leurs confrères et consoeurs plus jeunes. Il semblerait donc que les capacités de détection des émotions, directement corrélées à l'empathie, s'affinent avec l'âge, et plus précisément dans le domaine médical, par l'expérience pratique. Aucune étude n'a été entreprise à ce sujet parmi la population de vétérinaires praticiens mais on peut aisément imaginer des résultats similaires à ceux des médecins.

Du point de vue des vétérinaires praticiens, les compétences en communication interviennent selon trois modalités : la communication vétérinaire - propriétaire / client, la communication au sein de l'équipe, c'est-à-dire entre confrères et consoeurs et avec l'équipe d'assistant(e)s, et enfin l'enseignement de telles compétences au cours du cursus scolaire, sujet d'une partie ultérieure (*Shaw et al, 2010*).

Apprendre à décoder la communication non-verbale d'un client/ propriétaire est d'autant plus important que celle-ci représente près de 90% du contenu émotionnel d'un message. Ces compétences requises et développées par la pratique prennent tout leur sens lorsqu'il s'agit de délivrer des nouvelles difficiles aux propriétaires, par exemple lors de la nécessité de la mise en place d'un traitement ou de son échec clinique, également lors d'accidents per-opératoires, ou encore dans le cas d'une maladie chronique ou en stade terminal, avec la problématique sous-jacente de gestion de fin de vie (*Nickels et Feeley, 2018; Shaw et Lagoni, 2007*).

L'expérience de ces clients lors d'une consultation est fortement influencée par la façon de délivrer les informations relatives à la démarche thérapeutique (Abood, 2008). Dans le cas de mauvaises nouvelles quant à la qualité de vie du patient, les vétérinaires praticiens adoptent des stratégies de communication verbales et non-verbales favorisant une bonne acceptation de ces informations, comme l'emploi d'un vocabulaire adapté, l'utilisation de questions fermées et l'absence de jugement moral. Intégrer cette nouvelle manière d'appréhender la relation propriétaire -vétérinaire, c'est investir un peu plus le client dans la prise en charge de son animal, et donc son confort de vie.

2.1.4.3 Vétérinaire praticien, une histoire de vocation et d'identité ?

« *Work is about a search for daily meaning as well as daily bread, for recognition as well as cash, for astonishment rather than torpor; in short, for a sort of life rather than a Monday through Friday sort of dying.* » Studs Terkel

De ses recherches sur le rôle des émotions dans la gestion des dilemmes professionnels chez les vétérinaires, Camille Pradies et ses collègues se sont inspirés pour enrichir le modèle tripartite des types d'orientation professionnelle proposé en 1998 par des *psychologues américains*. En citant Studs Terkel au début de leur ouvrage, cette équipe rappelle que le travail peut représenter diverses fonctions selon celui qui le considère, autrement dit, les orientations professionnelles peuvent être telles qu'elles répondent au système de valeurs propres à chaque individu.

Réducteur mais non moralisateur, le modèle tripartite définit objectivement trois grandes catégories de types d'orientation professionnelle (Bellah and al., 1985) :

- une fonction initiale alimentaire : le travail est un gage de sécurité financière, il fournit les ressources nécessaires à la poursuite d'activité familiale et liées aux loisirs.

Les individus qui choisissent ce type d'orientation professionnelle sont souvent décrits comme des travailleurs acharnés, disciplinés et individualistes.

- une fonction d'ascension sociale : le travail est un outil de reconnaissance et de promotion de carrière, il possède une utilité sociale.
- une fonction humaine, que Pradies et ses collègues subdivisent en deux sous-catégories qu'ils appellent « doing well » d'une part et « doing with » d'autre part.

Rapporté au milieu vétérinaire pratique, la notion « doing well » fait référence à un savoir-faire opérationnel, c'est-à-dire un intérêt prononcé pour la démarche scientifique. Du recueil de commémoratifs jusqu'à la proposition de prise en charge thérapeutique, le profil scientifique décrit des individus consciencieux et perfectionnistes, dont l'une des motivations est l'acquisition et la maîtrise de compétences..

Le terme « doing with » renvoie à l'aspect vocationnel de la relation d'aide. Ceux et celles qui s'engagent dans cette voie utilisent leur travail comme un support de développement relationnel et d'expression empathique.

Ces catégories demeurent généralistes et théoriques, elles ne prétendent pas représenter tous les profils de praticiens. Ces derniers peuvent également partager les caractéristiques de plusieurs d'entre elles. Chacune mérite la même attention tant le choix de carrière fait parti de l'identité professionnelle des vétérinaires praticiens. Ils sont encore nombreux à fonctionner sur le mode vocationnel. Or, la façon de se percevoir en tant que professionnel a des conséquences sur le comportement et l'interaction avec autrui. En effet, l'identité de carrière représente l'une des formes d'identités sociales d'une personne, et la socialisation au sein de la sphère professionnelle alimente l'estime de soi, et fournit un sentiment d'appartenance à un système de valeurs. Etre fortement tributaire de l'identité professionnelle, c'est également prendre le risque d'être vulnérable lorsque celle-ci est menacée, par exemple, dans le cadre de la pratique vétérinaire, lors de plaintes ou autres procédures disciplinaires, également lors d'erreurs médicales ou de résultats cliniques défavorables, à l'origine d'un sentiment d'insatisfaction au travail.

Le profil du praticien détermine son implication émotionnelle au travail. De par son degré d'investissement personnel, l'orientation vocationnelle suggère des prédispositions aux effets psychologiques d'éventuelles menaces sur l'estime de soi, telles que présentées ci-dessus, et dont la fatigue compassionnelle fait partie. La suite de ce travail présente les facteurs de risque du développement d'un tel syndrome dans la profession et les conséquences que celui-ci peut induire.

2.2 La fatigue compassionnelle dans l'angle mort des vétérinaires praticiens

La pratique vétérinaire implique de nombreuses sources de stress, corrélées au développement de troubles addictifs, au syndrome de burn-out, ouvrant la voie à la fatigue compassionnelle et ses conséquences parfois dramatiques (*Moore et al., 2014*). Cette dernière pose la question du bien-être psychologique au sein de la profession.

2.2.1 Sources de stress multiples : principaux facteurs de risque

Selon la littérature, les facteurs de risque de développement du syndrome de fatigue compassionnelle sont d'ordre organisationnel, c'est-à-dire liés aux conditions de travail, et d'ordre psycho-socio-démographique, autrement dit ils concernent la sphère relationnelle, le passé du vétérinaire et ses caractéristiques actuelles de vie (*Newell & MacNeil, 2010*).

2.2.1.1 Facteurs organisationnels

Dans sa thèse d'exercice vétérinaire soutenue en 2014, Aurore Bertrand reprend l'ensemble des facteurs de stress liés à la pratique vétérinaire en clientèle, dont la tête de liste est composée d'éléments relatifs aux conditions de travail.

Nombreuses sont les études incriminant le temps de travail comme facteur de stress majeur; les vétérinaires praticiens allemands ont nommé la pression temporelle liée à un emploi du temps chargé comme premier facteur de stress au travail, confirmé par les vétérinaires néo-zélandais dans une autre étude (Harling et al., 2009 ; Gardner et Hini, 2006). L'étude de Hansez menée auprès de vétérinaires exerçant en Belgique dénonce une durée de travail hebdomadaire trop importante : la moitié des répondants travaille entre 40 et 60 heures par semaine, et un quart d'entre eux se situent au-delà des 60 heures (Hansez et al., 2008).

Les conditions d'exercice de la médecine vétérinaire rurale et canine étant différentes, Hansez et son équipe ont étudié les problématiques de ces deux pratiques. Les vétérinaires ruraux comptabilisent un nombre d'heures travaillées hebdomadaires encore plus élevé que leurs confrères et consoeurs en petits animaux, à l'origine d'une fatigue d'autant plus intense que les conditions de travail sont physiques.

Face à un quotidien professionnel aussi prenant, les vétérinaires, toutes spécialités confondues, décrivent le manque de repos et de temps libre, problématique soulignée par 22,4% des répondants dans l'étude de Harling évoquée précédemment, et également citée dans une étude auprès de vétérinaires australiens comme facteur de stress important dans l'évolution de la carrière professionnelle (Figure 9 ci-dessous).

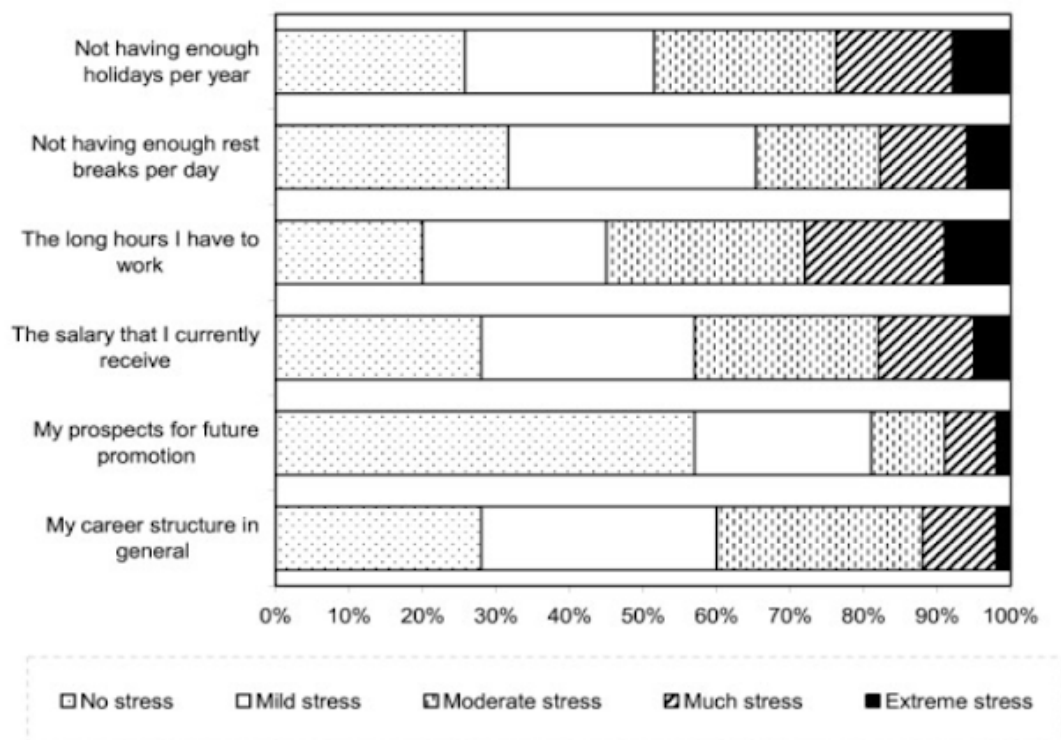


Figure 9 : Facteurs de stress liés à la carrière professionnelle selon une enquête menée auprès de vétérinaires australiens (Smith et al., 2009)

Enfin, la compatibilité entre vie professionnelle et vie personnelle apparaît comme une autre difficulté majeure puisqu'elle est citée à 24,1% dans l'étude de Harling, ce qui la positionne comme second facteur de stress selon cette dernière. Ces résultats sont repris dans les études citées précédemment, avec le constat global que le métier de vétérinaire praticien semble avoir un impact négatif sur la vie privée.

Dans le cadre de sa thèse, Aurore Bertrand a conduit des entretiens auprès de six vétérinaires de profil canin, rural ou mixte, et a retrouvé les mêmes constats concernant la quantité de travail, la pression temporelle dans le cadre des consultations ainsi que la conciliation vies professionnelle et personnelle. Elle fait partie des premières à avoir accordé une attention particulière au bien être des vétérinaires praticiens français en étudiant le stress dans la profession.

Les gardes et astreintes ont par ailleurs été mentionnées comme ayant un impact négatif conséquent sur la vie personnelle et familiale, en plus de la fatigue qu'elles génèrent. La demande de disponibilité 24h /24, 7j/7 constitue une qualité exceptionnelle de services proposés par la profession, banalisée et dont les conditions sont méconnues des clients (Cameron, 2009).

Les urgences et consultations sans rendez-vous sont également autant d'imprévisibles du travail au cours de la journée, et donc autant de sources de stress, les vétérinaires ruraux étant plus exposés à cette irrégularité.

Parce qu'ils sont des facteurs de stress professionnels, la surcharge de travail, majorée par le système de gardes et astreintes, ainsi que le manque de repos rendent la conjugaison entre vie personnelle et professionnelle difficile, et augmentent ainsi le risque de burn-out et de fatigue compassionnelle (Moore et al., 2014).

2.2.1.2 Facteurs psycho-socio-démographiques

Derrière les exigences relatives aux conditions de travail, les exigences émotionnelles liées à la gestion de la relation client, le contact régulier avec la souffrance et les dilemmes éthiques sont les plus fréquemment impliquées comme sources de stress.

2.2.1.2.2 Les facteurs socio-démographiques

L'étude quantitative d'Aurore Bertrand dans sa thèse vétérinaire portant sur le stress en cabinet vétérinaire conclut que les femmes seraient plus touchées par le stress que les hommes. Ces résultats coïncident avec ceux d'autres études ayant montré une corrélation significative entre le genre et la présence d'un haut risque de fatigue compassionnelle. Comme le suggérait une partie précédente (cf 2.1.3.1), les vétérinaires de sexe féminin sont donc plus à risque de développer une fatigue de compassion par rapport à leurs homologues masculins.

Le niveau d'expérience du vétérinaire a également été incriminé comme facteur de stress, il a été précédemment évoqué que les jeunes vétérinaires étaient plus susceptibles de développer un burn-out dans leur dix premières années de pratique. Il faut cependant rester très critique concernant les probables liens entre données sociodémographiques et le risque de développer une fatigue de compassion face aux résultats équivoques des différentes études.

Par ailleurs, aucune étude n'a porté d'intérêt sur les corrélations entre le statut marital et le risque de développement de fatigue compassionnelle, il en est de même pour l'effet supposé protecteur ou non d'avoir des enfants vivant au domicile.

2.2.1.2.2 La relation client et les dilemmes éthiques

La gestion des clients difficiles

La relation-client est le troisième facteur incriminé dans l'étude de Harling citée précédemment, mais est également un indispensable de la profession ; il s'agit de gérer ses émotions face à des clients difficiles et de leur apporter la même qualité de services qu'aux autres. En particulier, les clients exigeants possèdent des attentes élevées et demeurent souvent insatisfaits. Par ailleurs, le manque de confiance et de reconnaissance de la part des clients constituent un facteur de stress partagés par de nombreux vétérinaires praticiens (*Gardner et Hini, 2006*), attitudes figurant même parmi les éléments les plus stressants dans les facteurs liés à la profession, à hauteur de 3 et 4% (*Figure 10*).

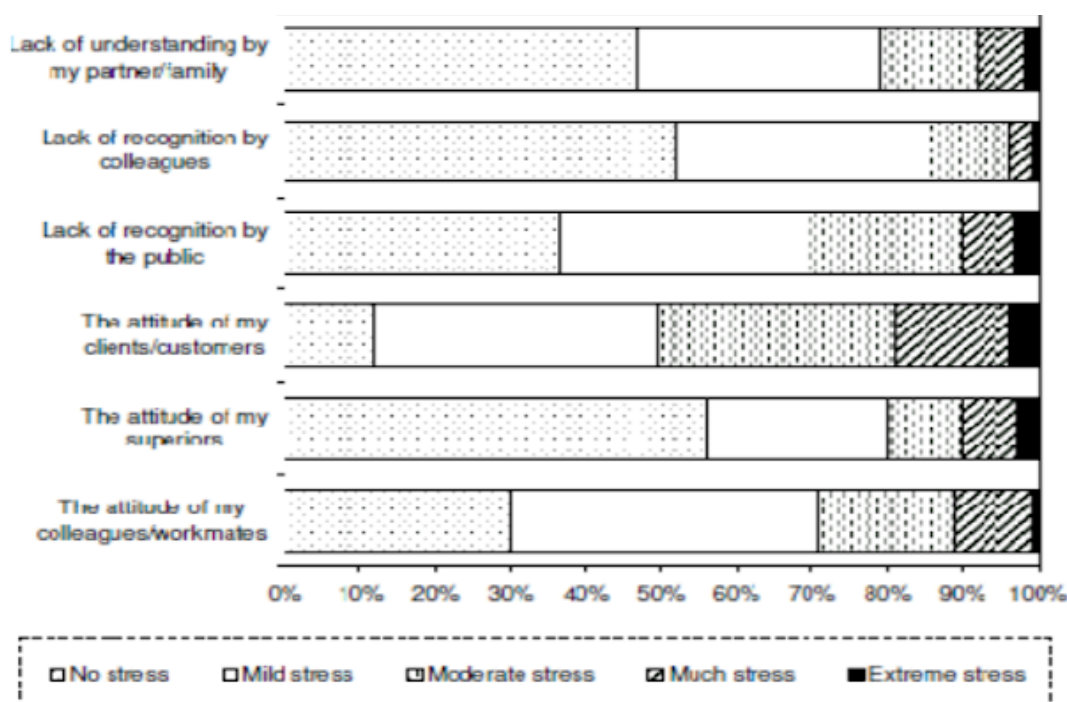


Figure 10 : Facteurs de stress professionnels selon une enquête menée auprès de vétérinaires australiens (Smith et al., 2009).

Les clients impolis, et contestataires, tant sur les qualifications du vétérinaire que sur les tarifs, sont également décrits comme générateurs de stress. En effet, parce qu'ils sont dépassés par les coûts d'entretien et les pathologies de leurs animaux, mais également parce que le service de la sécurité sociale humaine en France ne permet pas de prendre conscience de la réalité des frais médicaux, les clients mauvais-payeurs sont nombreux dans la pratique. Faut-il arrêter les soins faute de moyens financiers ?

Dotés d'une même base éthique, normative et pratique, apportée par l'enseignement et un cadre législatif, les vétérinaires font ainsi face à des situations complexes qu'ils doivent gérer selon les exigences du métier et leur sensibilité individuelle.

Les dilemmes moraux

Dans le cadre de sa pratique, le vétérinaire praticien est exposé à la pression que peuvent exercer certains propriétaires, mais également au stress moral qu'impliquent certaines prises de décisions, à l'issue inattendue d'un patient ainsi qu'à la mort naturelle ou non d'un patient.

En pratique animaux de compagnie particulièrement, le lien qui existe entre un propriétaire et son animal s'est intensifié de manière notable au cours des dernières années, conférant à l'animal de compagnie le statut de membre de la famille. Si cette évolution explique partiellement la hausse de la demande des consultations vétérinaires préventives et plus spécialisées, elle est, paradoxalement, une source de stress importante pour le vétérinaire (*Mitchener et Ogilvie, 2002*). La reconnaissance de ce lien implique donc que le praticien doit être doublement attentif, aux besoins médicaux de son patient, mais également aux besoins émotionnels de son client. Plus ce lien est marqué, plus le besoin de support émotionnel pour le propriétaire est important relativement aux soins vétérinaires.

L'évaluation correcte de la demande et des attentes des clients occasionnent donc un stress permanent chez le vétérinaire praticien. La gestion de clients hostiles est un facteur de stress majeur. S'adapter aux demandes formulées régulièrement à demi-mots par les clients est un défi relevé par le vétérinaire afin de proposer la prise en charge thérapeutique la plus adéquate, en respectant un comportement éthique correspondant à ses valeurs. La demande de reconnaissance des besoins médicaux des patients et non médicaux émotionnels des propriétaires positionne le vétérinaire comme particulièrement à risque dans le développement de la fatigue compassionnelle. En particulier la gestion émotionnelle des euthanasies sera l'objet d'une partie ultérieure consacrée à la problématique de la mort dans la profession.

Le cas particulier des vétérinaires ruraux

Les vétérinaires ruraux et mixtes rapportent un stress relatif à l'évolution incertaine du monde agricole : l'augmentation de la taille des troupeaux, la réduction des marges et l'augmentation des coûts de production poussent les éleveurs à améliorer leurs connaissances et leurs pratiques. Le vétérinaire rural s'oriente vers le conseil, la prévention et intervient en cas d'urgence. Alors qu'ils ont pour objectif d'améliorer la rentabilité et le statut sanitaire d'une exploitation, vétérinaire et éleveur peuvent se heurter à des obstacles tels un manque de communication ou de confiance et induisant un stress important entre les deux partis. Cette fracture est d'autant plus problématique que la concurrence sur le terrain et la situation économique actuelle de l'élevage français sont autant de freins au bon développement du cheptel de l'exploitant (*Leblanc, 2016*).

2.2.1.2.3 La relation au sein de l'équipe

Les relations sociales au travail n'impliquent pas seulement la qualité de la relation vétérinaire - client, mais également l'entente au sein de l'équipe, entre collègues, avec les supérieurs et également les auxiliaires vétérinaires. Ce soutien social apparaît comme un autre facteur essentiel au bien-être psychologique des praticiens. Travailler en équipe impose de composer avec des profils différents dont les modes de fonctionnement sont parfois aux antipodes, à l'origine de conflits. Bien que son enquête ait été menée auprès d'un faible échantillon de vétérinaires praticiens, Aurore Bertrand présente les caractéristiques reliées à une bonne entente au sein d'une équipe :

- communication et échanges sur les cas
- une vision similaire du travail entre les membres de l'équipe, partager une même éthique étant la clé de voûte d'une bonne entente selon de nombreux praticiens.
- reconnaissance du travail de la part des autres membres de l'équipe, autrement dit la considération personnelle des autres vétérinaires
- une relation de confiance et un respect mutuel

L'exercice seul, l'absence de soutien au sein de l'équipe, ou dans la sphère familiale créent un sentiment d'isolement et renferment le vétérinaire sur son quotidien professionnel, auquel il continue de penser de retour chez soi (*Bertrand, 2014*).

Par ailleurs, comme toute profession médicale, les erreurs professionnelles sont inévitables; leurs conséquences peuvent être telles qu'elles menacent la vie de l'animal, occasionnant un stress et un sentiment de culpabilité intense pour le praticien.

Les participants néo-zélandais de l'étude de Gardner et Hini (*2006*) se sentent également stressés par le devoir d'entretenir et de perfectionner leurs connaissances, et de maîtriser les gestes techniques. A l'inverse, l'utilisation et l'amélioration des compétences semblent importantes dans l'épanouissement au travail (*Bartram et Baldwin, 2008*).

En 2005, dans sa thèse d'exercice vétérinaire portant sur le burn out en cabinet vétérinaire, Deborah Tupin reprend l'ensemble des facteurs de stress impliqués dans le développement d'un tel syndrome (*Figure 11*). Avec Aurore Bertrand, elle fait partie des rares personnes à avoir étudié le bien-être psychologique relatif aux conditions de travail des vétérinaires praticiens en France. Son enquête a récolté 235 réponses.

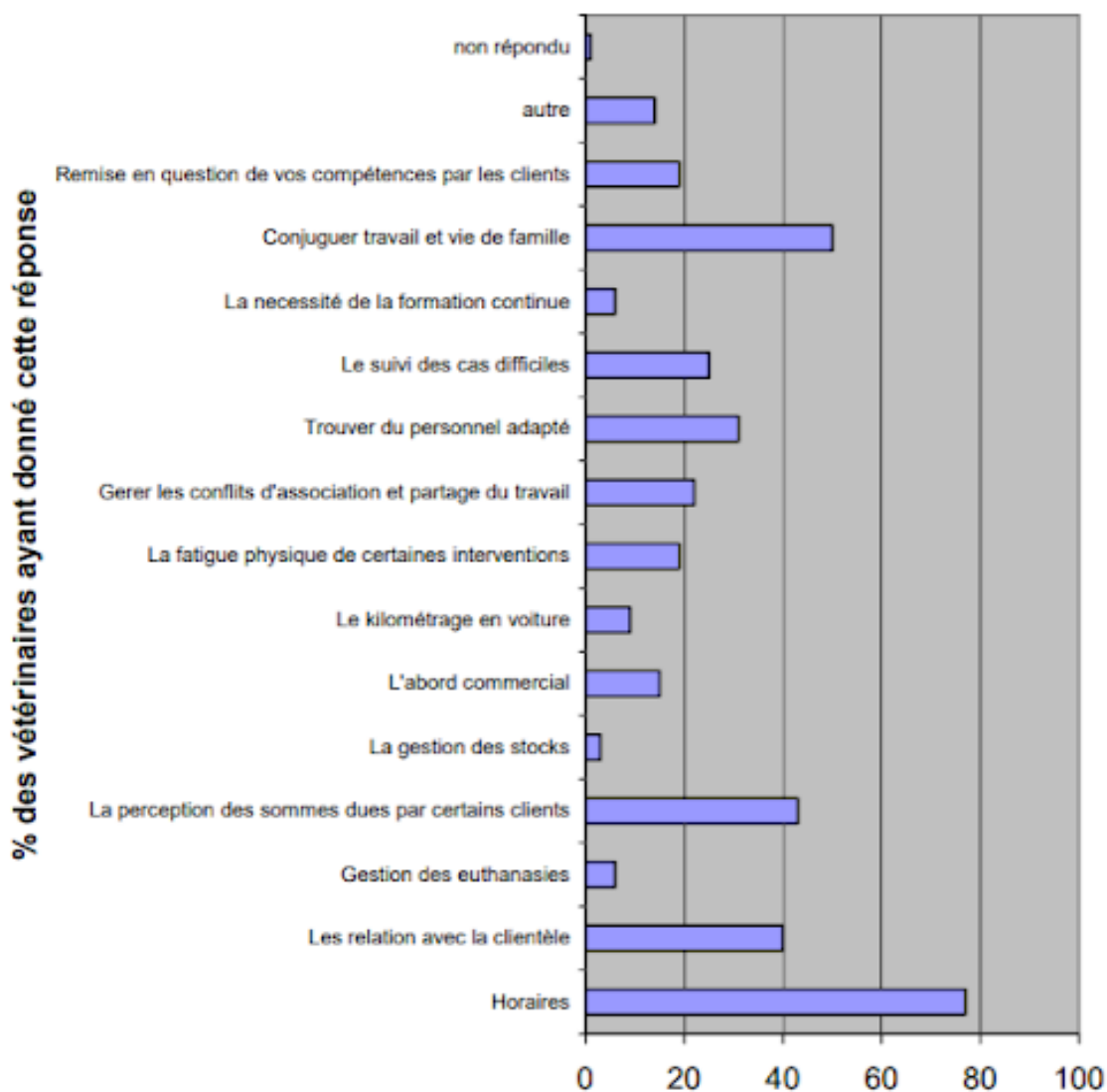


Figure 11 : Facteurs de stress cités par les vétérinaires français dans l'enquête menée auprès de vétérinaires exerçant en clientèle (Tupin, 2005).

La figure ci-dessus de l'étude de Tupin représente bien la multitude de facteurs de stress existant au sein de la profession, qu'ils soient directement liés aux conditions de travail, ou associées à un engagement émotionnel et / ou psychologique.

A cela s'ajoutent les éléments biographiques, fréquemment abordés dans la littérature traitant des concepts de traumatisme secondaire dont la fatigue compassionnelle fait partie.

2.2.1.2.4 Facteurs biographiques et mal-être dans la profession

Il a été montré en partie I que l'existence d'un traumatisme antérieur était considéré comme un facteur de risque majeur de fatigue compassionnelle. De nombreuses études confirment en effet que les soignants ayant un passé traumatique sont des sujets plus à risque de développer des symptômes liés au syndrome de fatigue compassionnelle (Vu et Bodenmann, 2017).

Par ailleurs, l'existence d'antécédents personnels tels qu'un syndrome dépressif, un trouble anxieux ou encore des conduites addictives favorisent l'apparition de la symptomatologie relative au syndrome de fatigue compassionnelle (*Sodeke-Gregson et al., 2013*).

De manière générale, tout facteur de stress rencontré dans la vie du vétérinaire serait un facteur prédisposant au développement de la fatigue compassionnelle. Certaines études démontrent en effet que l'existence d'évènements au potentiel stressant, comme un divorce, un deuil, des difficultés financières ou autre agent stressant, sont des valeurs prédictives (*Mangoulia et al., 2015*).

En somme, la fragilité psychologique du soignant le prédispose à développer la fatigue compassionnelle au sein de sa pratique. Cette hypothèse n'avait pas été explorée parmi les vétérinaires praticiens spécifiquement jusqu'à l'étude comparative néo-zélandaise portant sur le stress, l'anxiété, et la dépression chez les vétérinaires et dans la population générale (*Gardner et Hini, 2006*). Cette étude a mis en évidence une sur-représentativité des vétérinaires néo-zélandais dans l'ensemble des éléments mesurant la détresse psychologique. Les vétérinaires présentaient en effet un taux de dépression et de burn-out significativement plus important que dans la population générale, l'influence du genre ayant encore été démontrée.

En 2008, une étude similaire a été réalisée au Royaume-Uni, mettant en évidence des symptômes de dépression et des pensées suicidaires proportionnellement plus élevés chez les vétérinaires anglo-saxons que dans la population générale (*Bartram et Baldwin, 2008*). En effet, cette étude révèle le développement de stratégies d'adaptation de certains vétérinaires face à l'impact négatif que peut avoir le métier, comme l'alcoolisme, la consommation de drogues, la boulimie ou encore l'éloignement émotionnel (*Brannick et al., 2015*).

Pourtant, les remarques régulières comme « Vous faites un métier formidable docteur(e) » témoignent de l'image idyllique du riche sauveur de vies animales qui berce l'inconscient collectif. Paradoxalement, l'isolement des vétérinaires praticiens se renforce et constitue un facteur de risque important au développement de la fatigue compassionnelle (*Thomas et al., 2012*). Cet isolement peut être interprété de plusieurs façons : il est géographique pour ceux exerçant en zone rurale et souffrant d'un manque de soutien institutionnel, il est envisagé dans l'exercice individuel en considérant l'absence de partage des frais investis dans la clinique, l'absence d'échanges sur les cas et les incertitudes sur l'avenir du patrimoine professionnel. Enfin, l'absence de soutien de l'entourage, qu'il soit professionnel ou familial, associée à une absence de reconnaissance de la part de la clientèle et des pairs, précipite les vétérinaires dans une forme d'isolement qui revêt le nom d'isolement social, incompatible avec un état de bien-être psychologique, et prédisposant au développement de la fatigue compassionnelle. A l'occasion d'une enquête menée sur les vétérinaires praticiens français, ces derniers incriminent une absence de réelle cohésion professionnelle (*Tupin, 2005*), support idéal favorisant le repli sur soi des vétérinaires en détresse;

Ainsi, le métier de vétérinaire praticien, dans son intensité et son imprévisibilité, par les relations sociales qu'il impose, les dilemmes moraux qu'il implique, et les litiges dont il peut être victime, semble présenter de nombreux facteurs favorisant le développement du syndrome de fatigue compassionnelle, d'autant plus si les individus concernés ont été marqués par un événement traumatique dans leur passé. Des études étrangères ont démontré que la profession possédait une santé mentale médiocre, avec des taux de burn-out variant de 15% à 40% selon les pays (*Moore et al., 2014*). Ces chiffres alarmants posent la réelle question du bien-être dans la profession, d'autant plus remis en cause que les statistiques disponibles relatifs au taux de suicide sont tristement remarquables. Cette thématique s'inscrit

dans un travail de recherche lié à la confrontation à la maltraitance, la maladie et la mort dans la profession vétérinaire pratique, et les conséquences ultimes que cela implique dans le développement du syndrome de fatigue compassionnelle.

2.2.2 Côtayer la mort au quotidien

Une des spécificités de la médecine vétérinaire pratique est la possibilité d'avoir recours à l'euthanasie. Cette profession est non seulement l'une des professions de santé qui côtoie le plus la mort de ses patients, elle est aussi l'une des rares, en France, à y participer, avec pour conséquence possible une altération de la vision du vétérinaire pour la vie humaine (*Stoewen, 2015*).

Risque inhérent à la profession, susceptible de fragiliser psychologiquement les vétérinaires praticiens, la fatigue compassionnelle les rend plus vulnérables au suicide.

2.2.2.1 Habituation à la mort

La confrontation régulière à la maladie, la maltraitance et la mort, par le contenu traumatique qu'elles apportent, constitue l'un des facteurs de risque du développement du syndrome de fatigue compassionnelle.

L'opposition entre mort souhaitée et mort subie doit cependant être soulevée tant elle n'engage pas les mêmes conséquences psychologiques. Selon la situation, l'une de ces deux dimensions l'emporte sur l'autre, bien qu'elles soient souvent présentes l'une dans l'autre.

La mort souhaitée a pour corollaire une sensation de délivrance, par exemple dans le cas d'une longue maladie, le propriétaire peut refuser l'acharnement thérapeutique et privilégier le confort de vie de son animal, en choisissant l'euthanasie. Cette demande est en réalité plutôt subie.

La mort subie est la conséquence d'accidents, fait suite à des maladies sans possibilité thérapeutique ou concerne une mort naturelle. La résultante est le processus de deuil.

Les conséquences de la mort sont liées à cette dualité entre mort subie et voulue, la mort souhaitée semblant plus facile à supporter que la mort subie (*Le Bail, 2003*). Le vétérinaire, agent participatif dans ces prises de décisions, est le premier à être affecté par les conséquences psychologiques d'événements morbides.

2.2.2.1.1 La gestion des euthanasies

L'euthanasie est un acte dévolu au vétérinaire, et sujet de nombreux débats éthiques actuels en humaine.

Partie intégrante de la pratique vétérinaire et réalisé dans le but de soulager les souffrances d'un animal, ce geste n'en demeure pas moins lourd émotionnellement, d'autant plus qu'il engage le soutien du vétérinaire envers le propriétaire venant de perdre son animal, et qu'il a le pouvoir d'en aggraver ou d'en soulager le deuil. La communauté scientifique en reconnaît le caractère émotionnellement perturbant (*Rollin, 2009*).

Dans son article portant sur le suicide dans la profession, Virginie Malvaso explique que l'euthanasie représente également une procédure technique et administrative stressante en raison de l'état variable dans lequel les animaux peuvent être amenés, compliquant la mise en place d'une voie veineuse. Les personnes présentes au cours de la procédure sont peu habituées à la mort, et communiquent souvent leur stress au vétérinaire. Elles peuvent même se décharger de la prise de décision qui leur incombe en sollicitant l'avis du vétérinaire (*Malvaso, 2015*). Cet acte est d'autant plus difficile à vivre lorsqu'il s'agit d'aborder la fin de vie d'un animal suivi régulièrement, ou encore lorsque l'euthanasie ne paraît pas nécessaire à celui qui la pratique. Sujet de dilemmes moraux décrits précédemment, les euthanasies dites de convenance, en particulier, c'est-à-dire pratiquées sur un animal en bonne santé, représentent un facteur de stress et sont sources de sentiments d'injustice, de colère, voire de frustration chez le vétérinaire (*Bertrand, 2014*).

Accompagner les clients dans la fin de vie de leur animal est donc l'un des facteurs les plus éprouvants pour les praticiens dont la communication empathique conditionne un bon relationnel avec les clients. Les vétérinaires déplorent un manque d'entraînement dès la sortie en école, également un manque de temps pour assurer un accompagnement qualitatif, voire un sentiment de responsabilité et/ou d'échec dans leur prise en charge thérapeutique, et enfin une inquiétude liée à l'impact de la relation client, et de leur propre gestion émotionnelle (*Shaw et Lagoni, 2007*).

2.2.2.1.2 Théorie de la dissonance cognitive

Référence en psychologie sociale, la théorie de la dissonance cognitive a été introduite en 1957 par le psychologue américain Festinger. Elle décrit l'état psychologique désagréable lorsqu'un individu prend conscience que ses actes contredisent son système de valeurs. L'état de tension ressenti est tel que celui qui le vit tend inconsciemment à restaurer un équilibre psychologique en adaptant ses convictions à son comportement. Les effets du maintien d'un état de dissonance ont par ailleurs été reliés à la souffrance au travail.

Cette théorie pourrait expliquer que certains vétérinaires praticiens interrogés dans l'étude de Batram menée en 2009 sur les facteurs de stress parmi les chirurgiens vétérinaires anglais, affirment que la mort ne va pas à l'encontre de l'intérêt de l'animal. Bien qu'aucun lien n'ait été établi entre euthanasie des animaux et suicide, cette désensibilisation du vétérinaire à sa propre mort pourrait faciliter le passage à l'acte lorsque le désir de mort y est associé (*Malvaso, 2015*).

Ainsi, l'acquisition d'une vision positive de la mort et la participation régulière aux euthanasies réduirait l'inhibition face au suicide, donnant l'impression qu'il s'agit d'une solution rationnelle.

2.2.2.2 Le suicide au sein de la profession : un triste palmarès et une déconstruction ultime de l'image de « privilégiés »

« La souffrance des professionnels en santé est inodore, incolore, mais pourtant bien réelle ».
Dr Eric Henry

Une publication française de 2010, portant sur la mortalité liée au suicide en fonction du secteur d'activité, révèle que le secteur de la santé et de l'action sociale est l'un des plus touchés (*Cohidon et al., 2010*). Bien que cette étude n'interrogeait pas les vétérinaires praticiens, elle confirme l'augmentation du risque de mortalité par suicide dans les professions médicales, mise en évidence dans la littérature étrangère (*Hawton et al., 2011*).

Résultante multifactorielle de la profession, loin d'être une fatalité, le suicide existe bel et bien parmi les vétérinaires praticiens et pourrait représenter une conséquence ultime du syndrome de fatigue compassionnelle. Un article publié dans la revue *Le Point Vétérinaire* en 2015 reprend l'ensemble des données relatives au suicide dans la profession, la partie suivante s'appuie sur cette publication.

2.2.2.2.1 Epidémiologie du suicide dans l'un des « plus beaux métiers du monde »

Des liens entre conditions de travail et santé ont été établis depuis de nombreuses années en France. Nombreux sont les vétérinaires qui affirment connaître au moins un confrère / une consoeur ayant mis fin à ses jours. Pourtant, aucune étude n'a chiffré le taux de suicide parmi la population de vétérinaires praticiens français. La stigmatisation qui entoure les troubles mentaux et le suicide peut expliquer qu'il s'agit d'un sujet longtemps resté tabou dans la profession; les praticiens en détresse psychologique évoquent rarement le sujet face à l'image populaire de privilégiés qui leur est associé.

A l'international, la question du suicide chez les vétérinaires praticiens préoccupe d'autant plus que les taux sont anormalement élevés par rapport à ceux de la population générale, jusqu'à trois à quatre fois plus élevés dans certains pays. En France, les agriculteurs sont la catégorie socioprofessionnelle la plus affectée par le suicide. Aux Etats-Unis, le Center for Disease Control (CDC) a analysé les circonstances de décès de 11 620 vétérinaires morts entre 1979 et 2015 et révélé que les vétérinaires praticiens masculins avaient 2,1 fois plus de risques de se suicider et les femmes 3,5 fois plus que le reste de la population américaine, ce qui fait du métier de vétérinaire praticien l'un des premiers aux Etats-Unis à se suicider (*Tomasi, 2019*). La mise à jour de ces données par l' American Veterinary Medical Association (AVMA) révèle en 2021 que les vétérinaires hommes et femmes ont respectivement 1,6 fois et 2,4 fois plus de risque de se suicider que la population générale américaine. L'AVMA a enregistré d'autres résultats alarmants concernant les vétérinaires praticiens américains : un vétérinaire sur dix souffre de détresse psychologique, et un sur six a déjà envisagé l'hypothèse du suicide depuis la fin de ses études, c'est-à-dire trois fois la moyenne dans la population américaine. Les mêmes ordres de grandeur sont retrouvés dans d'autres pays comme le Royaume-uni, ou encore l'Australie (*AVMA, 2021*).

Selon ces données, les femmes vétérinaires semblent plus touchées par le suicide dans la profession. En Grande-Bretagne sur l'année 2004, sur l'ensemble des personnes ayant contacté la Vet HelpLine, une ligne d'écoute dédiée aux vétérinaires en situation de détresse, la moyenne d'âge était de 30 ans et deux-tiers étaient des femmes (*Halliwell et Hoskin, 2005*).

2.2.2.2.2 L'accès aux agents médicamenteux

Les méthodes employées par les vétérinaires lors de leurs tentatives de suicide démontrent l'importance de l'accès aux moyens létaux dans le passage à l'acte, avec une sur-représentativité de l'empoisonnement au pentobarbital. En effet, les pulsions suicidaires, comme leur nom l'indique, sont souvent très brèves. Pendant le bref laps de temps pendant lequel un individu est dans un état psychologique tel que le suicide lui paraît être la seule solution rationnelle, l'accès à un moyen léthal augmente considérablement le risque de passage à l'acte (*Malvoso, 2015*).

Une étude américaine publiée en 2019 dans l'AVMA, menée par la professeur en psychologie Tracy Witte en association avec les chercheurs du CDC, confirme que la facilité d'accès aux drogues influence le taux élevé de suicide parmi les vétérinaires praticiens par comparaison avec la population générale. L'équipe de Witte s'est concentrée sur l'accès au pentobarbital, molécule couramment utilisée dans le cadre des euthanasies. L'étude révèle que sur les 73 vétérinaires américains qui ont mis fin à leurs jours entre 2003 et 2014, 25% ont utilisé du pentobarbital en intraveineuse, et plus de 70% l'ont réalisé à leur domicile. Les connaissances pharmaceutiques et la maîtrise technique expliquent probablement le succès de la première tentative suicidaire.

L'étude de Witte et son équipe tire donc la sonnette d'alarme sur l'accès aux moyens létaux pour les individus à risque dans le cadre de la pratique vétérinaire. Bien qu'ils soient contraignants dans la pratique quotidienne, elle propose un renforcement des contrôles administratifs de telle manière à empêcher l'emprunt du pentobarbital jusqu'au domicile dans le cadre de la tentative suicidaire. Elle encourage particulièrement à poursuivre ses recherches en étudiant la faisabilité et acceptabilité de la mise en place de tels contrôles.

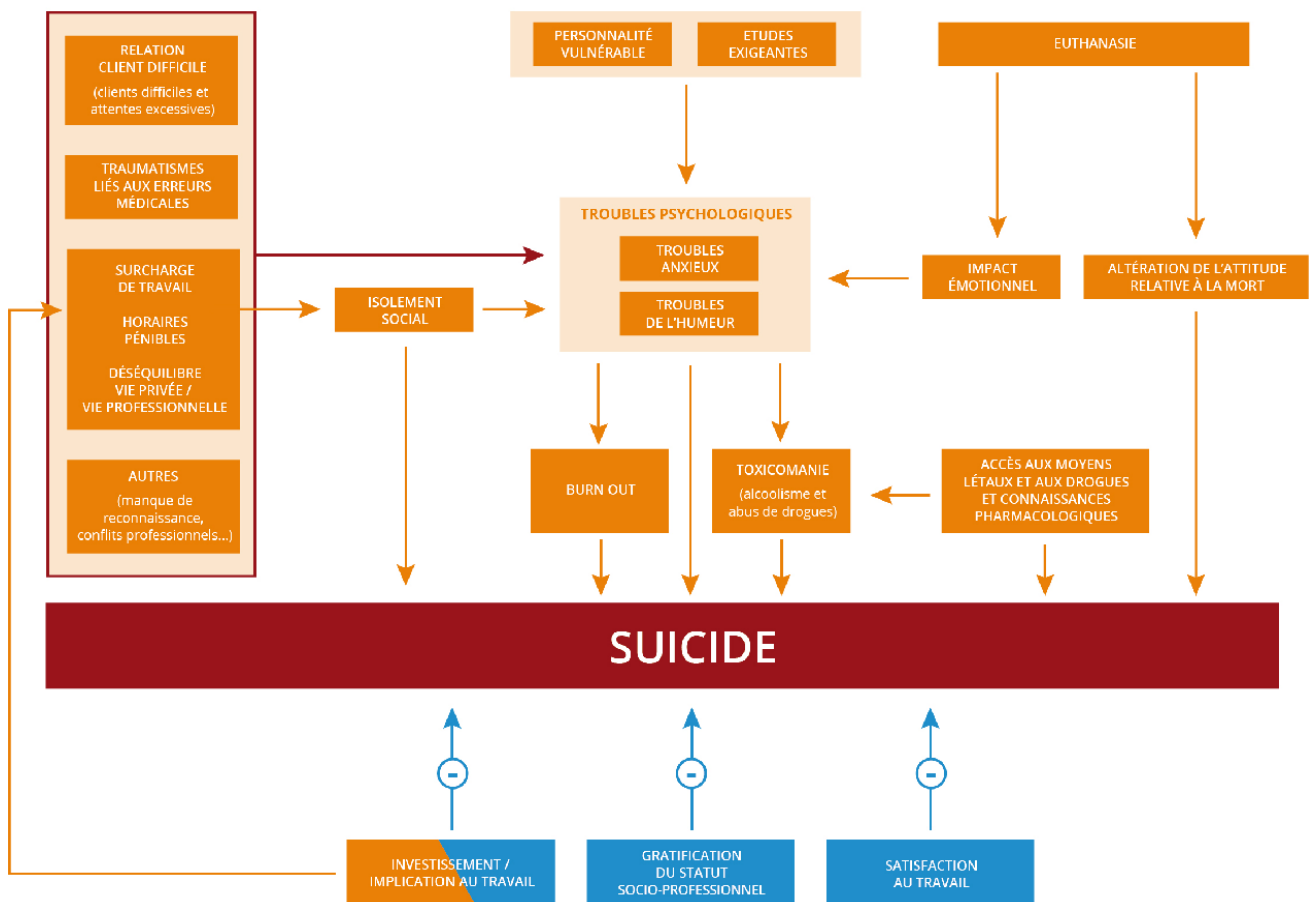


Figure 12 : Interactions entre les différents facteurs de risque du suicide dans la profession vétérinaire praticienne. Les flèches en rouge et orange indiquent un lien de causalité positif entre facteurs favorisant entre eux et le suicide. Les facteurs en bleus sont des facteurs protecteurs vis-à-vis du risque suicidaire. Les flèches bleues correspondantes indiquent une influence sur le risque suicidaire par leurs effets psychiques positifs (Malvaso, 2015). La fatigue compassionnelle n'a pas été incluse dans cette synthèse issue de la thèse de Malvaso, mais elle trouverait sa place au même titre que le burn-out, en tant qu'élément favorisant (orange).

Dans son enquête sur les praticiens français, Tupin révèle que les vétérinaires évoquent régulièrement l'absence de réelle cohésion au sein de la profession (Tupin, 2005). Le sentiment d'appartenance à une communauté est un facteur protecteur majeur du suicide. Le corps vétérinaire constitue donc un support idéal pour éviter le repli sur soi de vétérinaires en détresse, d'autant plus que les conséquences du mal-être psychologique d'un confrère ou d'une consœur touche d'un point de vue organisationnel et psychologique l'ensemble de l'équipe.

Face à ces chiffres alarmants, et dans un souci de bien-être dans la profession, la communauté vétérinaire française, et plus généralement internationale, s'intéresse de plus en plus aux risques psycho-sociaux du métier pour libérer la parole sur les tabous de syndrome comme la fatigue compassionnelle, dont l'une des tristes issues peut être le suicide.

2.3 De la prévention à la protection : une gestion à plusieurs échelles

La fatigue compassionnelle semble être une contrepartie inéluctable de la profession vétérinaire, les Anglo-saxons la nomment même « cost of caring », le coût de prendre soin.

Empathie et compassion ne sont pas des maladies, néanmoins il faut veiller à en faire bon usage pour ne pas en tomber malade. Au-delà des gratifications professionnelles ou morales que le vétérinaire peut recevoir des propriétaires, qui s'intéresse à son équilibre psychologique, qui écoute à son tour sa souffrance ? Comment remédier à l'endurcissement et au découragement qui le guettent ? Comment trouver le juste milieu entre la nécessaire et coûteuse implication de soi, et la préservation de son propre équilibre ? Comme disait le philosophe Petitgirard, comment « santé garder » ? (*Petitgirard, 1998*)

Diverses stratégies individuelles et organisationnelles peuvent être développées face au syndrome de fatigue compassionnelle qui guette la profession pratique, de telle manière à en prévenir la survenue, mais également à soutenir les vétérinaires touchés.

2.3.1 Axe individuel : arrêter la résistance pour cultiver la résilience

« Ce qui ne nous tue pas ... nous fragilise » Boris Cyrulnik

2.3.1.1 Facteurs protecteurs

En somme, la fatigue compassionnelle est l'une des formes de souffrance au travail. Confrontés à la maltraitance, la maladie et la mort dans leur pratique quotidienne, également aux exigences des clients, aux pressions sociétales, et au management de leur clinique, les vétérinaires praticiens sont malheureusement de bons candidats au développement de ce syndrome. Ignorée, ou négligée, la fatigue compassionnelle entraîne des conséquences graves, tant à l'échelle individuelle avec l'éventail de symptômes déployé, qu'à l'échelle de l'équipe et des institutions, avec un absentéisme et des erreurs professionnelles marquées.

Pour aborder la problématique de la fatigue compassionnelle en pratique vétérinaire, il est indispensable d'admettre son existence, autrement dit d'être capable d'en reconnaître les symptômes, décrits en partie 1.3.2.

La littérature répertorie plusieurs pistes de protection individuelles. Plus difficile à mettre en pratique qu'à théoriser, il est essentiel pour le vétérinaire de savoir s'arrêter à temps, sans éprouver de culpabilité. Poser des limites entre vie professionnelle et vie personnelle est l'un des piliers pour retrouver un équilibre : respecter les horaires de travail et prendre des vacances lorsque les charges physique et mentale deviennent trop importantes (*Thomas et al., 2012*).

Un cadre de vie sain apparaît tout aussi élémentaire qu'indispensable dans la protection contre le développement d'un tel syndrome, en particulier savoir écouter son corps en terme de qualité de sommeil, régularité des repas et variation de poids (*Boyle, 2011*).

Les études sur la qualité de sommeil et ses conséquences en médecine humaine foisonnent ; la fatigue est un réel risque pour la santé du praticien, particulièrement sensible du fait de sa disponibilité physique et émotionnelle constante. En particulier, une étude de l'organisation américaine National Safety Council, dont le travail est axé sur la sécurité au travail, a révélé que les individus qui bénéficiaient de cinq heures de sommeil ou moins, présentaient trois fois plus de risque d'être blessés au travail que ceux dont le repos s'élevait à sept heures ou plus par jour. Si peu d'études ont été menées sur la fatigue et ses conséquences en médecine vétérinaire, tout praticien admettra que l'intensité du travail, les exigences des clients et le système des gardes lui volent régulièrement quelques heures de repos. Installé dans son quotidien, ce manque met pourtant en danger sa santé : vulnérabilité plus élevée aux maladies infectieuses, aux piqûres d'aiguilles, aux troubles musculaires liés au travail, auxquels s'ajoutent les erreurs médicales. Les équipes de nuit en soins intensifs, gardes de nuit et urgences seraient particulièrement touchées. Évaluer les fonctions d'interruption de sommeil et de perturbations du rythme circadien pourrait être intéressant dans une démarche globale de bien-être des vétérinaires (*Le monde vétérinaire, 2020*).

Au même titre que pour la qualité du sommeil, accorder de l'importance à une alimentation équilibrée et des activités extra-professionnelles n'est pas anodin puisqu'adopter cette démarche semble réduire les risques de développer la fatigue compassionnelle. En particulier, la bibliographie scientifique relative aux vertus de la pratique sportive dans le traitement de dépressions légères ou modérées est riche. A titre d'exemple, une étude datant de 2015 menée en Suède a demandé à 946 patients atteints de dépression légère ou modérée de suivre l'un des trois programmes suivants sur 12 semaines : soit trois séances de yoga, d'activité physique ou d'entraînement musculaire par semaine; soit une thérapie comportementale et cognitive basée sur des consultations suivies avec psychologues; soit une prise en charge classique avec prise d'antidépresseurs. Tous les patients ont vu leurs symptômes diminuer après prise en charge par l'un des programmes, avec un taux de rémission plus élevé pour ceux ayant adhéré aux activités sportives, suivis de près par ceux du second groupe, et loin devant ceux ayant reçu une prise en charge standard (*Jabr, 2017*).

La pratique d'une activité sportive régule entre autres l'appétit et le sommeil, et distrait des pensées négatives. Loin d'une ode au sport, d'autres activités favorisant une reconnection au corps existent pour les individus non sportifs, comme des loisirs spirituels, intellectuels et / ou artistiques, le but étant de retrouver le facteur plaisir dans sa vie personnelle, et par conséquent de diminuer le niveau de stress. Une satisfaction dans la vie personnelle est corrélée à une satisfaction de compassion dans la vie professionnelle (*Brannick et al., 2015*).

A cette fin, la vétérinaire Alice Maranber conseille d'être bienveillant et tolérant avec soi-même, de comprendre ses limites et ses besoins, et de partager son état émotionnel avec des personnes aptes à cette compréhension (*Maranber, 2016*). En effet, l'auto-médication régies par des convictions personnelles peut être autodestructrice, en témoignent les troubles du comportement addictif ou l'isolement social décrits dans le syndrome de fatigue compassionnelle (*Cohen, 2007*). Prendre soin de soi peut alors paraître insuffisant, et il devient nécessaire de savoir appeler à l'aide : médecin généraliste, psychologue, psychiatre, lignes d'écoute aux personnes en détresse, famille, collègues ou amis. Cette demande d'aide est d'autant plus importante qu'elle peut casser le cercle vicieux du mal-être psychologique.

2.3.1.2 Notion de résilience et question d'équilibre

Avant d'être un concept adopté par la psychologie, la résilience désigne la capacité d'un matériau à absorber l'énergie d'un choc, se déformer, puis reprendre sa forme initiale (*Larousse*).

En psychologie, la résilience décrit la capacité à se développer et à réussir en dépit de l'adversité. Boris Cyrulnik, neuropsychiatre émérite, connu pour ses nombreux ouvrages sur le traumatisme et la résilience, s'est appuyé sur sa propre expérience pour développer des outils qu'il transmet aux personnes dévastées par les épreuves. Il reprend notamment la célèbre maxime de Nietzsche « ce qui ne nous tue pas nous rend plus fort » pour la transformer en « ce qui ne nous tue pas nous fragilise ». En effet, l'auteur et conférencier explique que chaque traumatisme laisse une trace qui vulnérabilise et diminue le bien-être. Le principe de résilience constitue l'une des pistes de sortie du syndrome de fatigue compassionnelle. La résilience n'efface rien, elle permet de supporter et de continuer (*Cyrulnik, 2020*).

Une étude menée sur des médecins néo-zélandais a montré l'existence d'un lien fort entre le niveau de résilience et d'intelligence émotionnelle d'un individu, avec son niveau de fatigue compassionnelle (*Huggard et Huggard, 2008*). En effet, de hauts niveaux de résilience et d'intelligence émotionnelle sont liés à un faible risque de fatigue compassionnelle. Aucune étude n'a porté sur ce sujet en médecine vétérinaire, mais il est raisonnable d'imaginer des résultats similaires.

Face à l'agression psychologique que peut représenter la fatigue compassionnelle, l'échange avec autrui est indispensable pour éviter le repli sur soi, autrement dit plutôt que d'étouffer des émotions jugées désagréables, invalidantes, apprendre à les verbaliser serait un levier d'action efficace contre le risque de fatigue compassionnelle. Si celle-ci est déjà développée, communiquer est essentiel à la sortie de cet état de résistance post-traumatique pour atteindre la résilience.

Cependant, Cyrulnik explique que la poursuite de l'évolution n'est pas dans le prolongement exact de la situation avant épreuve difficile, qu'il illustre à l'aide de l'exemple d'un incendie : « la faune et la flore sont détruites et pourtant quelques mois ou années après, la nature reprend ses droits, la végétation repousse, la faune revient, mais différemment, avec d'autres espèces. C'est tout un écosystème qui va se remettre en place. Cette nouvelle organisation n'est pas forcément plus forte que l'ancienne, ni plus fragile, elle est juste différente. Pour un être vivant, a fortiori un être humain, le mécanisme est le même et prend diverses formes.»

Comme Cyrulnik le suggère, la résilience peut être enseignée. Selon lui, chaque individu possède un potentiel de résilience, dont le niveau dépend des expériences individuelles ainsi que de la qualité de l'environnement psychologique.

Le concept de résilience est important à connaître en pratique vétérinaire tant il enrichit les problématiques portant sur le bien-être dans la profession, en apportant des éléments de compréhension et de prise en charge adaptés à des syndromes tels celui de fatigue compassionnelle.

2.3.2 A l'échelle de la clinique : échange et soins aux collègues

Le risque de fatigue compassionnelle étant majoré par la dégradation des conditions de travail (surcharge de travail, horaires inadaptées à des temps de repos et de loisirs adéquats, ...), l'équipe vétérinaire doit faire preuve de lucidité sur l'existence de syndrome, et développer la communication : prendre le temps d'échanger sur les cas de manière formelle et / ou informelle (les pauses représentent des « soupapes de sécurité »), et favoriser le soutien entre vétérinaires, c'est-à-dire la confraternité (*Zawieja, 2014*). Soutenir ses salariés peut également être éprouvant pour la hiérarchie; respecter des règles de communication telles que mesurer sa gestion émotionnelle lors des partages de cas, ou d'événements difficilement vécus (euthanasie, ou mort inattendue d'un animal, propriétaires exigeants ou difficiles, erreurs médicales, ...) est essentiel pour protéger à son tour son équipe.

Les entretiens individuels permettent notamment une mise au point sur les pistes d'amélioration possibles d'un point de vue organisationnel et relationnel. Favoriser l'engagement au travail par la participation aux prises de décisions et la liberté d'autonomie prévient et soulage le poids que peut représenter la sphère professionnelle en renforçant l'énergie positive.

2.3.3 A l'échelle universitaire et associative : information et formation

2.3.3.1 Communication et réalité pratique dans le corpus universitaire

La désillusion entre l'idée que les nouvelles générations se font du métier de praticien vétérinaire, et la réalité, notamment sur la charge de travail et l'ascenseur émotionnel inhérent à la profession, est grande. En effet, les jeunes vétérinaires passent de l'environnement protecteur universitaire au quotidien stressant de la pratique en clinique (*Halliwel et Hoskin, 2005*). Dès leur début, ils sont souvent confrontés à un manque de support et de disponibilité de la part de leurs supérieurs. Une étude menée auprès de jeunes vétérinaires diplômés d'universités britanniques révèle que seulement 43% d'entre eux peuvent compter sur le soutien de leurs aînés (*Mellanby et Herrtage, 2005*).

Une étude longitudinale menée sur les étudiants vétérinaires de l'université du Colorado a mis en évidence une diminution du niveau d'empathie et d'intérêt envers les clients, les patients et leur formation clinique à partir de la troisième année dans le parcours scolaire, autrement dit, dès lors qu'ils expérimentaient le système de rotation clinique (*Schoenfeld-Tacher et al., 2015*). Parallèlement, ces étudiants présentaient des niveaux d'anxiété et de stress plus élevés. D'autres recherches menées sur les étudiants vétérinaires aboutissent aux mêmes conclusions.

Ces résultats suggèrent que le stress et l'anxiété sont corrélées à une soudaine prise de responsabilités lors de l'investissement en clinique, ainsi qu'à la confrontation à de réels clients et patients. Les étudiants ont par ailleurs exprimé leur souhait de disposer de formations plus complètes en relations humaines afin d'améliorer leurs compétences en communication (*Shaw et al., 2006*). Ces dernières sont d'autant plus importantes qu'elles interviennent dans l'abord de sujets délicats avec les clients, comme la gestion technique et émotionnelle des euthanasies, source de stress intense pour les jeunes vétérinaires. La crainte de commettre des erreurs médicales participe notamment à élever le niveau de stress des

étudiants, lui-même renforçant le risque d'erreurs médicales. Nombreux sont les étudiants souffrant du syndrome de l'imposteur lors de cette transition dans leur développement professionnel. Décrit dans les années 1970 par des psychologues cliniciens, le syndrome de l'imposteur repose sur le déni systématique, ou presque, de tout accomplissement personnel, les individus concernés attribuant leur succès aux facteurs extérieurs. La seule enquête s'intéressant à ce syndrome chez les vétérinaires, publiée en juin 2020 et menée en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni, révèle une forte prévalence chez les femmes, et les individus comptabilisant moins de cinq ans d'expérience (*Kogan et al., 2020*). Ce syndrome est notamment corrélé à de hauts niveaux d'anxiété, et semble lié à un mal-être s'installant insidieusement dès la formation clinique scolaire.

L'ensemble de ces résultats invite les universités vétérinaires à intégrer dans le cursus scolaire une formation systématique portant sur les qualités humaines nécessaires à une bonne communication client, également sur l'apprentissage du travail en équipe. Sensibiliser les futurs vétérinaires au bien-être dans la profession et présenter les problématiques de la réalité pratique permettrait de mieux appréhender le fossé entre les exigences du métier et les ressources de base, donc de prévenir le développement de syndromes comme la fatigue compassionnelle.

2.3.3.2 Libérer la parole et briser l'isolement : organismes de soutien aux vétérinaires

Un des piliers de lutte contre les conséquences d'une fatigue compassionnelle bien enracinée chez le praticien, est d'en connaître l'existence et d'apprendre à en reconnaître les manifestations, objectifs de ce travail.

En médecine humaine, des programmes basés sur les stratégies d'adaptation cognitives et l'apprentissage de la gestion du stress ont montré une augmentation de la capacité de résilience chez les praticiens (*Brannick et al., 2015*). Un programme axé sur la fatigue compassionnelle, mis en place dans un hôpital du Missouri, a en effet montré une diminution du risque de développer ce syndrome chez les participants (*Potter et al., 2013*).

Certaines similitudes entre médecine humaine et médecine vétérinaire laissent supposer les mêmes résultats prometteurs parmi les vétérinaires praticiens. Dr Miller, ancienne présidente du comité de bien-être de l'American Veterinary Medical Association (AVMA), une association regroupant des vétérinaires américains, recommande l'organisation régulière de réunions visant à évoquer les préoccupations des membres de l'équipe, et permettant de suivre l'évolution de symptômes associés à la fatigue compassionnelle (JAVMA, 2004). Un questionnaire d'auto-évaluation du statut actuel du praticien au regard de ce syndrome, développé par Stamm et son équipe, est mis à disposition sur le site de l'AVMA. Comme son nom « Professional Quality of Life Scale » (ProQol) le suggère, cet outil a été développé dans le but d'améliorer la qualité de vie et de trouver un équilibre entre vies professionnelle et personnelle du praticien, en détectant un syndrome de fatigue compassionnelle asymptomatique, ou non encore diagnostiqué. Identifier les praticiens potentiellement atteints de burn-out ou de fatigue compassionnelle permettrait de prendre des mesures adaptées en adaptant l'organisation du travail en conséquence.

En psychanalyse, il est admis que parler d'un problème favorise la prise de recul et possède des vertus cathartiques. Partant de ce principe, il est plus aisé de comprendre comment les groupes de parole et de soutien aux vétérinaires brisent l'isolement social et sa dynamique de déconstruction interne en permettant à chacun de s'exprimer sur les situations stressantes et / ou émotionnellement éprouvantes rencontrées au travers de leur parcours. Animés par un psychologue, un psychiatre ou encore un confrère / consoeur, ces groupes offrent un environnement sécurisant aux praticiens en détresse et sensibilisent la communauté à la thématique du bien-être dans la profession. Des lignes d'écoute aux vétérinaires en détresse existent aux Etats-unis, en Australie et en Nouvelle-Zélande. En France, le groupe VETOS ENTRAIDE est née en 2003 suite à un recrudescence de suicide en moins de dix ans, à hauteur de cinq suicides de praticiens par an (*Malvoso, 2015*). L'association soutient les vétérinaires, de leur statut étudiant à praticien, en accompagnant leur santé morale, et promeut ainsi le cercle vertueux du bien-être au sein de la profession. Cette volonté de renforcer la communication et la solidarité entre confrères / consoeurs s'inscrit dans une dynamique de diminuer les syndromes comme le burn-out et la fatigue compassionnelle, et de prévenir les crises suicidaires. Une ligne d'écoute téléphonique garantit un soutien confidentiel aux vétérinaires en grande détresse psychologique, joignable au 09 72 22 43 44, ou par mail ecouter@vetos-entraide.com.

Une autre vague de sensibilisation à la détresse vétérinaire, intitulée Not one more vet (« Pas un vétérinaire de plus » en français), est née aux Etats-Unis en 2014 suite à plusieurs suicides parmi les praticiens américains, dont celui du Dr Sophia Yin, vétérinaire praticienne mondialement connue. De par son soutien aux vétérinaires expérimentant des pensées suicidaires, en crise suicidaire, ou confrontés au suicide de confrères / consoeurs, ce mouvement a connu un retentissement international, notamment en France.

Ainsi, dans le cadre de la fatigue compassionnelle, il semble impératif d'agir plutôt que de réagir, en réinvestissant son énergie d'une manière différente. La prévention ne dépend pas uniquement de la gestion individuelle, elle s'inscrit dans un ensemble de mesures visant la population de vétérinaires praticiens dans son ensemble. Des formations de sensibilisation aux risques et aux conséquences du développement d'un tel syndrome dans la pratique, des outils permettant aux vétérinaires de mieux organiser leur travail afin de ne pas sacrifier leur vie personnelle sur l'autel de leur vie professionnelle, ainsi que disposer d'un réseau confraternel sont autant clés de voûte de la prévention de la fatigue compassionnelle chez les praticiens.

3. ETUDE DES FACTEURS DE RISQUE LIÉS À LA FATIGUE COMPASSIONNELLE AUPRÈS DES VÉTÉRINAIRES PRATICIENS EN FRANCE

Introduire les notions d'empathie, de compassion et de traumatisme secondaire en section I était un préalable indispensable à la bonne compréhension du syndrome de fatigue compassionnelle. A la lumière de cette littérature multidisciplinaire, ce syndrome s'installe et évolue en pratique vétérinaire à travers la section II, dont la dernière partie donne des pistes pour restaurer le bien-être du praticien. Bien que des associations de soutien aux vétérinaires en détresse grandissent en France, il demeure étonnant que ces derniers aient fait l'objet de si peu de recherches tant ils semblent exposés à développer des syndromes comme la fatigue compassionnelle dans leur quotidien professionnel.

Cette dernière section propose d'estimer le risque de fatigue compassionnelle parmi les vétérinaires praticiens en France, et d'évaluer les facteurs de risque associés au développement d'un tel syndrome.

3.1 Cadre de l'étude

Objectifs

Cette étude épidémiologique a pour but d'étoffer les données relatives au syndrome de fatigue compassionnelle parmi les vétérinaires français, par l'évaluation du risque et des facteurs associés au développement d'un tel syndrome dans la profession. Elle permettra également d'évaluer l'indication de la mise en place de mesures préventives dans ce groupe professionnel. Enfin, elle a été envisagée de telle manière à alerter les praticiens sur l'existence d'un tel syndrome dans la profession pratique .

Population cible

Inscrite dans la continuité des sections 1. et 2., cette étude s'adresse à l'ensemble des vétérinaires exerçant en clientèle en France, toutes spécialités confondues, qu'elle souhaite alerter sur l'existence de ce syndrome dont la présence et l'importance sont d'autant plus invisibles que menaçantes. Parce qu'elles sont moins exposées dans l'exercice de leur profession, les déclinaires du métier de vétérinaire ne présentant pas de contact avec la clientèle et les animaux vivants sont donc exclues, en particulier les inspecteurs de la santé publique vétérinaire, vétérinaires exerçant en laboratoire, dans l'industrie agro-alimentaire ou pharmaceutique, ou encore vétérinaires chercheurs.

3.2 Méthodologie de recherche et d'étude

3.2.1 Le questionnaire ProQol : outil psychométrique de dépistage

La fatigue compassionnelle peut être évaluée par différents outils.

Historiquement, la première échelle de mesure mise en place par Figley dans les années 1980 s'intitulait « Compassion Fatigue Self test for Practicioners » (CFST) et s'adressait à l'ensemble des professions de la relation d'aide. L'arrivée du psychologue Stamm a complété le projet en y introduisant en 1993 la notion de satisfaction de compassion, transformant le questionnaire en « Compassion Satisfaction and Fatigue Test ». Initialement développé en anglais et traduit dans de nombreuses langues, le questionnaire « Professional Quality of Scale », connu sous le nom ProQol, est l'un des outils les plus couramment utilisés pour évaluer les aspects positifs et négatifs reliés à la sphère professionnelle (Stamm, 2010).

Cette étude utilise la cinquième et dernière version du ProQol pour dépister la fatigue compassionnelle chez les vétérinaires praticiens. Le test est construit selon la modélisation de la fatigue compassionnelle suivante :



Figure 13 : Modélisation de la fatigue compassionnelle d'après le ProQol (Stamm, 2010).

Dans cet outil, la fatigue compassionnelle est décrite comme la somme d'un burn-out et d'un stress traumatique secondaire, notions présentées en partie 1.2. Le ProQol est structuré en un questionnaire composé de 30 items dans lequel les répondants sont invités à indiquer à quelle fréquence chaque item a été vécu au cours des 30 derniers jours (0 = jamais, 1 = rarement, 2 = parfois, 3 = assez souvent, 4 = souvent, et 5 = très souvent). Conformément à la Figure 13, l'interprétation des résultats se lit à partir d'un score réparti en trois sous-échelles :

- la satisfaction de compassion (CS)
- le burn-out (BO)
- le stress traumatique secondaire (STS)

Dans son manuel d'utilisation, Stamm recommande l'interprétation des scores obtenus dans chaque sous-échelle en variables continues. Il fournit également une méthode de seuils pour classer les-dits scores en niveaux de risque « faible », « modéré » et « élevé » (Tableau III).

Tableau III : Seuils des sous-échelles et correspondance en niveau de risque d'après le manuel d'utilisation du ProQol

		Niveau de risque		
		Faible	Modéré	Élevé
Fatigue Compassionnelle (FC)	Satisfaction de compassion (CS)			
	Burn out (BO)	≤ 22	[23 ; 41]	≥ 42
	Stress traumatique secondaire (STS)			

A titre d'exemple, un score inférieur ou égal à 22 points dans la sous-échelle BO signifie que le répondant présente un faible risque de burn-out, un score supérieur ou égal à 42 dans la sous-échelle STS signifie que le répondant est à haut risque de développer un stress traumatique secondaire, et ainsi de suite.

Le tableau présenté ci-dessus suppose une interprétation indépendante de chaque statut associé aux sous-échelles correspondantes. Or, un des atouts de la méthodologie ProQol réside dans la combinaison de ces trois variables pour définir cinq profils résumés dans le tableau IV.

Tableau IV : Profils types d'individus selon le niveau de risque par la méthodologie ProQol

CS	BO	STS	Profils
Elevé	Faible à modéré	Faible à modéré	Profil le plus positif, renforcement positif dans le travail
Faible à modéré	Elevé	Faible à modéré	Individu atteint / à risque de burn-out, sensation d'inefficacité au travail
Faible à modéré	Faible à modéré	Elevé	Individu marqué par une expérience négative au travail, sujet à la dépression
Elevé	Faible à modéré	Elevé	Situation spécifique de violence civile, individu extrêmement efficace au travail / sentiment de peur dans les situations à risque
Faible à modéré	Elevé	Elevé	Individu à risque de fatigue compassionnelle, situation la plus stressante

La fatigue de compassion a été définie ci-dessus comme l'association d'un haut risque de BO et d'un haut risque de STS, parallèlement à un faible niveau de satisfaction de compassion dans la sphère professionnelle. L'analyse du questionnaire ProQol renvoie en sortie l'un des cinq profils pour chaque individu, et permet de discriminer le statut individuel « atteint ou à risque de fatigue compassionnelle » et « non atteint ou à risque », correspondant aux quatre autres profils.

3.2.2 Assistance psychologique et test de stigmatisation

Le développement de la fatigue compassionnelle chez le praticien peut nécessiter une aide psychologique extérieure, comme le décrit la partie 2.3. Or, la stigmatisation associée à la demande d'aide psychologique peut représenter un frein à la volonté d'appel à l'aide, et renferme l'individu dans son isolement social. En effet, la stigmatisation est associée à un processus d'étiquetage résultant de préjugés bien ancrés dans l'imaginaire collectif, et tend à discriminer les individus en situation de détresse (*Michalak et al., 2010*). Elle renvoie à une marque de honte ou de désapprobation conduisant un individu à être rejeté par les autres.

Comme mentionné en partie 2.3.3.2, parler d'un problème possède des vertus cathartiques ; l'un des challenges pour contrer l'isolement social lié au syndrome de fatigue compassionnelle consisterait à outrepasser le malaise liés à des stéréotypes négatifs.

A la crainte de la stigmatisation, s'ajoute le poids de l'auto-stigmatisation, définie comme « un processus subjectif [...] pouvant être caractérisé par un sentiment négatif, un comportement inadapté, une transformation identitaire ou l'approbation des stéréotypes résultant de l'expérience d'un individu, des perceptions ou de l'anticipation des réactions sociales négatives basées sur un trouble émotionnel ou psychologique » [traduction libre] (*Michalak et al., 2010*). Ce mode de pensée explique clairement qu'un individu pourrait s'empêcher de consulter un professionnel de santé par crainte d'être dévalorisé, ce qui aggraverait sa situation. Ceci est d'autant plus vrai dans les cultures occidentales dans lesquelles la demande d'aide psychologique est associée à une négation de l'estime de soi (*Corrigan et al., 2009*).

Au regard des troubles induits par le développement de fatigue compassionnelle, notamment la perte d'estime de soi et le cynisme, il semble naturel de s'interroger sur la facilité des vétérinaires praticiens à envisager un support psychologique. Construit et validé dans une étude menée dans une université de l'Iowa, le test de stigmatisation, connu par les anglophones comme le « Self-Stigma of Seeking Help Scale », est un questionnaire composé de dix items à côté de 1 à 5 (0 = jamais, 5 = très souvent) (*Vogel et al., 2006*). Le score obtenu permet de dichotomiser le statut « volontaire », « non volontaire » ou « neutre » du répondant face à la demande d'aide psychologique.

L'acceptation d'un déséquilibre de la santé mentale est souvent source de honte et nombreux sont ceux se trouvant démunis devant l'ampleur de cette problématique. La perception de soi s'avère changée, et cela, trop souvent en étant accompagné d'un sentiment de dévalorisation.

3.2.3 Colonne vertébrale de l'enquête

Le recueil de données s'est effectué par le biais d'une enquête élaborée via Google Forms. Le formulaire se décompose en six sections présentes en Annexe n°1 et construites comme suit.

Section I : le bien-être du vétérinaire, on en parle ?

Axée sur une présentation concise du travail de recherche, cette section introduit le syndrome de fatigue compassionnelle et explicite les objectifs de l'étude (partie 3.1). Une description des sections du questionnaire ainsi que les modalités de réalisation de celui-ci sont données, en particulier le temps à accorder au formulaire.

Section II : étude des facteurs prédisposants

A la lumière de la partie 2.0 insistant sur les facteurs de risque du développement de la fatigue compassionnelle dans la profession retrouvés dans la littérature, cette seconde section est constituée d'un ensemble de questions visant à étudier les facteurs organisationnels et individuels par l'évaluation de :

- la charge de travail, interprétée en médecine vétérinaire comme le nombre d'heures travaillées hebdomadaires ainsi que la présence et le nombre d'astreintes hebdomadaires,
- le temps de repos : existant / absent en retour d'astreinte ainsi que sa durée, tout comme la quantité de vacances annuelles
- le temps hebdomadaire accordé aux loisirs, soit la fréquence des occupations personnelles; ces dernières étant subjectives, il s'agit de moyens de divertissement, délasserment et/ou développement personnel, définis comme des activités physiques (pratique sportive, ...), manuelles (bricolage, jardinage, ...), culturels (cinéma, théâtre, télévision, ...) ou sociales (cafés, associations, ...),
- la présence de comportements addictifs et /ou troubles du comportement alimentaire
- la qualité des rapports entre collègues et au sein de l'environnement de travail
- le soutien des sphères professionnelle, amicale et familiale
- le sentiment d'isolement
- la présence d'un événement traumatique vécu par soi ou par l'entourage

Les réponses sont de multiples types : fermé (oui/non), choix unique, choix multiples, liste déroulante, et « Likert » en quatre points (jamais / rarement / parfois / très souvent ou pas du tout / peu / suffisamment beaucoup), ce dernier type ayant été préféré au modèle en cinq points présentant une proposition « neutre » ne permettant pas de départager les individus.

Section III : évaluation de la fatigue compassionnelle par questionnaire ProQol

Le test ProQol est un questionnaire d'auto-évaluation conçu à l'intention des intervenants de la relation d'aide, dont les vétérinaires praticiens font partis, et dont le but est d'évaluer le niveau de risque de fatigue compassionnelle. La combinaison des niveaux de BO, STS et CS conduit aux différents statuts individuels présentés dans le tableau 4. Le statut associé à la fatigue compassionnelle apparaît comme une disposition particulière de ces trois sous-échelles.

Le questionnaire ProQol est construit sur la base de cette modélisation, avec des questions axées spécifiquement sur l'évaluation des sous-échelles CS, également du BO et du STS, comptabilisant un total de 30 items dont la fréquence sur les 30 derniers jours était évaluée au moyen de type « Likert » (1 = jamais à 5 = très souvent)

Section IV : Assistance psychologique et stigmatisation

Comme présenté précédemment dans la partie 3.2.2, le test de stigmatisation évalue la capacité et la facilité d'un individu à demander une aide psychologique. Composé de 10 items de type « Likert » en cinq points selon le mode mode que pour le questionnaire ProQol, le score obtenu permet d'attribuer au répondant le statut « volontaire » ou « non volontaire » d'envisager un support psychologique. Ce questionnaire a pour but d'évaluer la considération d'aide psychologique et donc l'aptitude à solliciter un professionnel de santé, voire un proche, en cas de détresse psychologique.

Section V : informations sociodémographiques et socioprofessionnelles

Cette section se compose de questions générales regroupant les informations sociodémographiques de chaque répondant :

- le sexe, cette donnée étant d'autant plus importante que les femmes vétérinaires semblent sur-représentées dans le développement du syndrome de fatigue compassionnelle (partie 2.1.4.1)
- l'âge, corrélé selon les études à des variations de la capacité d'empathie (cf X)
- la situation matrimoniale
- le fait de vivre avec des enfants (les siens ou ceux issus d'une recomposition familiale), ces derniers répondant à l'hypothèse d'un effet protecteur face à la fatigue compassionnelle

Et socioprofessionnelles :

- le type d'activité (canine, rurale, mixte, ...),
- l'existence d'une spécialité (Diplôme d'École, Certificat d'Études Supérieures, ...),
- la composition de l'équipe vétérinaire stable, autrement dit permanente, ainsi que le nombre d'associé(e)s dans la structure
- le statut dans la structure (salarié(e), associé(e), collaborateur/trice libéral(e), individuel exerçant seul(e))

Les données sociodémographiques et socioprofessionnelles permettent d'établir le profil du répondant, notamment l'étude de certaines caractéristiques présentées comme facteurs de risque dans la partie 2.

Section VI : suivi de l'étude et remerciements

Pas d'enquête sans répondants... les vétérinaires praticiens sont ici remerciés de l'intérêt et du temps portés à l'ensemble de l'enquête et une communication des résultats leur est proposée dès leur édition.

L'enquête donne également la parole aux répondants en leur laissant la liberté de s'exprimer sur leur expérience personnelle au regard de la fatigue compassionnelle ou d'autres conditions s'y rapportant.

3.2.4 Diffusion

Afin d'éviter les erreurs de compréhension ou d'interprétation, également dans le but de ne pas influencer l'enquêté(e), une phase de test de l'enquête a été conduite sur une durée de deux semaines préalablement à sa diffusion. A cette fin, six vétérinaires, toutes pratiques confondues, ont évalué la validité du questionnaire, s'intéressant à la forme, la formulation et les enchaînements de questions.

La construction d'une enquête exige également de s'intéresser à ses canaux de diffusion : une phase préliminaire axée sur la communication auprès de revues professionnelles et d'associations professionnelles par le biais des réseaux sociaux a également été menée dans le but de recruter le maximum de répondants.

Ces données stabilisées, le lien du formulaire a été diffusé en première vague le 6 mai 2021, et relayé sur une deuxième vague fin mai 2021, aux canaux suivants:

- par mailing : annuaire vétérinaire ROY et le groupe vétérinaire UNIVET composé de 52 cliniques.
- via les revues vétérinaires : publication papier dans La Dépêche Vétérinaire avec QR code préalablement créé pour renvoyer à l'enquête numérique une fois scanné, complété d'une publication numérique sur le site de La Dépêche Vétérinaire, également sur celui de Vetofocus.
- via les réseaux sociaux (LinkedIn, facebook, Instagram) : associations françaises SNVEL (Syndicat National des Vétérinaires d'Exercice Libéral), Vetos Entraide, Animacare, Génération Louveto, See my vet, Vet'Side ainsi que des groupes de jeunes vétérinaires sortants des écoles vétérinaires françaises

Les réponses ont été collectées sur la base du volontariat sur une durée de neuf semaines.

3.3 Traitement statistique

Au total, 1 192 vétérinaires praticiens ont répondu présents au cours des neuf semaines de diffusion de l'enquête; les réponses de chaque enquêté(e) ont été collectées sur Microsoft Excel, puis analysées sur l'environnement de développement intégré scientifique Spyder pour la programmation en langage Python.

Le risque de première espèce alpha, ou *p-value* en anglais, est classiquement fixé à 5% dans les tests statistiques classiques, notamment ceux utilisés en psychologie. Cependant, l'ensemble des tests de cette enquête sera analysé avec un risque de première espèce théorique égal à 0,01. Ce choix est soutenu par la volonté d'augmenter la sensibilité de l'enquête, autrement dit, plus la valeur de la *p-value* est petite, plus la probabilité de commettre une erreur est faible.

3.3.1 Le test du khi-deux dans l'analyse de proportions entre échantillon et population mère

Les données sociodémographiques et socioprofessionnelles des répondants sont comparées à celles de la population mère de praticiens recensées dans l'Atlas démographique de la profession vétérinaire 2021. Cette dernière est constituée de 19 530 vétérinaires praticiens en exercice. Un test du khi-deux a été conduit afin d'évaluer la conservation des proportions des variables testées dans l'échantillon de réponses obtenues par rapport à la population mère citée précédemment. Ce test prend en entrée l'hypothèse nulle suivante : « H0 : les proportions sont conservées entre l'échantillon et la population mère pour la variable testée »

Pour rappel, le test du khi-deux se base sur les effectifs observés et théoriques calculés à partir des proportions de chaque variable dans la population mère. La statistique khi-deux est d'autant plus élevée que les écarts entre les fréquences observées dans l'échantillon et les fréquences attendues sont importants. L'hypothèse H0 est classiquement vérifiée dans le cas où la valeur du khi-deux observée est inférieure à celle du khi-deux présent dans les tables de référence (Annexe n°2) pour une *p-value* théorique égale à 0,05, ou dans le cas où la *p-value* observée est supérieure à la *p-value* théorique.

Ces résultats sont présentés dans le tableau VII de la partie 3.4.1.

3.3.2 Identification des profils de l'échantillon

3.3.2.1 Test ProQol et statut individuel face à la fatigue compassionnelle

Comme suggéré en partie 3.2.1, la fatigue compassionnelle apparaît implicitement au test ProQol comme une combinaison des sous-échelles BO, STS et CS, particulièrement avec des valeurs élevées de BO et STS et une valeur faible à modérée de CS. Les scores bruts obtenus dans chaque sous-échelles sont transformés en *z-score*, mesurant les déviations standards par rapport à la moyenne, compris entre -5 et 5. De ces *z-scores*, naissent les *t-scores*, variables quantitatives issue d'une simple transformation afin de manipuler des scores positifs, déclinés

en tBO, tSTS, et tCS correspondant aux t-scores associés respectivement aux sous-échelles burn-out, stress traumatique secondaire et satisfaction de compassion.

Cette combinaison dichotomise le statut individuel « atteint ou à risque de fatigue compassionnelle » (CF) ou « non atteint de fatigue compassionnelle » (non-CF) de chaque répondant. L'analyse du test ProQol attribue à chaque répondant la variable qualitative, binaire, PQ_CF, égale à 1 correspondant au statut CF, ou 0 dans le cas d'un statut non-CF (Figure 14). La fonction PQ_ANALYS renvoie les effectifs de chaque statut.

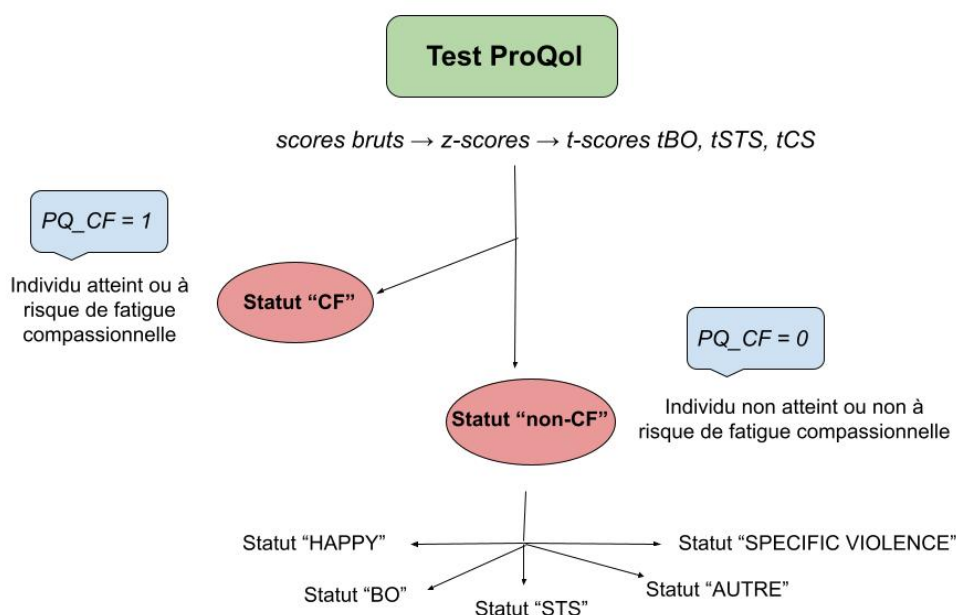


Figure 14 : Représentation des statuts individuels résultant de l'analyse du test ProQol (Cointot, 2021)

3.3.2.2 Test d'aide psychologique et stigmatisation - analyse

De la même manière que pour le test ProQol, l'analyse des réponses au questionnaire portant sur l'aide psychologique et la stigmatisation emploie un traitement statistique similaire; la somme des scores bruts de chaque répondant, représentée par la variable quantitative ST, obtenus aux 10 questions est transformée en z-score puis en t-score, ou tST. Les scores bruts obtenus varient entre 10 et 50 points.

Dans un premier temps, une construction binaire des profils « volontaire » / « non volontaire » a été envisagée, puis affinée par l'ajout d'un profil « neutre » isolant les individus pour lesquels la considération portée à la demande d'aide psychologique demeure partagée. La variable ST_ANALYS renvoie les effectifs de chaque statut.

3.3.3 Analyses univariées

Les analyses univariées interviennent dans le traitement statistique de l'enquête afin de quantifier l'association entre une variable principale et une variable explicative, les associations se faisant deux à deux. Les variables principales correspondent à des variables qualitatives (PQ_CF) ou quantitatives (tBO, tSTS et tCS) reliées à l'évaluation du syndrome de fatigue compassionnelle chez le répondant, tandis que les variables secondaires correspondent aux facteurs de risque présumés, objets de tests dépendants de leur nature qualitative ou quantitative.

3.3.3.1 Test de dépendance entre facteurs de risque hypothétiques et fatigue compassionnelle - variables qualitative / qualitative : test du khi-deux

Le test du khi-deux est régulièrement invoqué dans les sciences médicales pour l'étude d'association entre deux éléments nominaux ou qualitatifs. Dans le cadre de cette thèse, il est employé afin de tester l'éventuelle dépendance de la variable principale PQ-CF présentée en 3.3.3.1, avec chaque variable explicative, présentée hypothétiquement comme facteur de risque dans le développement de la fatigue compassionnelle en partie 3.2.3.

Les données expérimentales sont croisées dans un tableau de contingence, c'est-à-dire un tableau dénombrant les modalités croisées de la variable principale PQ_CF et de la variable explicative. Seules les variables qualitatives de l'enquête sont considérées comme variables secondaires éligibles au test du khi-deux.

La variable PQ_CF est donc testée avec chaque variable explicative de la liste exhaustive suivante :

- facteurs socio-démographiques :
 - ❖ le genre
 - ❖ la situation matrimoniale
 - ❖ la présence d'enfants dans le foyer
- facteurs socio-professionnels :
 - ❖ la pratique
 - ❖ l'exercice (salarié(e), associé(e), collaborateur/trice et individuel(le))
- autres facteurs de risque hypothétiques :
 - ❖ le statut résultant du test de stigmatisation d'aide psychologique
 - ❖ le repos après une garde
 - ❖ la qualité des rapports entre collègues / l'ambiance au travail
 - ❖ le soutien par l'entourage (collègues, amis, famille)
 - ❖ le sentiment d'isolement
 - ❖ la présence d'un vécu traumatique passé, par soi ou pas son entourage
 - ❖ les troubles du comportement / troubles du comportement alimentaire

En apparence pertinente pour dichotomiser le statut CF et non-CF du répondant dans l'étude de corrélations avec des facteurs présentées comme d'hypothétiques facteurs de risque, la construction de la variable qualitative PQ_CF résulte de la combinaison des t-scores tBO, tSTS et TCS; cette transformation s'accompagne donc d'une perte d'informations. La prochaine partie propose de considérer les variables numériques initiales tBO, tSTS et tCS pour l'étude de corrélations entre le statut CF ou non-CF et les facteurs de risque potentiellement associés, sachant que les t-scores tBO et tSTS sont reliés au développement de la fatigue compassionnelle, à laquelle s'oppose la satisfaction de compassion représentée par le t-score tCS.

3.3.3.2 Analyse de l'effet de facteurs de risque nominaux sur les t-scores - variables qualitative / quantitative : ANOVA

L'ANOVA (ANalysis Of VARIance) est une analyse de l'effet d'un facteur, soit une variable qualitative, sur la moyenne d'une population. La comparaison des variances de ces groupes permet d'inférer une relation entre la variable qualitative, ici le facteur de risque hypothétique, et la variable quantitative, soit tBO, tSTS ou tCS. Chaque facteur de risque est analysé dans le prisme de ces trois variables quantitatives, les associations se faisant deux à deux. Les facteurs testés sont conservés entre test du khi-deux et ANOVA.

De cette définition, il ressort que les probabilités de dépendance entre variable quantitative et qualitative sont d'autant plus élevées que les moyennes de ces variables sont éloignées, autrement dit un facteur a d'autant plus d'influence sur le risque de développer le syndrome correspondant à son t-score.

Les variables quantitatives tBO, tSTS et tCS conservent une à une leur rôle de variable principale, pour l'analyse de l'influence des facteurs de risque hypothétiques numériques.

3.3.3.3 Analyse de corrélation linéaire entre t-scores et facteurs de risque numériques - variables quantitative / quantitative : coefficient de corrélation de Pearson

Le coefficient de corrélation de Pearson est employé dans le cadre de cette étude pour évaluer l'intensité de la relation entre les facteurs de risque hypothétiques numériques et le syndrome de fatigue compassionnelle. Il mesure la corrélation linéaire entre deux variables quantitatives continues, autrement dit d'une part l'une des variables principales tBO, tSTS et tCS, et d'autre part chaque variable explicative correspondant aux facteurs de risque numériques suivants :

- l'âge
- l'année de diplomation
- nombre d'heures travaillées hebdomadaires
- nombre d'astreintes hebdomadaires
- temps accordé aux activités / loisirs
- nombre de semaine de vacances
- le nombre de vétérinaires praticiens composant l'équipe stable, c'est-à-dire permanente
- le nombre de vétérinaires praticiens associé(e)s de cette équipe stable

La fonction Python associée *pearsonr()* renvoie le coefficient de corrélation r ainsi que la p -value. Trois possibilités de corrélation peuvent être établies en fonction de la valeur de r :

- *positive* : les variables évoluent dans la même direction, selon les valeurs suivantes :
 - ❖ proche de 1, sans l'égaliser, il s'agit d'une corrélation positive parfaite
 - ❖ située entre 0,7 et 1, la corrélation positive est de haut niveau
 - ❖ entre 0,3 et 0,69, le niveau de corrélation positive est modéré
 - ❖ proche de 0,29 voire en dessous, la corrélation positive est très faible et peu significative
- *négative* : les variables évoluent dans des directions opposées, selon les mêmes modalités que pour la corrélation positive :
 - ❖ proche de -1 sans l'égaliser, il s'agit d'une corrélation négative parfaite
 - ❖ située entre - 0,7 et -1, il existe une forte corrélation négative
 - ❖ entre - 0,3 et - 0,69, le niveau de corrélation négative est modéré
 - ❖ proche de -0,29 voire en dessous, la corrélation négative est très faible et peu significative
- neutre : il n'existe aucune influence linéaire d'une variable quantitative sur l'autre

Ces analyses univariées ont pour but la sélection de variables candidates, ou explicatives, c'est-à-dire statistiquement liées à la variable principale qualitative PQ_CF, dans le but de mener une analyse multivariée, ou multifactorielle.

3.3.4 Analyse multivariée des facteurs de risque qualitatifs et quantitatifs dans l'étude de la fatigue compassionnelle : la régression logistique

L'analyse multivariée étudie les inter-corrélations entre variables candidates, préalablement sélectionnées dans les analyses univariées, pour ne conserver que celles ayant un faible taux d'inter-corrélation. En somme, seules les variables interagissant peu entre elles, donc seulement avec la variable qualitative PQ_CF reliée à l'atteinte par le syndrome de fatigue compassionnelle, sont conservées et interprétées comme facteurs de risques.

Dans ce contexte, la régression logistique est le modèle statistique adéquat : modèle linéaire construit à partir d'une fonction logistique, il permet d'étudier les relations entre l'ensemble des variables qualitatives secondaires, et la variable qualitative principale PQ_CF.

Mathématiquement, en considérant X_i les i variables explicatives, et Y la variable principale PQ_CF, la régression logistique recherche une fonction f telle que :

$$Y = \{ 1 \text{ si } f(X) \geq \text{seuil}, 0 \text{ si } f(X) < \text{seuil} \}$$

La fonction f est une probabilité comprise entre 0 et 1, définie pour un seuil généralement pris comme égal à 0,5. Ces conditions sont remplies par la fonction sigmoïde. La régression logistique intervient donc dans la prédiction de probabilités, définies dans le cadre de cette étude comme la probabilité qu'un individu soit atteint de fatigue compassionnelle (valeur de 1), ou non (valeur de 0). Ainsi, sur les bases de l'analyse logistique, la variable `prediction_FC` retourne une valeur nulle dans le cas où l'individu testé n'est pas atteint ou à risque de fatigue compassionnelle, une valeur égale à un dans le cas contraire.

De cette analyse, naissent les variables `prediction_FC_proba_1` et `prediction_FC_proba_0` représentant respectivement la probabilité que l'individu testé soit atteint ou à risque de

fatigue compassionnelle, ou ne le soit pas. Les événements correspondants sont respectivement nommés CF1 et CF0. Ainsi, lorsque la valeur prédite est supérieure au seuil, l'évènement CF1 ou CF0 est susceptible de se produire; c'est l'inverse lorsque la valeur est inférieure à ce même seuil.

Les prédictions de l'analyse logistique sont à interpréter au regard des résultats du test ProQol via la variable PQ_CF, base de référence pour statuer du profil sain / atteint ou à risque de fatigue compassionnelle, afin d'affiner le modèle de régression logistique (tableau V). Les individus positifs au syndrome de fatigue compassionnelle rassemblent les vrais positifs ainsi que les faux négatifs selon le modèle de régression logistique.

Tableau V : Statut du répondant au regard de la fatigue compassionnelle selon l'analyse du test ProQol et le modèle de régression logistique proposé (Cointot, 2021)

Statut du répondant	Prediction_FC	PQ_CF
Vrais positifs	1	1
Faux positifs	1	0
Faux négatifs	0	1
Vrais négatifs	0	0

Affiner le modèle de régression logistique en modulant la notion de seuil permet d'établir la positivité de l'enquêté(e) à partir d'une certaine probabilité associée au risque de développer le syndrome de fatigue compassionnelle.

Enfin, l'optimisation des coefficients de régression linéaire associés à chaque variable explicative s'inscrit dans la base analytique de ce modèle : ils permettent de comprendre l'impact de chacune des variables secondaires sur le statut CF1 ou CF0, et de les ordonner par importance.

3.3.5 Analyse textuelle de témoignages : le text mining

La sixième et dernière section de cette enquête soumise aux vétérinaires praticiens exerçant en France leur propose, de manière facultative et sous garantie d'anonymat, de s'exprimer sur leur vécu à l'égard de la fatigue compassionnelle, ou des difficultés associées à la profession pratique.

Recueil d'informations enrichissantes pour comprendre les enjeux du quotidien des vétérinaires praticiens, les témoignages constituent des données dites « non structurées », c'est-à-dire non exploitables par des outils d'analyse traditionnels. L'analyse statistique de cette enquête, réalisée par programmation en langage Python, emprunte un outil de traitement puissant au domaine des DataSciences; en effet, le text-mining, analyse de texte en français, permet l'extraction automatique d'informations à valeur ajoutée dans ces retours d'expériences.

Un traitement de ces données filtre les « stop.words », c'est-à-dire les mots ne possédant pas de réelle signification. Utilisés couramment et peu porteurs de sens, ils ne permettent pas, d'un point de vue lexical, de caractériser un texte. En particulier ce sont les adverbes, les mots de liaison, les pronoms, etc. Un traitement complémentaire permet d'assembler les mots de racine similaire.

Une analyse sur la fréquence des mots est ensuite menée sur ces données filtrées, et consiste à identifier les termes présentant le plus d'itérations dans l'ensemble des témoignages. La sélection de ces mots-clés permet la construction d'un nuage de mots, volontairement choisi pour être plus visuel que les tableaux de données présentés ci-après dans les résultats d'enquête. Ces modes de lecture complémentaires offrent un nouveau regard sur le syndrome de fatigue compassionnelle dans la profession.

3.4 Résultats et Discussion

1 192 réponses volontaires ont été comptabilisées sur les neuf semaines de diffusion de l'enquête soumise aux vétérinaires praticiens en France. En considérant la population de vétérinaires exerçant en clientèle dans le pays, cela correspond à un taux de réponse de 6%.

3.4.1 Analyses de proportions entre échantillon et population mère par le test du khi-deux

Le test du khi-deux mené entre l'échantillon issu des répondants de l'enquête, et la population mère, constituée de l'ensemble des vétérinaires exerçant en clientèle en France, évalue la conservation des proportions entre ces deux populations pour les variables sociodémographiques et socioprofessionnelles observées.

Ce test prend en entrée l'hypothèse nulle suivante : « H_0 : les proportions sont conservées entre l'échantillon et la population mère pour la variable testée »

Tableau VI : Comparaison des proportions entre échantillon testé et population mère issue de l'Atlas Démographique de la profession vétérinaire dans sa version 2021 par l'analyse du test du khi-deux (CNOV, 2021)

Variabiles	Modalités	Atlas 2021	Echantillon	Khi-deux	Khi-deux référence($\alpha=0,05$)	p-value
Données socio-démographiques						
Genre	Hommes	8 668	335	125,8	3,84	<< 0,005
	Femmes	10 862	852			
Classes d'âge (ans)	20 - 29	2 870	379	316,3	11,07	<< 0,005
	30 - 39	5 760	352			
	40 - 49	4 698	229			
	50 - 59	4 107	156			
	60 - 69	1884	70			
	+70	211	1			
Données socioprofessionnelles						
Pratique	Canine / NACs	10 157	800	311,2	12,59	<< 0,005
	Rurale	1 641	18			
	Equine	644	45			
	Mixte canine / rurale	3 515	193			
	Mixte canine / équine	449	75			
	Mixte rurale / équine	1 855	51			
	Autres	1 269	5			

Exercice	Libéral associé(e)	8 280	520	25	7,82	< 0,05
	Libéral salarié(e)	7 695	397			
	Libéral collaborateur /trice	1 172	86			
	Libéral individuel	2 382	184			

L'enquête a rassemblé une majorité de femmes (71,7 %), et une pratique canine / NACs prédominante (67,4%), bien que de nombreuses spécialités soient représentées.

Pour chaque variable étudiée, les écarts entre les effectifs théoriques, issus de la population recensant l'ensemble des vétérinaires praticiens français, et les effectifs observés dans l'échantillon, autrement dit parmi les enquêté(e)s, sont tels que les khi-deux calculés sont significativement supérieurs aux khi-deux de référence pour une p-value égale à 0,05. Parallèlement, la p-value associée au test du khi-deux portant sur chacune des variables d'intérêt est très faible. Ces observations rejettent l'hypothèse H0, autrement dit l'échantillon de répondants n'a pas les mêmes proportions que la population générale française de vétérinaires praticiens pour ce qui est des modalités étudiées.

3.4.2 Identification des profils de l'échantillon - interprétation du ProQol et test de stigmatisation

L'identification du statut de l'enquêté(e) permet l'étude de corrélations entre les facteurs de risque hypothétiques et le syndrome de fatigue compassionnelle parmi l'échantillon de vétérinaires praticiens ayant répondu présent à l'enquête.

3.4.2.1 Statistiques descriptives associées au test ProQol

L'analyse du test ProQol présentée en partie 3.3.2.1 présente les résultats suivants :

Tableau VII : Répartition des différents profils de vétérinaires praticiens selon analyse ProQol (Cointot, 2021)

Profil selon test ProQol	Effectif
Fatigue compassionnelle	200
Burn-out	38
STS	3
Happy	127
Autre	824

L'analyse ProQol révèle donc que 200 praticiens sur les 1192 enquêté(e)s seraient touchés, ou du moins fortement à risque, de fatigue compassionnelle, soit 16,8% des individus ayant répondu à l'enquête. Ce chiffre est d'autant plus alarmant que le syndrome est encore peu connu dans la profession, il n'est pas difficile d'imaginer une sous-estimation de ce dernier. En comparaison, 3% des répondants semblent affectés par un burn-out, syndrome connu comme épidémique dans la profession si l'on considère les conditions de travail. Ainsi fragilisés, ces individus sont plus susceptibles de développer une symptomatologie adhérente à la fatigue compassionnelle.

3.4.2.2 Statistiques descriptives associées au test de stigmatisation

Parallèlement au questionnaire ProQol, le test de stigmatisation permet d'évaluer la considération des vétérinaires praticiens envers la demande d'aide psychologique. De l'analyse de ce test, il ressort les statistiques présentes dans le tableau VIII ci-dessous.

Tableau VIII : Répartition de l'échantillon de vétérinaires praticiens issus de l'échantillon selon la considération portée à l'aide psychologique (Cointot, 2021)

Statut	Effectif
Neutre	936
Volontaire	254
Non-volontaire	2

Avec des profils majoritairement neutres (79%), les vétérinaires praticiens de l'échantillon ne semblent présenter ni préjugé, ni attrait, envers la demande d'aide psychologique. Faire appel à une tierce personne, professionnel de santé ou proche, afin de verbaliser et partager un mal-être n'est donc pas stigmatisé par les individus de l'échantillon. La majorité de ces individus pourraient donc envisager une aide extérieure dans le cas de détresse psychologique.

3.4.3 Analyses univariées

3.4.3.1 Analyse d'impact de facteurs qualitatifs sur la fatigue compassionnelle par le test du khi-deux

Pour rappel, le test du khi-deux intervient dans l'étude de relations entre facteurs de risque qualitatifs et syndrome de fatigue compassionnelle. Pour ce faire, les résultats du test ProQol sont croisés avec les-dits facteurs de risque. Une relation peut être établie entre un facteur de risque présumé et la fatigue compassionnelle chez le praticien dans le cas où la valeur du khi-deux observé est inférieure à celle du khi-deux de référence pour un risque de première espèce alpha égal à **0,05, ou dans celui où la p-value observée est inférieure à 0,01**. L'analyse de ce test se fonde sur cette dernière condition. Une p-value observée inférieure à 0,01 pour une variable qualitative donnée s'accompagnera de l'analyse d'histogrammes associés à cette dernière au regard de la fatigue compassionnelle par programmation en langage Python. Les résultats sont présentés dans les tableaux et figures ci-après. Les diagrammes associés à une p-value supérieure à 0,01 ne permettant pas d'impliquer le facteur de risque hypothétique testé dans le développement de la fatigue compassionnelle ne sont pas présentés dans cette partie; ils sont insérés en Annexe 3 à 19.

Etude des facteurs sociodémographiques : Genre, Situation matrimoniale et Présence d'enfant(s) dans le foyer

Tableau IX : Evaluation de l'impact des facteurs qualitatifs sociodémographiques dans le développement de la fatigue compassionnelle parmi les vétérinaires praticiens échantillonnés par observation des p-value associées et issues du test du khi-deux (Cointot, 2021)

Variable testée	p-value observée
Facteurs sociodémographiques	
Genre	1
Situation matrimoniale	0,058
Présence d'enfant(s) dans le foyer	0,002

Genre

La question « 5.1 Vous êtes » portant sur le genre de l'enquêté(e) proposait une réponse binaire homme / femme. Selon le tableau IX, la p-value observée associée au genre dans le test du khi-deux est supérieure à 0,01, ce qui réfute l'impact de ce facteur, pourtant impliqué par la littérature, dans le développement de la fatigue compassionnelle chez les praticiens vétérinaires en France.

Situation matrimoniale

La question « 5.3 A propos de votre situation matrimoniale, vous êtes : » proposait également une réponse binaire célibataire / en couple. De la même manière que pour le genre, la p-value associée au statut matrimonial est supérieure à 0,01, montrant par conséquent une absence de dépendance entre ce facteur et le développement de la fatigue compassionnelle.

Présence d'enfant(s) dans le foyer

Une réponse fermée oui/non était proposée à la question « 5.4 Vivez-vous avec des enfants ? ». Conformément aux données recensées dans le tableau X, la p-value associée à la présence d'enfant(s) dans le foyer est significativement inférieure à la p-value de référence. L'analyse de la dépendance entre ce facteur de risque et le syndrome de fatigue compassionnelle dans la profession nécessite la description de la Figure 15 ci-dessous.

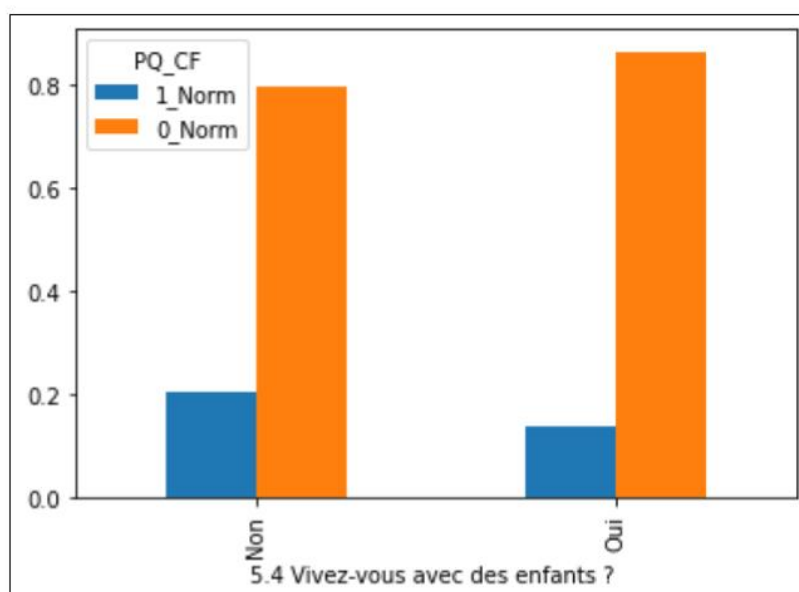


Figure 15 : Répartition des répondants selon la présence d'enfant(s) dans le foyer et le profil 1_Norm (atteint de fatigue compassionnelle) ou 0_Norm (non atteint de fatigue compassionnelle) selon le test du khi-deux (Cointot, 2021)

20% des individus de l'échantillon vivant sans enfants présentent un statut atteint de fatigue compassionnelle, là où seulement 13,6% de ceux vivant avec des enfants présentent le même statut. Ainsi, la présence d'enfants dans le foyer (les siens ou issus d'une recombinaison familiale) constitue un facteur protecteur au regard du syndrome de fatigue compassionnelle. Bien qu'associés à une forme de fatigue par la demande d'attention qu'ils nécessitent, les enfants constituent une source de divertissement renforçant le sentiment de bien-être, et la cohésion au sein de la cellule familiale. De ce fait, vivre avec des enfants semble s'opposer à l'isolement social chez le praticien.

Etude des facteurs socioprofessionnels: pratique et exercice

Tableau X : Evaluation de l'impact des facteurs qualitatifs socioprofessionnels dans le développement de la fatigue compassionnelle parmi les vétérinaires praticiens échantillonnés par observation des p-value associées et issues du test du khi-deux (Cointot, 2021)

Variable testée	p-value observée
Facteurs socioprofessionnels	
Pratique	0,42
Exercice	0,0003

Pratique

La question « 5.4 Quelle pratique vétérinaire en clientèle avez-vous ? » acceptait une réponse unique parmi une liste de choix : canine / NACs, rurale, équine, mixte canine / rurale, mixte canine / équine, mixte rurale / équine, mixte canine / rurale / équine. La possibilité de cocher la pratique « Autre » était donnée, les réponses redirigées vers l'une des pratiques présentées ci-dessus. Les réponses hors-sujet n'ont pas été prises en compte; elles demeurent minoritaires.

La p-value observée dans le khi-deux associée à la variable *pratique* est nettement supérieure à 0,01, p-value de référence. Ces résultats excluent l'impact de la pratique dans le développement du syndrome de fatigue compassionnelle dans ma profession.

Exercice

Le format de la question « 5.9 Vous êtes : » reprenait celui de la question portant sur la pratique avec une proposition de réponse unique parmi une liste de choix : vétérinaire libéral salarié(e), vétérinaire collaborateur/trice libéral, vétérinaire libéral associé(e), vétérinaire libéral exerçant seul(e) en clientèle ainsi que la possibilité de cocher l'exercice « Autre ». La p-value associée à l'exercice dans le test du khi-deux est inférieure à 0,01, p-value de référence, ce qui permet de considérer ce facteur comme facteur de risque. Une analyse complémentaire de la dépendance entre l'exercice et la fatigue compassionnelle dans la profession est permise par la Figure 16 ci-dessous.

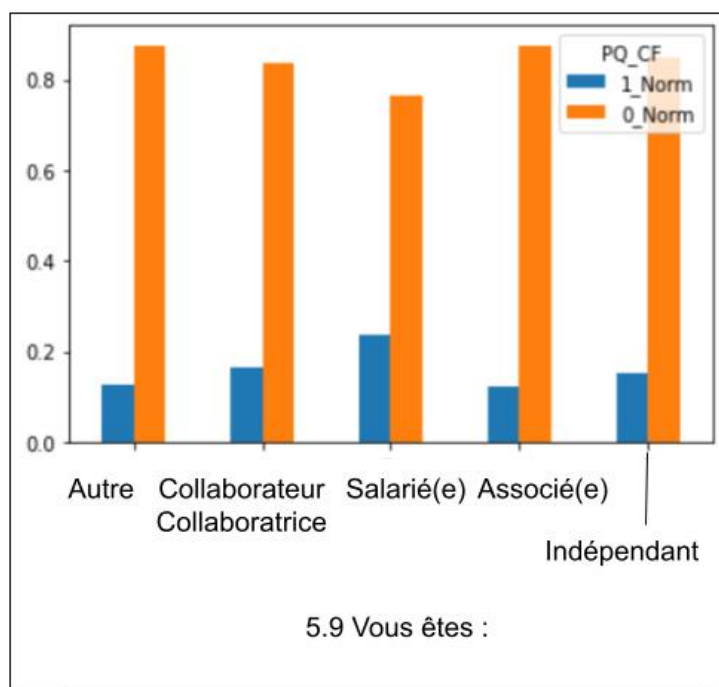


Figure 16 : Répartition des répondants selon l'exercice professionnel et le profil 1_Norm (atteint de fatigue compassionnelle) ou 0_Norm (non atteint de fatigue compassionnelle) selon le test du khi-deux (Cointot, 2021)

44% des vétérinaires en exercice libéral associé semblent touchés par le syndrome de fatigue compassionnelle. En comparaison, 33% des salariés vétérinaires du secteur libéral de cet échantillon présenteraient le même syndrome, alors que seulement 15,6% des collaborateurs et collaboratrices libéraux seraient impactés. Un premier regard sur l'exercice professionnel aurait incriminé l'activité individuelle comme facteur de risque tant elle ne semble pas favoriser l'échange et renforcerait l'isolement social. Cependant, la gestion administrative, juridique et relationnelle du point de vue de l'équipe, attendue dans le poste d'associé ajoute une pression supplémentaire au praticien, qui semble alors plus sujet au développement du syndrome de fatigue compassionnelle.

Étude d'autres facteurs qualitatifs : repos en lendemain de garde, qualités des rapports entre collègues, soutien par l'entourage (collègues, amis, famille), sentiment d'isolement, présence d'un traumatisme vécu par soi-même dans le cadre du travail, hors cadre du travail, par les collègues et les propriétaires d'animaux, présence d'un trouble addictif dont le détail suivra dans la présentation des résultats s'y rapportant.

Tableau XI : Evaluation de l'impact d'autres facteurs de risque hypothétiques qualitatifs dans le développement de la fatigue compassionnelle parmi les vétérinaires praticiens échantillonnés par observation des p-value associées et issues du test du khi-deux (Cointot, 2021)

	Variable testée	p-value observée
	Statut stigmatisation aide psy	0,4
	Repos en lendemain de garde	0,19
	Qualité des rapports - collègues	1,45. 10 ⁻¹²
Soutien par l'entourage:	Collègues	1,86.10 ⁻¹¹
	Amis	0,005
	Famille	0,002
	Sentiment d'isolement	4,14.10 ⁻²⁴
Présence d'un vécu traumatique	Soi-même, au travail	0,001
	Soi-même, hors cadre travail	0,35
	Collègues	0,57
	Propriétaire de l'animal	0,18
Présence d'un trouble du comportement addictif / alimentaire	Tabagisme	0,40
	Alcoolisme	0,21
	Anorexie	0,56
	Boulimie	0,001
	Sucre	0,96
	Caféine	1
	Bigorexie	0,11
	Ecrans	0,64
	Jeux-vidéos	0,95
	Psychotropes	0,10
Drogue	1	

Statut résultant du test de stigmatisation et d'aide psychologique

A l'issue de ce test et par le biais de la programmation en langage Python, le répondant se voit attribuer le statut « Volontaire », « Neutre » ou « Non-volontaire » face à la considération d'une aide psychologique.

Proposé comme facteur de risque hypothétique, ce statut expliquerait d'autant plus l'isolement social dans lequel le praticien se renferme. La p-value associée à cet élément ne permet pas de l'inclure comme facteur de risque dans le développement de la fatigue compassionnelle, sur la base de l'échantillon testé.

Repos en lendemain de garde

La question portant sur le repos en lendemain de garde proposait quatre types de réponses : absence de garde, absence de repos en lendemain de garde, une demie journée ou une journée pleine.

Étonnement, la p-value associée à ce facteur de risque hypothétique dans le développement du syndrome de fatigue compassionnelle parmi les vétérinaires praticiens de l'échantillon est supérieure à la valeur de référence, autrement dit, le repos en lendemain de garde ne présente aucun lien avec le statut de fatigue compassionnelle selon le test du khi-deux appliqué à l'échantillon testé. Considérer une absence de repos suite à une astreinte / garde comme source de fatigue physique et psychologique intense sur le long terme aurait été légitime.

La qualité des rapports entre collègues

La question « 2.5 Comment évaluez-vous la qualité de vos rapports entre collègues, et plus généralement l'ambiance dans votre structure de travail? » proposait une échelle graduée en quatre modalités, de très mauvaise à excellente.

Le tableau XI indique une p-value associée significativement inférieure à la p-value de référence, ce qui tend à considérer la qualité des rapports entre collègues comme facteur de risque avéré dans le syndrome étudié dans l'échantillon de vétérinaires. Un intérêt est alors porté à l'histogramme ci-dessous afin de préciser ces résultats.

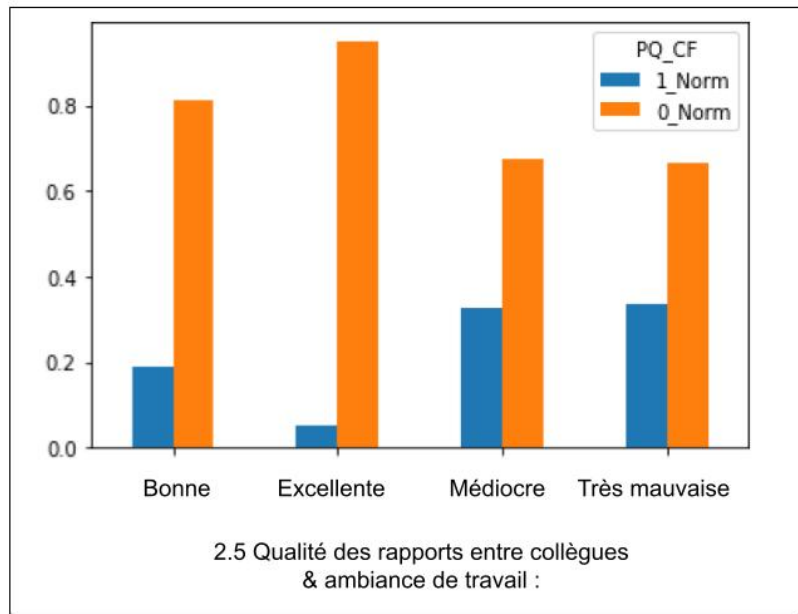


Figure 17 : Répartition des répondants selon leur évaluation de l'ambiance dans leur structure ainsi que la qualité de leur rapport avec leurs collègues au travail, et le profil 1_Norm (atteint de fatigue compassionnelle) ou 0_Norm (non atteint de fatigue compassionnelle) selon le test du khi-deux (Cointot, 2021)

Bien que 63% des vétérinaires praticiens de l'échantillon qualifient leurs relations entre collègues de bonnes, 26% les jugeant même d'excellentes, et qu'ils semblent majoritairement ne pas présenter de fatigue compassionnelle, les pourcentages restants associés à une ambiance au travail médiocre, voire très mauvaise, présentent de fortes proportions d'individus touchés ou à haut risque de développer ce syndrome. Comme le suggère la littérature et selon les réponses de cet échantillon, les relations confraternelles et l'ambiance au travail sont donc des facteurs protecteurs importants.

Le soutien par l'entourage : collègues, amis, familles

De la même manière que pour la qualité des rapports entre collègues, la question 2.6 proposait d'évaluer le soutien respectivement par les collègues, les amis et la famille en échelle graduée comme la question précédente.

Les p-valuées associées à ces facteurs de risque hypothétiques sont toutes inférieures à la p-value de référence, ce qui semble impliquer ces éléments dans le développement de fatigue compassionnelle. Une attention est donc portée aux diagrammes se référant aux réponses des enquêté(e)s et présentées respectivement en Figure 18, 19 et 20.

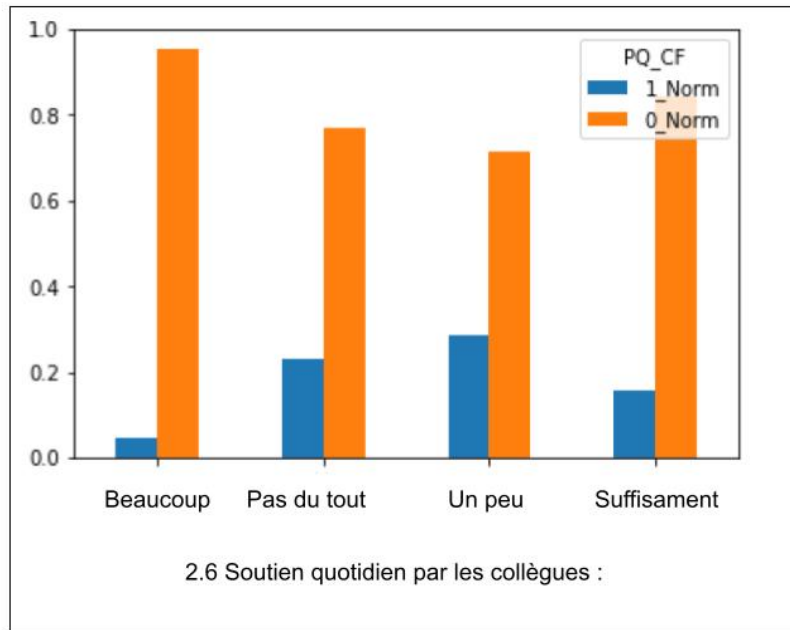


Figure 18 : Répartition des répondants selon leur évaluation du soutien proposé par leurs collègues de travail, et le profil 1_Norm (atteint de fatigue compassionnelle) ou 0_Norm (non atteint de fatigue compassionnelle) selon le test du khi-deux (Cointot, 2021)

52% des répondants déclarent se sentir suffisamment soutenus par leurs collègues de travail, contre seulement 6% affirmant ne pas l'être. Les vétérinaires praticiens peu ou pas soutenus par leurs confrères et consoeurs semblent plus touchés par le syndrome de fatigue compassionnelle. L'historgramme suivant présente les résultats relatifs au soutien par les amis.

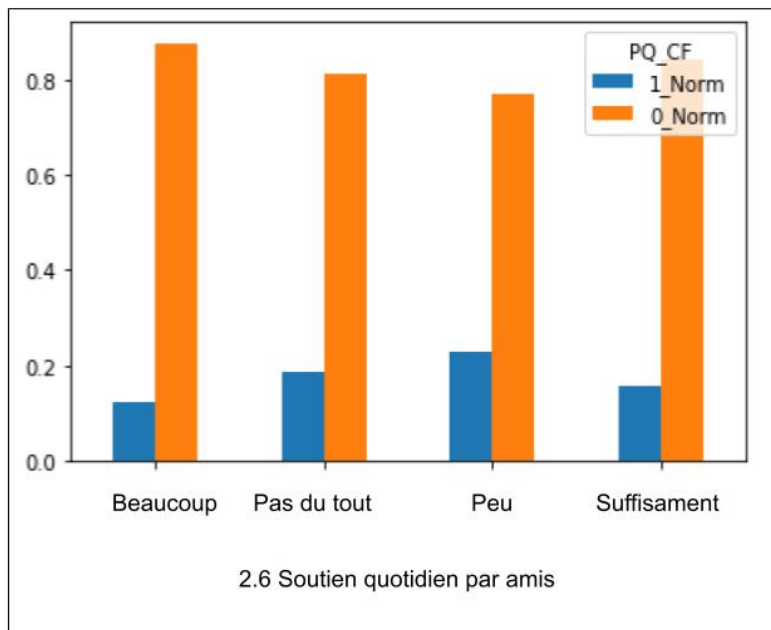


Figure 19 : Répartition des répondants selon leur évaluation du soutien proposé par leurs amis, et le profil 1_Norm (atteint de fatigue compassionnelle) ou 0_Norm (non atteint de fatigue compassionnelle) selon le test du khi-deux (Cointot, 2021)

De la même manière que pour le soutien porté entre confrères et consoeurs, la Figure 19 indique que les individus présentant peu ou pas de soutien dans la sphère amicale semblent plus à risque de développer la fatigue compassionnelle. 48% des enquêté(e)s ont révélé se sentir suffisamment soutenus par leurs amis, tandis que seulement 5,3% d'entre eux ont déclaré ne pas l'être du tout. Enfin, le diagramme suivant présente les résultats relatifs au soutien au sein de la cellule familiale.

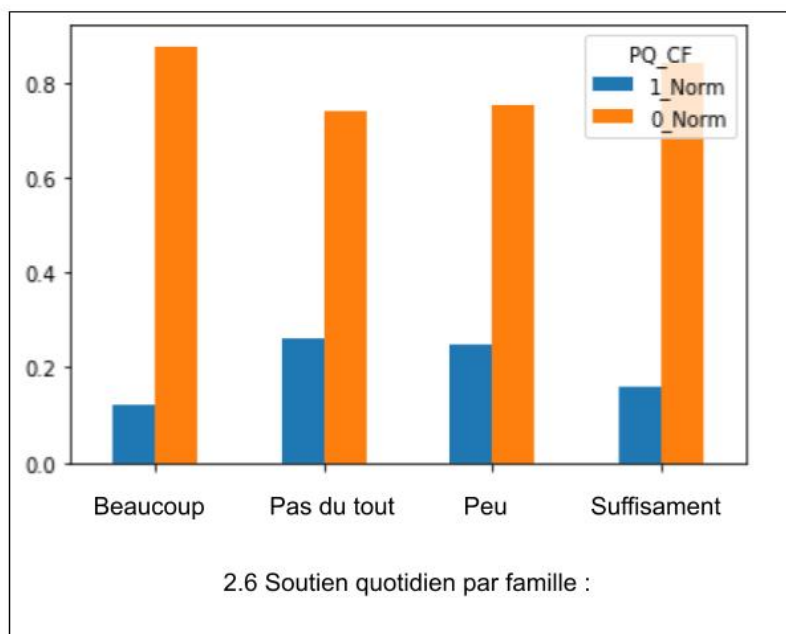


Figure 20 : Répartition des répondants selon leur évaluation du soutien proposé par leur famille, et le profil 1_Norm (atteint de fatigue compassionnelle) ou 0_Norm (non atteint de fatigue compassionnelle) selon le test du khi-deux (Cointot, 2021)

Comme pour le soutien de confrères / consoeurs et d'amis, le soutien de la famille semble représenter un facteur protecteur important puisque les individus ayant déclaré en recevoir peu ou pas du tout sont plus susceptibles de développer le syndrome de fatigue compassionnelle. A titre informatif, 43,4% rapportent bénéficier d'un soutien suffisant de la part de leur famille, contre seulement 3,5% d'entre eux qui jugent ne pas en recevoir.

Sentiment d'isolement social

La p-value associée à la question « 2.7 Vous arrive-t-il de vous sentir seul(e), isolé(e)? » relativement à la variable PQ_CF est significativement inférieure à la p-value de référence d'une valeur de 0,01. La littérature incriminait déjà l'isolement social comme facteur de risque impliqué dans la fatigue compassionnelle, les résultats de l'analyse portant sur l'échantillon de vétérinaires praticiens de cette enquête corroborent cette affirmation. La figure 21 apporte des précisions sur ses réponses.

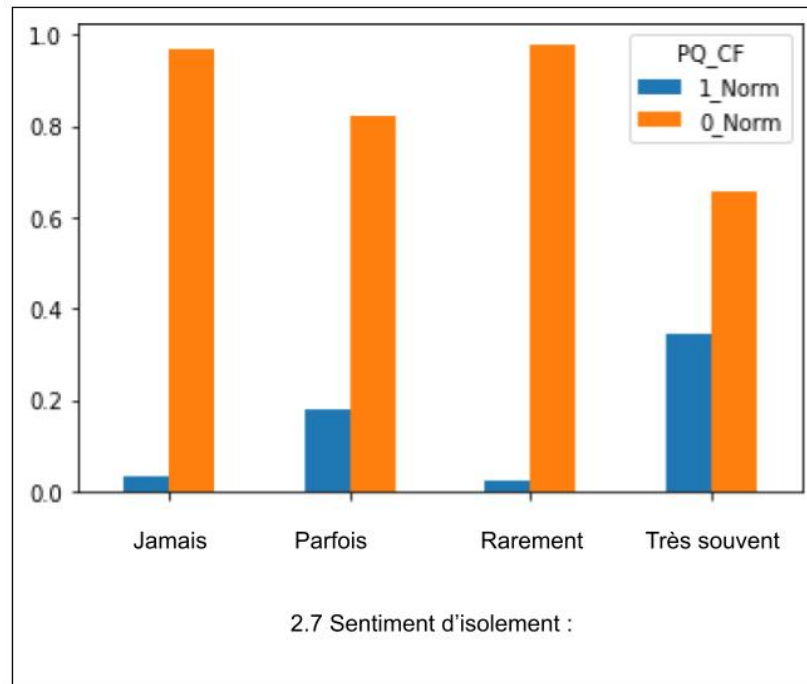


Figure 21 : Répartition des répondants selon leur sentiment d'isolement, et le profil 1_Norm (atteint de fatigue compassionnelle) ou 0_Norm (non atteint de fatigue compassionnelle) selon le test du khi-deux (Cointot, 2021)

La majorité des répondants se sent parfois isolés (47,6%) et 21,8% jugent l'être très souvent, contre seulement 8% qui rapportent ne jamais ressentir cette solitude. Par ailleurs, selon la Figure 21, la majorité de ceux qui présentent les symptômes attribuables à la fatigue compassionnelle ont déclaré se sentir parfois à très souvent isolé(e).

Ainsi, les *rappports entre collègues* ainsi que les démonstrations de *soutien* de ces derniers, mais également de l'*entourage proche* (amis, famille) semblent constituer des facteurs de risque avérés. Comme suggéré dans la littérature, des relations confraternelles et un support amical et familial éloignent l'isolement social. En adéquation avec cette interprétation, le *sentiment d'isolement* se révèle par ailleurs être un facteur de risque important. Briser le repli sur soi par l'échange avec ses pairs et son entourage semblent être des facteurs protecteurs face au développement de la fatigue compassionnelle.

Présence d'un vécu traumatique par : soi-même au travail, en dehors du cadre du travail, par les confrères / consoeurs ainsi que les propriétaires d'animaux

La question « 2.8 Vous avez déjà rencontré les situation suivantes: » déclinait les multiples combinaisons de situations traumatiques présentées dans le titre ci-dessus et attendait une réponse binaire oui/non.

D'après le Tableau XI, seule la p-value associée au traumatisme vécu par le praticien dans le cadre de son exercice pratique est inférieure à la p-value de référence. Les traumatismes vécus par le praticien hors cadre du travail, par ses confrères / consoeurs, ou encore les propriétaires d'animaux ne sont pas retenus comme étant des facteurs de risque de la fatigue compassionnelle chez les vétérinaires praticiens selon le test du khi-deux mené sur l'échantillon testé.

La Figure 22 précise les résultats relatifs à l'implication du vécu traumatique du praticien dans le cadre de son travail dans le syndrome de fatigue compassionnelle.

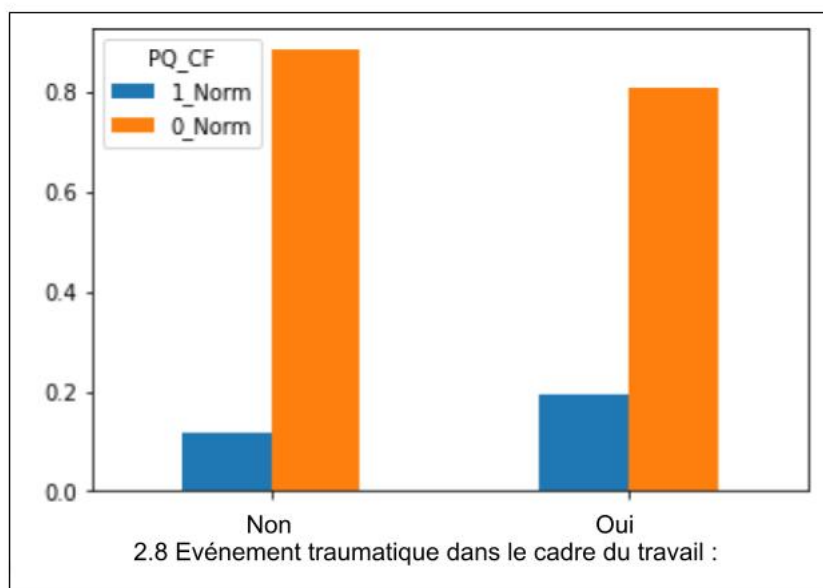


Figure 22 : Répartition des répondants selon leur vécu traumatique dans le cadre du travail, et le profil 1_Norm (atteint de fatigue compassionnelle) ou 0_Norm (non atteint de fatigue compassionnelle) selon le test du khi-deux (Cointot, 2021)

67% des répondants déclarent avoir vécu un traumatisme dans le cadre de leur boulot; les individus ayant souffert d'un tel événement présentent de plus haut risque de développer le syndrome de fatigue compassionnelle, corroborant les données de la littérature à ce sujet.

Présence de trouble(s) addictif(s)

La question portant sur les troubles addictifs présente une possibilité de réponse à choix multiples : tabagisme, alcoolisme, anorexie, boulimie, addiction au sucre, à la caféine, bigorexie, addiction aux écrans, aux jeux vidéos, aux psychotropes ou encore à la drogue. L'option « Autre » est également incluse dans les modalités de réponse, pour les individus n'ayant pas trouvé satisfaction avec la liste proposée.

Seule la p-value associée à la dépendance entre boulimie et fatigue compassionnelle est retenue d'après le test du chi-deux. La Figure 23 ci-dessous précise cette relation de dépendance.

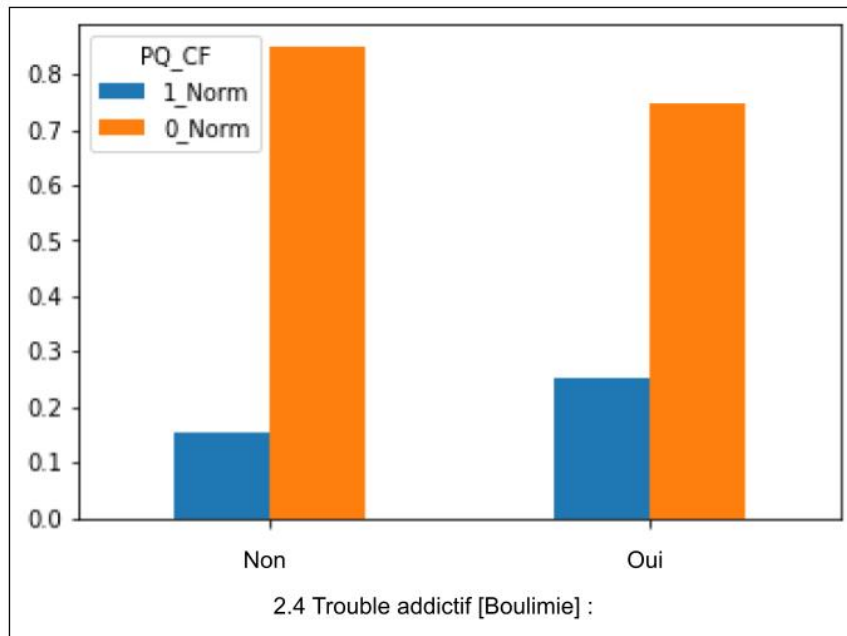


Figure 23 : Répartition des répondants selon la correspondance des profils boulimiques avec 1_Norm (atteint de fatigue compassionnelle) ou 0_Norm (non atteint de fatigue compassionnelle) selon le test du khi-deux (Cointot, 2021)

15,6% des vétérinaires enquêté(e)s sont atteints de boulimie. Conformément à la Figure 23, il semblerait que ce trouble du comportement alimentaire soit lié à la fatigue compassionnelle puisque les individus atteints de ce syndrome sont plus nombreux parmi les profils boulimiques positifs.

CONCLUSION TEST DU KHI-DEUX - FACTEURS DE RISQUE QUALITATIFS ET FATIGUE COMPASSIONNELLE

L'analyse descriptive du test du khi-deux portant sur les relations entre chaque facteur de risque hypothétique qualitatif et le statut PQ_CF associé au syndrome de fatigue compassionnelle révèle les résultats suivants :

- facteurs sociodémographiques : la *présence d'enfant(s) dans le foyer* semble constituer un effet protecteur face au développement d'un tel syndrome. Cependant, ni le genre ni la situation matrimoniale n'interviennent dans ce processus.
- facteurs socioprofessionnels : l'exercice est incriminé comme facteur de risque avec une sur-représentativité du *statut d'associé* en structure vétérinaire.
- autres facteurs qualitatifs : les *rapports entre collègues* ainsi que les démonstrations de *soutien* de ces derniers, mais également de *l'entourage proche* (amis, famille) semblent constituer des facteurs de risque avérés. Comme suggéré dans la littérature, des relations confraternelles et un support amical et familial éloignent l'isolement social. En adéquation avec cette interprétation, le *sentiment d'isolement* se révèle par ailleurs être un facteur de risque important. Briser le repli sur soi par l'échange avec ses pairs et son entourage semblent être des facteurs protecteurs face au développement de la fatigue compassionnelle.

La présence d'un *traumatisme vécu par l'individu dans le cadre du travail* favoriserait le développement de la fatigue compassionnelle, sans surprise si l'on considère la base traumatique constituant ce syndrome. En revanche, un traumatisme subi en dehors du travail, ou la connaissance d'un événement traumatique parmi les collègues ou les clients ne semblent pas prédisposer au développement d'un tel syndrome.

Enfin, la *boulimie* semble être le seul trouble du comportement relié au développement du syndrome de fatigue compassionnelle; il est surprenant de considérer la boulimie comme l'unique stratégie « addictive » de coping face au mal-être individuel.

Ces résultats apparaissent d'ores et déjà probants dans la recherche de facteurs de risque associés au développement du syndrome de fatigue compassionnelle dans la profession.

Comme le mentionne la partie 3.3.4.1, un traitement statistique invoquant les variables numériques sous-jacentes à la variable qualitative PQ_CF complète cette analyse des facteurs de risque sur le syndrome de fatigue compassionnelle dans la profession.

3.4.3.2 Etude complémentaire de l'impact des facteurs qualitatifs sur la fatigue compassionnelle par l'ANOVA

L'ANOVA est une méthode analytique de traitement de données quantitatives et qualitatives. Dans le cadre de cette étude, elle est employée afin de rechercher une relation entre les variables quantitatives tBO, tSTS et tCS, issues de l'analyse ProQOI et dont dépend la variable PQ_CF, et chaque facteur de risque hypothétique, variables qualitatives, dont les premiers résultats sont présentés dans la partie précédente.

L'objectif de cette analyse est de préciser les résultats démontrés par le test du khi-deux précédemment mené sur les variables qualitatives. Les résultats de l'ANOVA sont explicités dans le tableau VIII ci-après. Une relation de dépendance entre un facteur de risque hypothétique et le syndrome de fatigue compassionnelle est établie à condition que la p-value associée à chaque variable numérique tBO, tSTS et tCS est inférieure ou égale à 0,01. Les données reportées en caractères gras dans les tableaux XIII, XIV et XV indiquent l'existence d'une relation entre les variables numérique et qualitative testées.

Facteurs sociodémographiques

Tableau XII : Evaluation de l'impact de facteurs qualitatifs sociodémographiques dans la triade burn-out, stress traumatique secondaire et satisfaction de compassion composant la fatigue compassionnelle parmi les vétérinaires praticiens échantillonnés par observation des p-value associées et issues du traitement statistique ANOVA (Cointot, 2021)

Variables testées	tBO	tSTS	tCS
Facteurs sociodémographiques			
Genre	0,9	3,7.10⁻¹⁶	0,88
Situation matrimoniale	0,008	0,006	0,9
Présence d'enfant(s) dans le foyer	0,14	0,006	0,0005

En considérant les p-value de l'analyse ANOVA calculées par programmation en langage Python, les résultats ci-dessous complètent ceux présentés à l'issue du test du khi-deux en y apportant un niveau de précision supplémentaire :

En considérant les p-values inférieures à 0,01 à l'issue de l'ANOVA, l'importance des variables qualitatives sociodémographiques est à reconsidérer dans le développement de la fatigue compassionnelle. En effet, cette analyse statistique relie le *genre* avec le développement d'un *stress traumatique secondaire*, ce qui étaye les données de la littérature mentionnant les femmes vétérinaires comme plus sensibles au stress que leurs homologues masculins, et, par conséquent, plus susceptibles de présenter la symptomatologie de la fatigue compassionnelle. La *situation matrimoniale* du répondant est également reliée à un haut niveau de burn-out et de stress traumatique secondaire, le statut célibataire étant plus à risque; par l'unité de partage et de soutien formée par le couple, ce dernier statut semble donc conférer une forme de protection à l'individu qui en jouit.

Facteurs socioprofessionnels

Tableau XIII : Evaluation de l'impact de facteurs qualitatifs socioprofessionnels dans la triade burn-out, stress traumatique secondaire et satisfaction de compassion composant la fatigue compassionnelle parmi les vétérinaires praticiens échantillonnés par observation des p-value associées et issues du traitement statistique ANOVA (Cointot, 2021)

VARIABLES TESTÉES	tBO	tSTS	tCS
Facteurs socioprofessionnels			
Pratique	0,02	0,02	0,02
Exercice	0,05	0,03	2,4.10⁻⁹

Les p-values observées associées à la pratique vétérinaire (canine/NACs, rurale, équine, mixte, etc) se situent au-dessus du seuil de référence établi à 0,01, par conséquent, ni l'ANOVA ni le khi-deux n'implique ce facteur comme facteur de risque lié au syndrome de fatigue compassionnelle. En revanche, si l'exercice ne semble pas relié aux t-scores du burn out et du stress traumatique secondaire, il influence la satisfaction de compassion. L'algorithme Python appliqué à l'ANOVA corrobore les résultats du khi-deux en ce qui concerne les facteurs socioprofessionnels, en incriminant particulièrement le statut d'associé comme souffrant d'un manque de satisfaction de compassion.

Autres facteurs de risque qualitatifs testés

Tableau XIV : Evaluation de l'impact d'autres facteurs de risque qualitatifs dans la triade burn-out, stress traumatique secondaire et satisfaction de compassion composant la fatigue compassionnelle parmi les vétérinaires praticiens échantillonnés par observation des p-value associées et issues du traitement statistique ANOVA (Cointot, 2021)

		tBO	tSTS	tCS
Autres facteurs de risque hypothétiques				
	Stigmatisation d'aide psychologique	0,04	0,44	0,002
	Repos en lendemain de garde	0,004	0,89	0,70
	Rapports entre collègues	1,6.10⁻³¹	3,5. 10⁻¹¹	1,6. 10⁻²⁴
Soutien par l'entourage:	Collègues	5,7.10⁻²⁴	9,8.10⁻¹¹	6,1.10⁻¹⁸
	Amis	7,6.10⁻²³	0,004	5,8.10⁻¹¹
	Famille	2,9.10⁻¹⁷	4,2.10⁻⁷	4,7.10⁻⁵

	Sentiment d'isolement	2.10⁻⁹²	4,5.10⁻⁵⁰	7,4.10⁻³⁵
Présence d'un vécu traumatique	Soi-même, au travail	0,0009	2,7.10⁻¹²	0,15
	Soi-même, hors cadre travail	0,32	0,004	0,14
	Collègues	0,6	0,01	0,6
	Propriétaire de l'animal	0,7	0,0005	0,08
Présence d'un trouble du comportement addictif / alimentaire	Tabagisme	1,9.10⁻⁶	0,09	0,007
	Alcoolisme	5,6.10⁻⁸	0,0001	0,009
	Anorexie	4.1.10⁻⁵	0,002	0,06
	Boulimie	1.05.10⁻¹⁴	9,44.10⁻¹⁵	0,001
	Sucre	0,14	0,81	0,6
	Caféine	0,39	0,009	0,54
	Bigorexie	0,12	0,05	0,16
	Ecrans	0,38	0,09	0,89
	Jeux-vidéos	0,02	0,38	0,005
	Psychotropes	0,05	2,43.10⁻⁵	0,21
	Drogue	Données non exploitables		

En considérant les p-value de l'analyse ANOVA calculées par programmation en langage Python, les résultats ci-dessous complètent ceux présentés à l'issue du test du khi-deux en y apportant un niveau de précision supplémentaire :

- Le statut associé à la stigmatisation et à l'aide psychologique n'avait pas été considéré, sur les bases du test du khi-deux, comme ayant un impact sur le syndrome de fatigue compassionnelle dans la profession. L'ANOVA invite à reconsidérer que ce statut influence la satisfaction de compassion, ce qui ne paraît pas surprenant étant donné que la stigmatisation est impliquée dans la notion d'estime de soi.
- Alors que, de manière surprenante, le test khi-deux n'avait pas établi de relation particulière entre le repos en lendemain d'astreinte / garde et la fatigue compassionnelle, l'analyse ANOVA montre une dépendance entre ce facteur de risque hypothétique et le développement d'un burn-out. Il n'est pas difficile de concevoir que le système de gardes / astreintes soit d'autant plus pesant qu'il est rarement suivi d'un repos.
- Les rapports entre collègues et le soutien par l'entourage (collègues, amis, famille) apparaissent reliés aux trois variables numériques tBO, tSTS et tCS, ce qui corrobore les résultats du test du khi-deux mené précédemment. De la même manière, le sentiment d'isolement est également impliqué dans le développement d'un burn-out et

d'un stress traumatique secondaire, et s'oppose à une satisfaction de compassion au travail. Ces données confirment l'importance du support psychologique professionnel et personnel comme facteur protecteur contre la fatigue compassionnelle.

- La présence d'un *vécu traumatique au travail*, mais également *hors cadre professionnel*, voire d'un *traumatisme vécu par des collègues et/ou les clients*, intervient dans le développement d'un stress traumatique secondaire chez le praticien. Les individus de l'échantillon semblent donc sensibles au stress et au contenu traumatique inhérent à la sphère professionnelle, stress accentué par un traumatisme ou toute autre source de stress dans leur vie personnelle. Composante de la fatigue compassionnelle, le stress traumatique secondaire est l'un des points importants à surveiller chez le praticien.
- Enfin, si la *boulimie* était le seul trouble du comportement relié au syndrome de fatigue compassionnelle par le test du khi-deux, l'analyse ANOVA confirme ce résultat en y ajoutant le *tabagisme*, *l'alcoolisme* et *l'anorexie* comme facteurs de risque dans le développement de la fatigue compassionnelle. En effet, ces comportements peuvent représenter des stratégies d'adaptation face au stress quotidien. Par ailleurs, la consommation de psychotropes semble également liée au stress traumatique secondaire, ces substances étant probablement utilisées par le praticien dans le but de soulager un état de stress chronique. L'addiction à la drogue ne concernait qu'un seul individu, de ce fait les données sur la dépendance potentielle entre ce facteur de risque hypothétique et la fatigue compassionnelle n'ont pas pu être exploitées.

CONCLUSION ANOVA - FACTEURS DE RISQUE QUALITATIFS ET T-SCORES ASSOCIES A LA FATIGUE COMPASSIONNELLE

Doubler le test du khi-deux de l'ANOVA enrichit l'analyse des facteurs de risque hypothétiques qualitatifs relativement au syndrome de fatigue compassionnelle.

- facteurs sociodémographiques : sans surprise au regard de la littérature théorisant déjà son implication, les femmes de l'échantillon semblent plus touchées que leurs homologues masculins. L'ANOVA complète les résultats obtenus dans le test du khi-deux en incriminant la situation matrimoniale, les célibataires sans enfants semblent plus susceptibles de souffrir d'isolement social.
- facteurs socioprofessionnels : l'analyse algorithmique confirme les résultats du khi-deux ayant montré une vulnérabilité accrue du statut associé au risque de fatigue compassionnelle, par diminution de la satisfaction de compassion. La pratique vétérinaire ne semble pas impliquée dans ce syndrome, sur la base de l'échantillon testé.
- autres facteurs de risque : les résultats de l'ANOVA confirment l'importance de la qualité des rapports entre confrères / consoeurs et du soutien professionnel et personnel pour briser le sentiment d'isolement.

Un passé traumatique dans le cadre du travail était déjà mis en cause par le test du khi-deux; l'ANOVA révèle qu'un contenu traumatique vécu par le praticien en dehors de son travail, par ses collègues, ou la connaissance d'un traumatisme vécu par les propriétaires d'animaux sont des facteurs liés au développement d'un stress traumatique secondaire. Ce dernier étant une composante de la fatigue compassionnelle, l'existence de ces facteurs semble fragiliser le vétérinaire et le prédispose à développer la fatigue compassionnelle.

Enfin, alors que le seul comportement addictif relié à ce syndrome selon le test du khi-deux était la boulimie, l'ANOVA y ajoute l'anorexie, autre trouble du comportement alimentaire, ainsi que le tabagisme et l'alcoolisme. L'addiction à la caféine et la consommation de psychotropes semblent par ailleurs intervenir comme stratégies de gestion face au stress traumatique secondaire, avec le risque que ces stratégies s'essoufflent et conduisent au syndrome de fatigue compassionnelle. La pratique excessive de jeux vidéos semble quant à elle intervenir comme facteur protecteur en favorisant la satisfaction de compassion.

La combinaison de ces deux types d'analyse, test du khi-deux et ANOVA, montre l'implication de nombreux facteurs qualitatifs appartenant tant à la vie professionnelle que personnelle du vétérinaire praticien dans le syndrome de fatigue compassionnelle. L'identification de ces facteurs de risque dans le quotidien des répondants justifie la sur-exposition des vétérinaires exerçant en clientèle au développement insidieux de la symptomatologie liée à ce syndrome, préalablement évoqué dans la littérature.

Une analyse des facteurs de risque quantitatifs dans le syndrome de fatigue compassionnelle complète la précédente étude sur les facteurs de risque qualitatifs.

3.4.3.3 Analyse d'impact de facteurs quantitatifs dans le syndrome de fatigue compassionnelle par le test de corrélation de Pearson

L'étude des facteurs de risque hypothétiques quantitatifs prend la suite de celle menée sur les variables qualitatives. A cette fin, le test de corrélation de Pearson vise à évaluer l'intensité de la relation entre facteurs de risque quantitatifs et fatigue compassionnelle, par le biais de l'utilisation des t-scores tBO, tSTS et tCS. A la différence de l'ANOVA précédemment présentée, le test de corrélation de Pearson se base sur l'analyse d'une variable quantitative principale (tBO, tSTS et tCS) avec une variable quantitative secondaire (facteurs de risque hypothétiques quantitatifs). Conformément à la présentation du traitement statistique en partie 3.3.3.3, une corrélation linéaire entre les variables principales et secondaires testées deux à deux est considérée comme significative si la valeur absolue du coefficient de corrélation associé est supérieur ou égal à 0,3. Un coefficient négatif indique une corrélation linéaire négative entre la variable principale et la variable explicative testée, c'est l'inverse pour la corrélation positive. Les résultats sont présentés dans les Tableaux XVI, XVII et XVIII.

Facteurs sociodémographiques: âge et année de diplôme

Les questions portant sur l'âge et l'année de diplomation proposaient un menu déroulant de réponses, s'étalant respectivement de 24 ans à 70 ans et plus, et de 1970 à 2020.

Tableau XV : Corrélations entre les facteurs de risque quantitatifs sociodémographiques et les t-scores reliés à la fatigue compassionnelle, selon le test de corrélation de Pearson (Cointot, 2021)

	tBO	tSTS	tCS
	Facteurs sociodémographiques		
Âge	-0,05	-0,15	0,19
Année de diplôme	0,06	0,16	-0,19

L'interprétation des coefficients de corrélation de Pearson se fait en premier lieu sur la base des valeurs absolues. Si ces dernières sont significatives dans l'association de la variable quantitative secondaire testée au regard de la variable quantitative principale, une attention est ensuite portée au signe des coefficients correspondants.

Quelque soit la variable explicative âge ou année de diplomation, les coefficients calculés par le test de corrélation de Pearson et reliés aux variables principales tBO, tSTS et tCS sont compris entre 0,05 et 0,19 en valeur absolue, autrement dit, ils sont tous trop faibles pour être significatifs. Par conséquent, ce test n'établit de corrélation ni entre l'âge des praticiens et les t-scores reliés à la fatigue compassionnelle, ni entre l'année de diplomation et ces t-scores. Ces résultats sont d'autant plus étonnants qu'une variation de la capacité d'empathie en fonction de l'âge a été montrée dans la littérature; une attente logique de cette étude était de voir ce facteur impliqué dans le syndrome de fatigue compassionnelle, lui-même sous-tendue par l'empathie.

Facteurs socioprofessionnels : nombre global de vétérinaires composant l'équipe stable (permanente) et nombre d'associé(e)s dans la structure

Les questions portant respectivement sur le nombre de vétérinaires composant l'équipe stable, et le nombre d'associés de cette même équipe proposaient des modalités de réponse similaires, à savoir un choix unique parmi les possibilités respectives s'étalant de 1 à 15 vétérinaires et plus, et 1 à 10 associés et plus.

Tableau XVI : Corrélations entre les facteurs de risque quantitatifs socioprofessionnels et les t-scores reliés à la fatigue compassionnelle, selon le test de corrélation de Pearson (Cointot, 2021)

	tBO	tSTS	tCS
	Facteurs socioprofessionnels		
Nombre de vétérinaires composant l'équipe stable	-0,03	-0,03	-0,02
Nombre de vétérinaires associé(e)s composant l'équipe stable	0,01	0,02	-0,04

De la même manière que pour l'analyse des facteurs de risque quantitatifs sociodémographiques, l'interprétation des facteurs de risque quantitatifs socioprofessionnels requiert de s'intéresser en premier lieu aux valeurs absolues des coefficients de corrélations.

Ces derniers se situent entre 0,01 et 0,04 en valeur absolue, ils sont donc trop faibles pour établir une relation linéaire significative entre ces facteurs de risque hypothétiques quantitatifs et les t-scores associés à la fatigue compassionnelle. Ainsi, le test de Pearson n'inclut ni la taille de l'équipe vétérinaire stable, ni le nombre d'associés dans la structure comme facteurs de risque liés au développement de la fatigue compassionnelle. Ces résultats semblent surprenants si l'on considère ceux du khi-deux ayant montré la vulnérabilité du statut d'associé au risque de fatigue compassionnelle.

Autres facteurs de risque quantitatifs testés: nombre d'heures travaillées hebdomadaires, nombre d'astreintes hebdomadaires, temps accordé aux activités / loisirs et nombre de semaines de vacances

Les questions portant sur le nombre d'heures travaillées hebdomadaires et le temps accordé aux activités / loisirs attendaient une réponse libre chiffrée en heures.

Tableau XVII : Corrélations entre les autres facteurs de risque quantitatifs et les t-scores reliés à la fatigue compassionnelle, selon le test de corrélation de Pearson (Cointot, 2021)

	tBO	tSTS	tCS
Nombre d'heures travaillées hebdomadaires	0,16	0,008	-0,006
Nombre d'astreintes hebdomadaires	0,13	0,05	-0,02
Temps accordé aux activités / loisirs	-0,2	-0,13	0,09
Nombre de semaines de vacances	-0,17	-0,17	0,09

De la même manière que pour les coefficients associés aux facteurs sociodémographiques et socioprofessionnels quantitatifs, aucun des coefficients présentés dans le tableau XVII ne permet de considérer l'un des facteurs étudiés ici comme facteur de risque lié au syndrome de fatigue compassionnelle dans la profession. Ces résultats semblent d'autant plus étranges que la littérature évoque à plusieurs reprises le volume horaire et les astreintes comme sources de fatigue et de stress intenses, conjointement à un repos insuffisant.

CONCLUSION TEST DE CORRÉLATION DE PEARSON- FACTEURS DE RISQUE QUANTITATIFS ET T-SCORES ASSOCIÉS A LA FATIGUE COMPASSIONNELLE

Le test de corrélation de Pearson est indiqué pour étudier l'intensité de la relation entre les variables quantitatives principales tBO, tSTS, tCS avec les variables quantitatives secondaires suivantes :

- facteurs sociodémographiques : âge et année de diplomation
- facteurs socioprofessionnels : nombre de vétérinaires composant l'équipe stable, et nombre d'associé(e)s de cette équipe
- autres facteurs quantitatifs hypothétiques : nombre d'heures travaillées hebdomadaires, nombre d'astreintes hebdomadaires, temps accordé aux loisirs, et nombre de vacances.

Sur la base de l'échantillon testé, l'analyse des coefficients de corrélations associés ne permet de lier aucun de ces facteurs au développement de la fatigue compassionnelle. Ces résultats sont d'autant plus surprenants qu'ils s'opposent à la littérature.

Une seconde analyse ANOVA dans cette étude et menée face à ce manque de cohérence, est présentée dans la partie suivante.

3.4.3.4 Etude complémentaire de l'impact des facteurs quantitatifs discrétisés dans le syndrome de fatigue compassionnelle par l'ANOVA

Méthodologie

L'analyse du test de Pearson n'a montré aucune corrélation entre les facteurs de risque quantitatifs hypothétiques et les t-scores liés à la fatigue compassionnelle. Ce manque de cohérence au regard des résultats de la littérature a motivé une étude complémentaire portant sur ces facteurs de risque. Ces derniers ont été discrétisés en variables qualitatives, autrement dit, les variables quantitatives ont été simplifiées par un découpage en classes de variables qualitatives afin d'appliquer la méthodologie ANOVA. Comme dans l'ANOVA présentée en partie 3.4.3.2, les variables quantitatives demeurent les t-scores tBO, tSTS et tCS, les variables qualitatives sont représentées par les facteurs de risque quantitatifs (variables continues) hypothétiques testées dans l'analyse de Pearson, et discrétisées en facteurs de risque qualitatifs (variables discrètes).

La discrétisation soulève la problématique suivante : créer des classes en perdant le moins d'informations possible. Le nombre de classes doit s'accorder avec la longueur de la série, ainsi, la méthode de discrétisation par équidistance a été employée. L'écart entre les classes y est constant et égal à l'écart entre maximum et minimum de la série, que divise le nombre de classes souhaité. Les résultats sont présentés dans la matrice *results_interval* du code Python; les résultats les plus pertinents apparaissent avec un nombre de classes égal à 4, ils sont retenus dans les présentations des tableaux ci-dessous.

Facteurs sociodémographiques: âge

L'année de diplomation n'a pas été retenue dans la suite de l'étude : dans un premier temps envisagée conjointement à l'âge de l'enquêté(e) dans l'étude de l'influence des années d'expérience sur le syndrome de fatigue compassionnelle, l'année de diplomation n'apporte finalement aucune valeur ajoutée à l'information liée à l'âge.

Tableau XVIII : Evaluation de l'impact de facteurs quantitatifs sociodémographiques discrétisés dans la triade burn-out, stress traumatique secondaire et satisfaction de compassion composant la fatigue compassionnelle parmi les vétérinaires praticiens échantillonnés par observation des p-value associées et issues du traitement statistique ANOVA (Cointot, 2021)

Variables testées	tBO	tSTS	tCS
Facteurs sociodémographiques			
Âge	0,009	4,74.10⁻⁶	1,88.10⁻⁹

En considérant les p-value de l'analyse ANOVA calculées par programmation en langage Python, les résultats réfutent ceux présentés à l'issue du test de Pearson. En effet, les p-values étant inférieures à 0,01 pour l'ensemble des t-scores, l'importance des variables quantitatives sociodémographiques discrétisées est à reconsidérer dans le développement de la fatigue compassionnelle. Le répondant semble d'autant plus à risque de fatigue compassionnelle qu'il est *jeune*, autrement dit, qu'il compte peu d'années d'expériences à son actif.

Facteurs socioprofessionnels : nombre de vétérinaires composant l'équipe stable et nombre d'associé(e)s dans cette dernière

Tableau XIX : Evaluation de l'impact de facteurs quantitatifs socioprofessionnels discrétisés dans la triade burn-out, stress traumatique secondaire et satisfaction de compassion composant la fatigue compassionnelle parmi les vétérinaires praticiens échantillonnés par observation des p-value associées et issues du traitement statistique ANOVA (Cointot, 2021)

	tBO	tSTS	tCS
	Facteurs socioprofessionnels		
Nombre de vétérinaires composant l'équipe stable	0,27	0,28	0,19
Nombre de vétérinaires associé(e)s composant l'équipe stable	0,76	0,54	0,18

Les p-values observées associées au nombre de vétérinaires de l'équipe stable ainsi qu'au nombre d'associé(e)s de cette dernière sont nettement supérieures à 0,01. Bien que cela reste surprenant étant donné la mise en évidence de la vulnérabilité du statut associé au développement de la fatigue compassionnelle, l'ANOVA confirme les résultats obtenus par le test de Pearson pour les facteurs socioprofessionnels.

Autres facteurs de risque quantitatifs

Tableau XX : Evaluation de l'impact d'autres facteurs quantitatifs discrétisés dans la triade burn-out, stress traumatique secondaire et satisfaction de compassion composant la fatigue compassionnelle parmi les vétérinaires praticiens échantillonnés par observation des p-value associées et issues du traitement statistique ANOVA (Cointot, 2021)

	tBO	tSTS	tCS
Nombre d'heures travaillées hebdomadaires	3,31.10⁻¹¹	0,08	0,94
Nombre d'astreintes hebdomadaires	6,06.10⁻⁴	0,3	0,44
Temps accordé aux activités / loisirs	2,55.10⁻¹¹	0,01	0,003
Nombre de semaines de vacances	8,00.10⁻⁷	4,64.10⁻¹⁰	0,003

En considérant les p-value de l'analyse ANOVA calculées par programmation en langage Python, les résultats ci-dessous réfutent ceux présentés à l'issue du test de Pearson et apportent un niveau de précision supplémentaire :

- Conformément à la littérature scientifique décrivant le volume horaire et les astreintes comme sources de stress et d'intense fatigue, les p-values associées au nombre d'heures travaillées et d'astreintes hebdomadaires dans l'analyse ANOVA sont nettement inférieures à 0,01 en ce qui concerne le tBO, et supérieures pour ce qui est p-values liées aux tSTS et tCS. Ce traitement statistique permet de retrouver une cohérence avec les énoncés de la littérature et les résultats légitimes attendus, et s'oppose donc aux résultats issus de l'analyse du test de Pearson.
- De la même manière, le temps accordé aux activités / loisirs dans la vie personnelle et le nombre de semaine de vacances présentent des p-values associées aux tBO, tSTS et tCS inférieures à la p-value de référence, ce qui propulse ces facteurs comme influents dans le développement de la fatigue compassionnelle chez les vétérinaires praticiens.

CONCLUSION ANOVA - FACTEURS DE RISQUE QUANTITATIFS DISCRÉTISÉS ET T-SCORES ASSOCIÉS À LA FATIGUE COMPASSIONNELLE

A intervient en qualité d'étude complémentaire suite à l'analyse du test de Pearson pour rétablir une cohérence entre les résultats attendus dans cette analyse et ceux présentés dans la littérature scientifique. Les facteurs de risque quantitatifs hypothétiques testés dans l'analyse de variance ont été discrétisés dans l'ANOVA en variables qualitatives.

- facteur sociodémographique : seul l'âge a été retenu, les jeunes actifs semblent plus à risque de développer le syndrome de fatigue compassionnelle, ce qui complète l'étude de Kogan présentée en partie 2.3.3.1 et selon laquelle les jeunes vétérinaires ayant moins de cinq années d'expériences sont plus touchés par le syndrome de l'imposteur, mélange d'anxiété et de manque de confiance en soi pouvant conduire au développement de fatigue compassionnelle.
- facteurs socioprofessionnels : Ni le nombre de vétérinaires ni le nombre d'associé(e)s composant l'équipe stable en semblent influencer le développement de la fatigue compassionnelle chez les praticiens. La composition de l'équipe n'est donc pas un facteur de risque avéré.
- autres facteurs quantitatifs discrétisés : la charge et l'intensité du travail, quantifiées dans cette étude en nombre d'heures travaillées et en nombre d'astreintes hebdomadaires, sont des facteurs de risque de développement d'un burn-out, composante organisationnelle de la fatigue compassionnelle. Face à ces conditions de travail, le repos et le divertissement s'imposent pour recharger le capital énergie. Ne pas s'accorder du temps pour soi, c'est courir le risque d'épuiser ce carburant... et tomber en panne, ouvrant la voie à la fatigue compassionnelle.

Tableau XXI : Synthèse des variables qualitatives et quantitatives retenues comme facteurs de risque liés au développement de la fatigue compassionnelle à l'issue du traitement statistique de l'enquête parmi les vétérinaires praticiens (Cointot, 2021)

<i>Facteurs sociodémographiques</i>	<i>Profils à risque</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Âge - Genre - Situation matrimoniale - Présence d'enfant(s) dans le foyer 	<ul style="list-style-type: none"> - Jeunes actifs (< 5 ans d'expérience) - Femmes - Célibataires - Sans enfant(s) vivant dans le foyer
<i>Facteurs socioprofessionnels</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Exercice 	<ul style="list-style-type: none"> - Libéral associé(e)
<i>Autres facteurs de risque</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Vécu traumatique par soi-même ou l'entourage (collègues, propriétaires d'animaux) - Qualité des rapports au travail - Confraternité, soutien par les amis, la famille - Sentiment d'isolement - Troubles addictifs - Repos en lendemain de garde - Charge de travail (heures hebdomadaires + astreintes) - Vacances et loisirs 	<ul style="list-style-type: none"> - Présence et répétitions d'événements traumatiques - Médiocre à très mauvais - Médiocre à très mauvais - Parfois à très souvent exprimé - Tabagisme, Alcoolisme, Anorexie, Boulimie, consommation excessive de caféine et/ou psychotropes - Inexistant - Intense, présence d'astreintes - Peu développés

L'ensemble des variables secondaires figurant dans le Tableau XXI sont sélectionnées à l'issue du traitement statistique, mené sur la base de l'échantillon d'enquête, en vue de l'analyse multivariée visant à étudier l'impact de leur combinaison sur le syndrome de fatigue compassionnelle développé chez les vétérinaires praticiens. Cette analyse globale est présente dans la partie suivante.

3.4.4 Analyse multivariée des combinaisons de facteurs de risque qualitatifs et quantitatifs dans le développement de la fatigue compassionnelle chez les vétérinaires praticiens enquêtés - régression logistique

Modèle de régression logistique et optimisation de la notion seuil

Pour rappel, l'analyse multivariée étudie les inter-corrélations entre variables secondaires, ou candidates, préalablement sélectionnées dans les analyses univariées menées précédemment, pour ne conserver que celles ayant un faible taux d'inter-corrélation. Autrement dit, seules les variables interagissant peu entre elles, donc seulement avec la variable principale reliée à l'atteinte par le syndrome de fatigue compassionnelle, sont conservées et interprétées comme facteurs de risques avérés. La régression logistique est l'outil utilisé dans ce traitement statistique pour étudier les relations entre l'ensemble des variables qualitatives secondaires, et la variable qualitative principale associée au syndrome d'intérêt. Les prédictions de l'analyse logistique de l'échantillon issu de l'enquête et au regard du test ProQol, considéré comme base de référence pour statuer du profil sain / atteint de fatigue compassionnelle, sont présentées pour un seuil standard de 0,5 dans le tableau XXII.

Tableau XXII : Répartitions des prédictions de l'échantillon enquêté selon le modèle de régression logistique proposé pour un seuil standard à 0,5 (Cointot, 2021)

Vrais positifs	19
Faux positifs	11
Faux négatifs	181
Vrais négatifs	981
	Total des répondants : 1192

Les individus atteints, ou fortement à risque, de fatigue compassionnelle sont représentés par les vrais positifs et les faux négatifs selon le modèle de régression logistique. Le nombre de faux négatifs étant très élevé dans le tableau XXII, l'analyse logistique doit être affinée en modulant la notion de seuil présentée dans la partie 3.3.5 de telle manière à identifier les vétérinaires positifs au regard de la fatigue compassionnelle. Le modèle logistique proposé pour un seuil égal à 0,5 identifie de manière très précise le statut négatif du répondant au regard de la fatigue compassionnelle. La notion de seuil est présente derrière celles de sensibilité et spécificité de la régression logistique proposée. La performance de ce modèle a également été mesurée sous le nom de précision. Une recherche d'optimisation de ces trois indicateurs pour le modèle logistique construit dans le traitement statistique de cette enquête est présentée dans le Figure 24 ci-dessous.

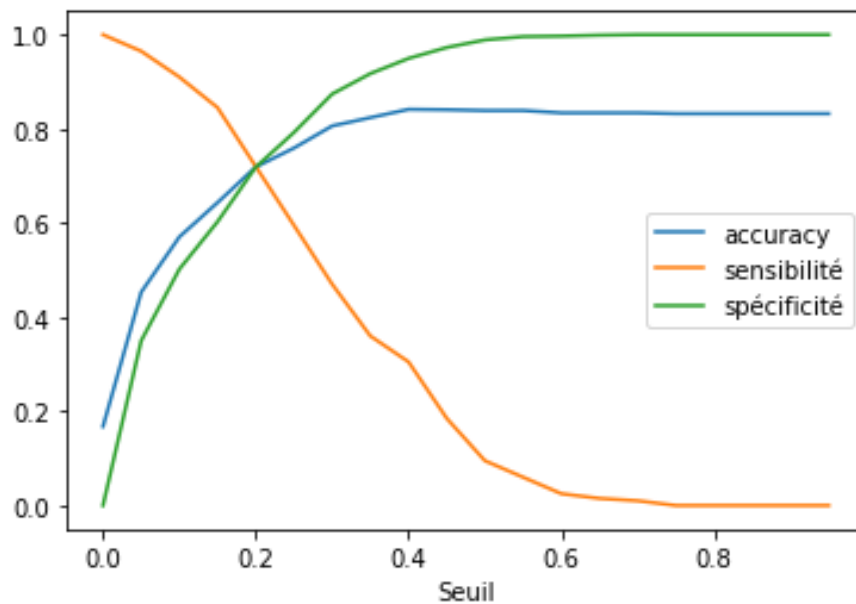


Figure 24 : Recherche d'optimisation des indicateurs de performance du modèle logistique proposé dans le cadre de l'enquête sur les vétérinaires praticiens exerçant en clientèle en France en fonction du seuil déterminant la positivité du répondant face au syndrome de fatigue compassionnelle

Le seuil varie de 0 à 1, une prédiction du modèle inférieure au seuil traduit le statut négatif du répondant face au syndrome de fatigue compassionnelle.

Pour rappel, la spécificité mesure la performance d'un modèle dans l'identification d'individus négatifs, mathématiquement :

$$\text{Spécificité} = \text{Vrais négatifs} / (\text{Vrais négatifs} + \text{Faux positifs})$$

La sensibilité mesure quant à elle la performance du modèle dans l'identification d'individus positifs, soit mathématiquement :

$$\text{Sensibilité} = \text{Vrais positifs} / (\text{Vrais positifs} + \text{Faux négatifs})$$

La spécificité du modèle logistique proposé pour une valeur seuil égale à 0,5 est de 98,1 %, et sa sensibilité égale à 5%, autrement dit, le modèle excelle à identifier les individus négatifs, mais ne sait pas reconnaître les individus positifs.

La précision (accuracy) mesure la performance globale du modèle, et se définit comme suit :

$$\text{Précision} = (\text{Vrais positifs} + \text{Vrais négatifs}) / \text{Total}$$

Elle est évaluée à 83% pour une valeur seuil égale à 0,5.

D'après la Figure 24, la spécificité et la précision semblent d'autant plus élevées que le seuil choisi est grand, au détriment de la sensibilité qui, elle, diminue avec l'augmentation du seuil. Le point d'intersection des courbes se rapportant à ces trois indicateurs semble être le meilleur compromis pour obtenir un modèle performant selon les critères choisis dans cette étude, l'abscisse correspondante étant la valeur du seuil égale à 0,2. La sensibilité, la spécificité et la précision sont alors égales à 72% (ordonnée du point d'intersection des trois courbes selon la Figure 24). Les prédictions de l'analyse logistique pour cette valeur du seuil sont données dans le Tableau XXIII.

Tableau XXIII : Répartitions des prédictions de l'échantillon enquêté selon le modèle de régression logistique proposé pour un seuil égal à 0,2 (Cointot, 2021)

Vrais positifs	144
Faux positifs	279
Faux négatifs	56
Vrais négatifs	713
	Total des répondants : 1192

Sensibilité, spécificité et précision sont classiquement présentées comme étant des indicateurs de performance d'un modèle statistique; dans le cas présent, une attention particulière est portée à la sensibilité étant donné qu'elle permet d'identifier les individus positifs au regard de la fatigue compassionnelle, préalable indispensable à l'étude des facteurs de risque liés au développement de la fatigue compassionnelle chez les vétérinaires praticiens exerçant en clientèle en France.

Interprétation des coefficients de régression

Par ailleurs, l'interprétation de l'analyse multivariée se fonde sur les coefficients de régression, ces derniers permettant de comprendre l'impact d'une combinaison de variables sur le syndrome de fatigue compassionnelle. Une variable explicative est un facteur de risque d'autant plus avéré et de forte influence sur le syndrome de fatigue compassionnelle, que le coefficient associé est grand. Synthétiquement, les variables secondaires retenues comme les plus influentes (coefficient de régression associé supérieur ou égal à 0,5) selon le modèle de régression logistique proposé sont les suivantes (classées par ordre d'importance) :

- sentiment d'isolement,
- qualité de l'ambiance de travail,
- soutien par les confrères et consœurs,
- temps accordé aux loisirs,

Dans un souci de lisibilité, seules les variables dont les coefficients de régression sont supérieurs ou égaux à 0,5 en valeur absolue sont présentées dans la Figure 25 ci-dessous. L'ensemble des résultats de l'analyse logistique est présentée dans les tableaux XXIV et XV sous la forme de correspondances entre variables retenues comme facteurs de risque liés au développement de la fatigue compassionnelle dans la profession.

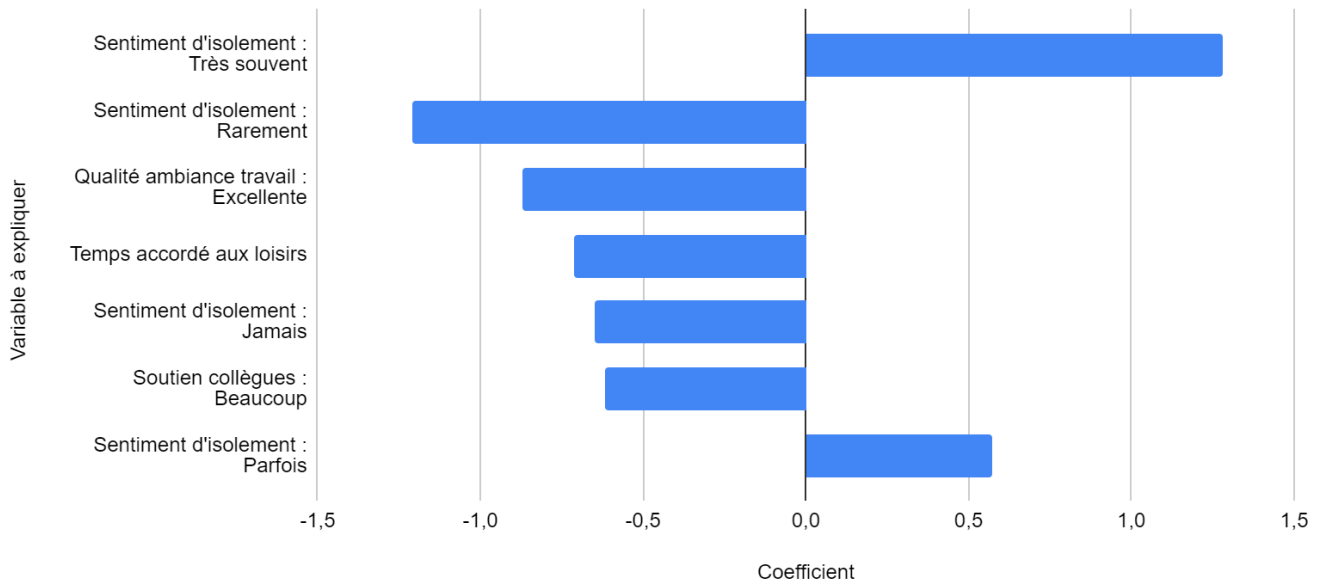


Figure 25 : Variables à expliquer présentées par ordre d'importance dans le développement du syndrome de fatigue compassionnelle parmi les vétérinaires échantillonnés selon le modèle de régression logistique proposé

Un coefficient positif indique que la variable testée possède un potentiel protecteur face à la fatigue compassionnelle, un coefficient positif est relié à un facteur de risque de développement de ce syndrome, enfin, un coefficient nul ou proche de 0 indique que cette même variable n'intervient pas dans la genèse du syndrome. L'effet est d'autant plus marqué que la valeur absolue du coefficient de régression est élevée.

Tableau XXIV : Impact des facteurs de risque potentiels liés à la fatigue compassionnelle dans la profession vétérinaire selon les coefficients de régression logistique. La couleur est d'autant plus intense que la variable possède un impact élevé sur le syndrome étudié (Cointot, 2021)

Sentiment d'isolement : Très souvent	1,28
Sentiment d'isolement : Parfois	0,58
Repos en lendemain de garde : 1/2 journée	0,50
Dépendance aux psychotropes_True	0,48
Qualité ambiance travail : Très mauvaise	0,46
Soutien collègues : Peu	0,42
Soutien famille : Pas du tout	0,35
Qualité ambiance travail : Médiocre	0,35
Présence enfant(s) foyer : Non	0,31
Soutien collègues : Suffisamment	0,24
Evènement traumatique au travail : Oui	0,23
Soutien amis : Peu	0,22
Evènement traumatique vécu par propriétaire : Non	0,16
Alcoolisme_True	0,13
Soutien amis : Suffisamment	0,13
Boulimie_True	0,12
Genre : Un homme	0,11
Situation matrimoniale : En couple (marié(e), pacsé(e), en concubinage, etc)	0,10
Astreintes hebdomadaires	0,09
Soutien amis : Beaucoup	0,07
Qualité ambiance travail : Bonne	0,07
Caféine_False	0,06
Tabagisme_False	0,04
Soutien famille : Peu	0,02
Evènement traumatique en dehors du travail : Oui	0,01
Anorexie_False	0,00

Tableau XXV : Impact des facteurs de protection potentiels liés à la fatigue compassionnelle dans la profession vétérinaire selon les coefficients de régression logistique. La couleur est d'autant plus intense que la variable possède un impact élevé sur le syndrome étudié (Cointot, 2021)

Sentiment d'isolement : Rarement	-1,21
Qualité ambiance travail : Excellente	-0,87
Temps accordé aux loisirs	-0,71
Sentiment d'isolement : Jamais	-0,65
Soutien collègues : Beaucoup	-0,62
Dépendance aux psychotropes_False	-0,48
Soutien amis : Pas du tout	-0,42
Présence enfant(s) foyerOui	-0,31
Repos en lendemain de garde : 1 journée pleine	-0,24
Soutien famille : Beaucoup	-0,24
Repos en lendemain de garde : Je ne dispose d'aucun temps de repos en lendemain de garde.	-0,23
Evènement traumatique au travail : Non	-0,23
Heures travaillées hebdo	-0,18
Vacances annuelles	-0,16
Evènement traumatique vécu par propriétaire : Oui	-0,16
Soutien famille : Suffisamment	-0,14
Alcoolisme_False	-0,13
Boulimie_False	-0,12
Genre : Une femme	-0,11
Situation matrimoniale : Célibataire	-0,10
Caféine_True	-0,06
Tabagisme_True	-0,04
Soutien collègues : Pas du tout	-0,04
Repos en lendemain de garde : Pas de garde	-0,03
Evènement traumatique en dehors du travail : Non	-0,01
Anorexie_True	0,00

CONCLUSION ANALYSE MULTIVARIÉE - MODÈLE DE RÉGRESSION LOGISTIQUE DANS L'ETUDE DES FACTEURS DE RISQUE LIÉS À LA FATIGUE COMPASSIONNELLE EN PRATIQUE VÉTÉRINAIRE

Le modèle de régression logistique proposé dans le traitement statistique de l'enquête destinée aux vétérinaires praticiens exerçant en clientèle en France étaye les données de la littérature scientifique.

Une première recherche consistait à rechercher une valeur seuil pour l'obtention de bons indicateurs : sensibilité (capacité à identifier les individus positifs), spécificité (capacité à identifier les individus négatifs) et précision (accuracy) du modèle. Un seuil de 0,2 a ainsi été retenu et concordait avec 72% de sensibilité, spécificité et précision.

Une seconde recherche axée sur les coefficients de régression logistique visait la mise en évidence de variables présentant un impact significatif sur le développement du syndrome de fatigue compassionnelle, en tant que facteurs protecteurs ou facteurs de risque avérés.

Le sentiment d'isolement apparaît de loin être un facteur de risque dans le développement d'un tel syndrome, suivi par la qualité de l'ambiance au travail et du rapport entre confrères et consoeurs, le soutien de ces derniers, et enfin le temps accordé aux loisirs.

D'autres facteurs comme le repos en lendemain de garde, la dépendance aux psychotropes, le soutien par les amis et la famille, ainsi que la présence d'enfants dans le foyer possèdent un impact modéré sur la genèse de ce syndrome.

Dans une moindre mesure, la situation matrimoniale, la dépendance à la caféine, le tabagisme et l'anorexie ne semblent avoir que peu d'influence sur ce syndrome.

Une approche complémentaire invoquant les DataSciences et la création d'un nuage de mots propose une lecture visuelle du syndrome de fatigue compassionnelle touchant la profession pratique.

3.4.5 Analyse textuelle de témoignages - nuage de mots

Un recueil d'informations sous la forme de témoignages à titre facultatif et sous garantie d'anonymat a été proposé à chaque répondant en fin d'enquête. Ces éléments ont pour but d'enrichir les résultats de l'analyse statistique précédemment menée par la sélection de mots clés. Ces derniers sont issus de l'extraction automatique d'informations à valeur ajoutée après lecture des 168 témoignages volontaires récoltés dans le cadre de l'enquête.

Le traitement de données mené sous le même format (programmation en langage Python) utilise la méthodologie du text mining, appartenant au domaine des DataSciences et présentée en partie 3.3.5. Les mots clés ainsi retenus sont ceux présentant le plus d'itérations dans l'ensemble des témoignages. La construction du nuage de mots qui en résulte est présenté en Figure 26.



Figure 26 : Nuage de mots généré par text mining appliqué aux témoignages volontaires récoltés sur la base de l'enquête soumise aux vétérinaires praticiens exerçant en clientèle en France (Cointot, 2021)

Les mots apparaissent avec une police d'autant plus grande que leur nombre d'itérations dans les témoignages est important. De cette analyse complémentaire, le vécu du vétérinaire praticien au regard des difficultés de son activité pratique semble se conjuguer avec une fatigue psychologique, une surcharge que l'on peut aisément imaginer être physique et émotionnelle liée aux conditions de travail, une quête de l'équilibre entre vies personnelle et professionnelle, ainsi qu'une gestion émotionnelle face aux euthanasies et aux propriétaires. Nombreux sont les praticiens ayant incriminé la charge et l'intensité du travail dans leur partage d'expériences. Or, la variable « heures hebdomadaires » correspondante dans l'analyse statistique n'apparaît que peu influente sur le développement de la fatigue compassionnelle dans la profession. L'hypothèse du caractère superficiel de la charge et l'intensité de travail peut être proposée si l'on considère que son influence ne tient pas tant à ce qu'elle représente mais plutôt aux liens de causalité qu'elle implique sur le syndrome de fatigue compassionnelle.

Dans une moindre mesure, les vétérinaires décrivent les gardes comme épuisantes physiquement et psychologiquement, au même titre que les exigences des propriétaires. Selon eux, l'entente au sein de l'équipe semble primordiale à l'épanouissement dans le travail. La qualité des rapports entre confrères et consoeurs au sein de la clinique a été régulièrement citée comme moteur de changement de structure. Par ailleurs, le sentiment de solitude est présent en filigrane de l'ensemble des témoignages.

Présentées avec une police de taille réduite dans le nuage de mots, le sentiment d'isolement et l'entente au sein de l'équipe n'apparaissent pas être des facteurs de risque majoritaires, tandis qu'ils sont présentés comme tels dans l'analyse statistique. Ces résultats démontrent toute la complémentarité de ces analyses, les statistiques ayant pour but de vérifier les pensées subjectives des répondants, et semblent confirmer l'installation insidieuse de la fatigue compassionnelle dans le quotidien du vétérinaire praticien.

3.4.6 Discussion : biais et perspectives

Cette enquête est l'une des premières à proposer une étude expérimentale portant d'une part sur la fatigue compassionnelle en France, d'autre part sur les vétérinaires praticiens exerçant en clientèle dans le pays. Son objectif initial visait l'étude des auxiliaires vétérinaires, ainsi que des futurs vétérinaires encore sur les bancs universitaires, par le biais d'une enquête construite sur des bases similaires. Trop ambitieux pour être mené dans le cadre d'une thèse de doctorat vétérinaire, et également au regard du temps consacré à la construction et l'analyse d'une enquête, cet objectif a été révisé pour ne porter exclusivement que sur les vétérinaires praticiens, l'étude des populations auxiliaires vétérinaires et étudiantes demeurant intéressante pour des projets ultérieurs.

Étudier la prévalence de la fatigue compassionnelle parmi les vétérinaires praticiens en France a également été envisagé mais révisé en raison du recrutement des répondants.

En effet, les réponses obtenues sur la base du volontariat impliquent un biais de sélection et ne permettent pas l'étude de la prévalence du syndrome dans la profession. La notion de représentativité de l'échantillon obtenu n'a pas sa place dans la mesure où elle se rapporte aux échantillons choisis de manière aléatoire; pour cette raison, le terme « proportion » a été utilisé. De la même manière, les proportions ne sont pas conservées entre échantillon testé et population générale de vétérinaires français, soulevant par conséquent la problématique de l'extrapolation des résultats d'étude à l'ensemble des vétérinaires praticiens exerçant en clientèle en France. Un traitement statistique de redressement de l'échantillon par la méthode des quotas aurait permis d'obtenir un échantillon représentatif de la population mère issue décrite dans l'Atlas Démographique Vétérinaire 2021.

Les modalités de recrutement induisent également un biais de volontariat; un sujet original invitant facilement à polémique attire préférentiellement les individus à profil émotionnel, ce dernier risquant donc d'être sur-représenté dans cette étude.

Le modèle de régression logistique mené dans le cadre de cette étude se veut analytique; il vise à expliquer l'impact des variables et les ordonne par ordre d'importance dans les Tableaux XXIV et XXV. Un échantillon représentatif de l'ensemble des profils de la population générale de vétérinaires praticiens en France aurait été d'autant plus pertinent qu'il aurait évalué des tendances pour la construction d'un système prédictif, c'est-à-dire adaptable à un autre échantillon.

Enfin, l'analyse textuelle aurait pu être automatisée en une analyse de polarité identifiant les sujets positifs, négatifs ou neutres dans les témoignages des répondants. Également nommée « analyse de sentiment », cette méthode vise à extraire le sens affectif et/ ou subjectif d'un recueil d'informations. Ce traitement de données trouverait une application dans la prévention de la fatigue compassionnelle et du suicide par l'analyse des publications des vétérinaires sur les réseaux sociaux.

Ainsi, bien que perfectible car soumise à de nombreux biais, cette étude établit les premières relations entre facteurs de risque et développement de la fatigue compassionnelle parmi les vétérinaires praticiens en France. Cette discussion reconnaît le caractère novateur et ambitieux d'une telle recherche et, par le biais des critiques, ouvre des perspectives d'approfondissement de cette dernière. Une étude complémentaire de la prévalence d'un tel syndrome dans la profession, également une enquête similaire portant sur les auxiliaires vétérinaires et les étudiants vétérinaires seraient d'intéressantes recherches dans l'évaluation des risques psychosociaux chez les professionnels de santé vétérinaire.

CONCLUSION

Le contraste entre l'imaginaire collectif et la réalité pratique du métier de vétérinaire exerçant en clientèle explique la méconnaissance du syndrome de fatigue compassionnelle.

Gangrène dans le quotidien du vétérinaire praticien, la fatigue compassionnelle se présente comme un court-circuit de l'empathie lié à un excès d'investissement émotionnel au travail, un syndrome du "trop-plein" à la symptomatologie hétéroclite. Les chiffres alarmants sur le suicide dans la profession alertent sur les difficultés du métier et le mal-être des praticiens. Bien que cette issue ne soit pas une fatalité, la compréhension et la description des risques psychosociaux liés à la profession, desquels la fatigue compassionnelle fait partie, bénéficient d'une attention croissante dans la communauté scientifique. La littérature attribue la vulnérabilité du vétérinaire au syndrome de fatigue compassionnelle aux horaires de travail mal adaptées à la vie sociale et familiale ainsi qu'à une charge de travail intense aggravée par la gestion de clients difficiles. Présentés comme des limites à l'épanouissement au travail, ces facteurs peuvent générer des troubles anxieux mis en évidence chez de nombreux praticiens. De plus, la confrontation quotidienne avec la maltraitance, la maladie et la mort a un impact émotionnel conséquent puisqu'elle altère la perception de la mort par le praticien.

Peu d'études ont été menées jusqu'alors sur les vétérinaires exerçant en clientèle en France; ce travail s'est proposé d'explorer les facteurs de risque d'un tel syndrome dans la profession. Comptant sur la participation volontaire de praticiens ainsi que sur le ProQol 5, outil de dépistage de la fatigue compassionnelle dans les professions liées au soin, l'enquête révèle que 16% des répondants seraient touchés, ou fortement à risque, de développer la fatigue compassionnelle. Les populations particulièrement à risque sont notamment décrites chez les femmes vétérinaires. En considérant la féminisation de la profession, une hausse des syndromes de fatigue compassionnelle dans le métier est à craindre, avec les conséquences individuelles et collectives qu'elle peut engendrer. Le climat au travail semble également être mis en cause, au même titre qu'un manque de soutien dans la sphère professionnelle et personnelle. L'analyse de témoignages complète cette étude d'un nouveau regard : l'isolement social du praticien est accentué par une confraternité décrite comme défailante, alors même que ces facteurs semblent protecteurs face à la fatigue compassionnelle. Les profils célibataires et / ou sans enfants semblent également représenter des populations à risque. Par ailleurs, la présence de troubles addictifs comme le tabagisme, l'alcoolisme, la boulimie ou l'anorexie représentent des stratégies de coping incriminées dans le développement d'un tel syndrome. Enfin, cet épuisement double physique et émotionnel se renforce avec la présence d'astreintes rarement suivies d'un repos, au manque de vacances et conjointement, à des loisirs peu développés.

Avec la volonté de briser l'isolement social et la stigmatisation du statut de privilégié associé aux vétérinaires praticiens, les associations de soutien et d'aide à ces derniers témoignent des vertus cathartiques de la communication dans la profession. Sensibiliser sur la fatigue compassionnelle et la réalité de la pratique de terrain dès l'intégration sur les bancs des universités vétérinaires permettrait d'accompagner les étudiants dans la transition importante qu'est l'entrée dans la vie active, et contribuerait, par conséquent, à réduire le sentiment de stress au travail, impliqué dans la genèse d'un tel syndrome. Il serait intéressant de mener une

étude quantitative rigoureuse afin d'étudier la prévalence des vétérinaires praticiens souffrant de fatigue compassionnelle en France. Population probablement constituée d'individus hauts potentiels aux capacités émotionnelles exacerbées, en explorer la prévalence permettrait d'identifier des profils à risque de développer ce syndrome, et pourrait s'inscrire dans une étude globale déterminant les types de personnalités les plus susceptibles d'être touchées par la fatigue compassionnelle au cours de leur carrière pratique. La complémentarité de ces éléments serait un terrain propice au développement de stratégies préventives et protectrices. Enfin, les étudiants vétérinaires dans leur formation, et les assistant(e)s vétérinaires dans leur exercice professionnel au sein des cliniques, sont autant de sujets méritant une attention particulière à leur bien-être psychologique.

Selon certaines études, indispensables dans la qualité du suivi médical du patient, mais également dans la satisfaction client, il semblerait que pour l'empathie et la compassion, la dose fasse le poison : un excès est néfaste pour la santé. Plus difficile à mettre en pratique qu'à théoriser, prendre soin de soi ne devrait pas être un luxe, dans le cas contraire, le vétérinaire praticien prend le risque de la panne... En 2004, dans son discours sur la fatigue compassionnelle chez les vétérinaires exerçant en clientèle, la docteure, et ancienne présidente du comité de bien-être de l'AVMA, Lisa Miller concluait la phrase suivante : « Une des plus grandes faveurs que chaque vétérinaire peut faire pour ses patients, collègues, famille, est de prendre au sérieux son propre bien-être et le contrôle de son stress. » (JAVMA, 2004).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

CNOV, 2021. Atlas démographique de la profession vétérinaire 2021. [en ligne]. [Consulté le 16 octobre 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.veterinaire.fr/la-profession/observatoire-national-demographique-de-la-profession-veterinaire/atlas-demographique-de-la-profession-veterinaire-2021.html>

ABOOD, Sarah K., 2008. Effectively communicating with your clients. *Topics in Companion Animal Medicine*. août 2008. Vol. 23, n° 3, pp. 143-147. DOI [10.1053/j.tcam.2008.04.007](https://doi.org/10.1053/j.tcam.2008.04.007).

ADAMS, Richard, BOSCARINO, Joseph et FIGLEY, Cr, 2006. Compassion Fatigue and Psychological Distress Among Social Workers: A Validation Study. *The American journal of orthopsychiatry*. 1 février 2006. Vol. 76, pp. 103-8. DOI [10.1037/0002-9432.76.1.103](https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.1.103).

ADOLPHS, Ralph, 2010. What does the amygdala contribute to social cognition? *Annals of the New York Academy of Sciences*. mars 2010. Vol. 1191, n° 1, pp. 42-61. DOI [10.1111/j.1749-6632.2010.05445.x](https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2010.05445.x).

AUDI, Paul, 2008. D'une compassion l'autre. *Revue du MAUSS*. 20 novembre 2008. Vol. n° 32, n° 2, pp. 185-202.

Autism Linked To Mirror Neuron Dysfunction, [sans date]. *ScienceDaily* [en ligne]. [Consulté le 29 septembre 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.sciencedaily.com/releases/2005/04/050411204511.htm>

BARON-COHEN, Simon, WHEELWRIGHT, Sally, HILL, Jacqueline, RASTE, Yogini et PLUMB, Ian, 2013] The “ Reading the Mind in the Eyes ” Test Revised Version : A Study with Normal Adults, and Adults with Asperger Syndrome or High-functioning Autism. . pp. 11.

BARTRAM, D. J. et BALDWIN, D. S., 2008. Veterinary surgeons and suicide: influences, opportunities and research directions. *The Veterinary Record*. 12 janvier 2008. Vol. 162, n° 2, pp. 36-40. DOI [10.1136/vr.162.2.36](https://doi.org/10.1136/vr.162.2.36).

BEGUÉ-SIMON, Anne-Marie, 2016. La souffrance au travail. *Médecine*. 1 mai 2016. Vol. 12, n° 5, pp. 231-235. DOI [10.1684/med.2016.55](https://doi.org/10.1684/med.2016.55).

BERTRAND, Aurore (2014). Les facteurs de stress en cabinet vétérinaire. Thèse de doctorat vétérinaire. Alfort, 228 p.

BIRBAUMER, N., GRODD, W., DIEDRICH, O., KLOSE, U., ERB, M., LOTZE, M., SCHNEIDER, F., WEISS, U. et FLOR, H., 1998. fMRI reveals amygdala activation to human faces in social phobics. *Neuroreport*. 20 avril 1998. Vol. 9, n° 6, pp. 1223-1226. DOI [10.1097/00001756-199804200-00048](https://doi.org/10.1097/00001756-199804200-00048).

BOTVINICK, Matthew, JHA, Amishi P., BYLSMA, Lauren M., FABIAN, Sara A., SOLOMON, Patricia E. et PRKACHIN, Kenneth M., 2005. Viewing facial expressions of pain engages cortical areas involved in the direct experience of pain. *NeuroImage*. mars 2005. Vol. 25, n° 1, pp. 312-319. DOI [10.1016/j.neuroimage.2004.11.043](https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2004.11.043).

BOYLE, Deborah A., 2011. Countering compassion fatigue: a requisite nursing agenda. *Online Journal of Issues in Nursing*. 31 janvier 2011. Vol. 16, n° 1, pp. 2. DOI [10.3912/OJIN.Vol16No01Man02](https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol16No01Man02).

BRANNICK, Erin, DEWILDE, Caitlin, FREY, Erin, GLUCKMAN, Tracy, KEEN, Jeremy, LARSEN, Michelle, MONT, Stephanie, ROSENBAUM, Matthew, STAFFORD, Julie et HELKE, Kristi, 2015. Taking stock and making strides toward wellness in the veterinary workplace. *Journal of the American Veterinary Medical Association*. 1 octobre 2015. Vol. 247, pp. 739-742. DOI [10.2460/javma.247.7.739](https://doi.org/10.2460/javma.247.7.739).

BRASSEUR, Sophie et GRÉGOIRE, Jacques, 2010. Trait emotional intelligence in adolescents with high potential: specificities and links with academic achievement and social competences. *Enfance*. 2010. Vol. 1, n° 1, pp. 59-76.

BRIDE, Brian, ROBINSON, Margaret, YEGIDIS, Bonnie et FIGLEY, Cr, 2004. Development and Validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice - RES SOCIAL WORK PRAC*. 1 janvier 2004. Vol. 14, pp. 27-35. DOI [10.1177/1049731503254106](https://doi.org/10.1177/1049731503254106).

CAILLÉ A., CHANIAL P., 2008. L'homme est-il un animal sympathique ? Le contr'Hobbes. *Revue de MAUSS*. 31

CAROFF, Xavier, JOUFFRAY, Céline, JILINSKAYA, Mariya et FERNANDEZ, Gilles, 2006. Identification multidimensionnelle du haut potentiel : mise au point d'une version française des échelles d'évaluation des caractéristiques de comportement des élèves surdoués. *Bulletin de psychologie*. 2006. Vol. 485, n° 5, pp. 469-480.

CHARRAK, André, 2002. Nature, raison, moralité dans Spinoza et Rousseau. *Revue de métaphysique et de morale*. 2002. Vol. n° 35, n° 3, pp. 399-414.

CHRISTOV-MOORE, Leonardo, SIMPSON, Elizabeth A., COUDÉ, Gino, GRIGAITYTE, Kristina, IACOBONI, Marco et FERRARI, Pier Francesco, 2014. Empathy: gender effects in brain and behavior. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. octobre 2014. Vol. 46 Pt 4, pp. 604-627. DOI [10.1016/j.neubiorev.2014.09.001](https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.09.001).

COEN, Abram, 2003. Le traumatisme cumulatif. *Figures de la psychanalyse*. 2003. Vol. no8, n° 1, pp. 73-81.

COHEN, Susan P., 2007. Compassion fatigue and the veterinary health team. *The Veterinary Clinics of North America. Small Animal Practice*. janvier 2007. Vol. 37, n° 1, pp. 123-134; abstract ix. DOI [10.1016/j.cvsm.2006.09.006](https://doi.org/10.1016/j.cvsm.2006.09.006).

COHIDON C, SANTIN G, GEOFFREY-PEREZ B, IMBERNON E. 2010. Suicide et activité professionnelle en France. *Rev épidémiol santé publique*; 58, pp. 139-50.

COLOMBO, Elisa Silvia, CRIPPA, Franca, CALDERARI, Tessa et PRATO-PREVIDE, Emanuela, 2017. Empathy toward animals and people: The role of gender and length of service in a sample of Italian veterinarians. *Journal of Veterinary Behavior: Clinical Applications and Research*. 2017. Vol. 17, pp. 32-37. DOI [10.1016/j.jveb.2016.10.010](https://doi.org/10.1016/j.jveb.2016.10.010).

CORRIGAN, PATRICK W., LARSON, JONATHON E. et RÜSCH, NICOLAS, 2009. Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry*. juin 2009. Vol. 8, n° 2, pp. 75-81.

CYRULNIK, Boris. : On est dans la résistance, pas encore dans la résilience. *France Culture*, 9 avril 2020. <https://www.franceculture.fr/emissions/confinement-votre/boris-cyrulnik-on-est-dans-la-resistance-pas-encore-dans-la-resilience>.

D'ANIELLO, Biagio, SCANDURRA, Anna, ALTERISIO, Alessandra, VALSECCHI, Paola et PRATO-PREVIDE, Emanuela, 2016. The importance of gestural communication: a study of human-dog communication using incongruent information. *Animal Cognition*. novembre 2016. Vol. 19, n° 6, pp. 1231-1235. DOI [10.1007/s10071-016-1010-5](https://doi.org/10.1007/s10071-016-1010-5).

DABAS, Caroline, 201. Des zèbres dans nos cliniques ? . La Dépêche Vétérinaire, n° 1326.pp. 1.

DANZIGER, Nicolas, 2014. La perception de la douleur d'autrui. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. mars 2014. Vol. 172, n° 2, pp. 115-118. DOI [10.1016/j.amp.2014.01.010](https://doi.org/10.1016/j.amp.2014.01.010).

DERDOUR-CAMPOS, Julien, 2018. La fatigue de compassion: état des lieux des connaissances, aspects cliniques: enquête transversale, multicentrique auprès de soignants intervenant dans les services de psychiatrie en milieu carcéral. Thèse de Doctorat en Médecine. pp. 124.

DUVAL, Céline, PIOLINO, Pascale, BEJANIN, Alexandre, LAISNEY, Mickael, EUSTACHE, Francis et DESGRANGES, Béatrice, 2011. La théorie de l'esprit : aspects conceptuels, évaluation et effets de l'âge. *Revue de neuropsychologie*. 2011. Vol. Volume 3, n° 1, pp. 41-51.

ESLINGER, P. J. et DAMASIO, A. R., 1985. Severe disturbance of higher cognition after bilateral frontal lobe ablation: patient EVR. *Neurology*. décembre 1985. Vol. 35, n° 12, pp. 1731-1741. DOI [10.1212/wnl.35.12.1731](https://doi.org/10.1212/wnl.35.12.1731).

ESNARD, C., BORDEL, Stéphanie et SOMAT, Alain, 2013. Les Soignants Face Au Burnout~: Quelles Attributions Causales~? *Pratiques Psychologiques*. 1 septembre 2013. Vol. 19, pp. 147-161. DOI [10.1016/j.prps.2013.07.002](https://doi.org/10.1016/j.prps.2013.07.002).

FAVRE, Daniel, JOLY, Jacques, REYNAUD, Christian et SALVADOR, Luc Laurent, 2005. Empathie, contagion émotionnelle et coupure par rapport aux émotions. *Enfance*. 2005. Vol. Vol. 57, n° 4, pp. 363-382.

FIGLEY, Cr, 1995. *COMPASSION FATIGUE: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. NY: Brunner/Routledge. ISBN 978-0-87630-759-5.

FIGLEY, Charles R., [1995]. Compassion fatigue toward a new understanding of the costs of caring. *Secondary Traumatic Stress* [en ligne]. [Consulté le 1 octobre 2021]. Disponible à l'adresse : https://www.academia.edu/48929073/Compassion_fatigue_toward_a_new_understanding_of_the_costs_of_caring

FIGLEY, Cr, 2015. *Figley, 1983 Catastrophes- An Overview of Family Reactions*. 13 novembre 2015.

FIGLEY, Charles R., 2014. *Stress Disorders Among Vietnam Veterans: Theory, Research*. Routledge. ISBN 978-1-317-77308-5.

FISKE, Susan T., 2012. A history of social cognition. In : *Handbook of the history of social psychology*. New York, NY, US : Psychology Press. pp. 81-99. ISBN 978-1-84872-868-4.

FRÉDÉRIQUE, D., 2010-2012. Incidence de la respiration sur les émotions dans la méthode Mezieres. pp 28.

FREUDENBERGER, Herbert J., 1974. Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*. 1974. Vol. 30, n° 1, pp. 159-165. DOI [10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x](https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x).

GARCIA-LARREA, L., 2012. The posterior insular-opercular region and the search of a primary cortex for pain. *Neurophysiologie Clinique = Clinical Neurophysiology*. octobre 2012. Vol. 42, n° 5, pp. 299-313. DOI [10.1016/j.neucli.2012.06.001](https://doi.org/10.1016/j.neucli.2012.06.001).

Gardner's Theory of Multiple Intelligences, [sans date]. *Verywell Mind* [en ligne]. [Consulté le 14 octobre 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.verywellmind.com/gardners-theory-of-multiple-intelligences-2795161>

GARDNER, D. H. et HINI, D., 2006. Work-related stress in the veterinary profession in New Zealand. *New Zealand Veterinary Journal*. juin 2006. Vol. 54, n° 3, pp. 119-124. DOI [10.1080/00480169.2006.36623](https://doi.org/10.1080/00480169.2006.36623).

GREZES, J. DEC Département d'études cognitives. News: Le Laboratoire Des Émotions, Au Cinéma et En Sciences Cognitives. Consulté le 07 octobre 2021. <http://cognition.ens.fr/en/news/le-laboratoire-des-emotions-au-cinema-et-en-sciences-cognitives-14313>.

GROS F., – Compassion, pitié, sollicitude, 2018. *Chaire de Philosophie à l'Hôpital* [en ligne]. [Consulté le 24 septembre 2021]. Disponible à l'adresse : <https://chaire-philo.fr/frederic-gros-compassion-pitie-sollicitude/>

GUIGNARD, Jacques-Henri et ZENASNI, Franck, 2004. Les caractéristiques émotionnelles des enfants à haut potentiel. *Psychologie Française*. 1 septembre 2004. Vol. 49, pp. 305-319. DOI [10.1016/S0033-2984\(04\)00048-2](https://doi.org/10.1016/S0033-2984(04)00048-2).

GUILLAIN, André et PRY, René, 2012. D'un miroir l'autre. Fonction posturale et neurones miroirs. *Bulletin de psychologie*. 6 juin 2012. Vol. Numéro 518, n° 2, pp. 115-127.

HALLIWELL, R. E. W. et HOSKIN, B. D., 2005. Reducing the suicide rate among veterinary surgeons: how the profession can help. *The Veterinary Record*. 1 octobre 2005. Vol. 157, n° 14, pp. 397-398. DOI [10.1136/vr.157.14.397](https://doi.org/10.1136/vr.157.14.397).

HANSEZ, I., SCHINS, F. et ROLLIN, F., 2008. Occupational stress, work-home interference and burnout among Belgian veterinary practitioners. *Irish Veterinary Journal*. 1 avril 2008. Vol. 61, n° 4, pp. 233. DOI [10.1186/2046-0481-61-4-233](https://doi.org/10.1186/2046-0481-61-4-233).

HARLING, Melanie, STREHMEL, Petra, SCHABLON, Anja et NIENHAUS, Albert, 2009. Psychosocial stress, demoralization and the consumption of tobacco, alcohol and medical drugs by veterinarians. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*. 25 février 2009. Vol. 4, n° 1, pp. 4. DOI [10.1186/1745-6673-4-4](https://doi.org/10.1186/1745-6673-4-4).

HAWTON, Keith, AGERBO, Esben, SIMKIN, Sue, PLATT, Belinda et MELLANBY, Richard J., 2011. Risk of suicide in medical and related occupational groups: a national study based on Danish case population-based registers. *Journal of Affective Disorders*. novembre 2011. Vol. 134, n° 1-3, pp. 320-326. DOI [10.1016/j.jad.2011.05.044](https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.05.044).

HELLER, Aaron S., VAN REEKUM, Carien M., SCHAEFER, Stacey M., LAPATE, Regina C., RADLER, Barry T., RYFF, Carol D. et DAVIDSON, Richard J., 2013. Sustained Striatal Activity

Predicts Eudaimonic Well-Being and Cortisol Output. *Psychological Science*. novembre 2013. Vol. 24, n° 11, pp. 2191-2200. DOI [10.1177/0956797613490744](https://doi.org/10.1177/0956797613490744).

HEMINGWAY, J. L., 1993. Bellah, R. N., Madsen, R., Sullivan, W. M., Swidler, A., & Tipton, S. M. (1985). *Habits of the heart: Individualism and commitment in American life.*, Bellah, R. N., Madsen, R., Sullivan, W. M., Swidler, A., & Tipton, S. M. (1985). *The good society.*, Gans, H. J. (1988). *Middle American individualism: The future of liberal democracy.*, Jackson, K. T. (1985). *Crabgrass frontier: The suburbanization of the United States.*, Sennett, R. (1977). *The fall of public man.* *Journal of Leisure Research*. 1 janvier 1993. Vol. 25, n° 1, pp. 100-109. DOI [10.1080/00222216.1993.11969912](https://doi.org/10.1080/00222216.1993.11969912).

HILLESUM, Etty. *Une vie bouleversée*, Points Seuil, 1995, p. 246.

HOFFMAN, Martin L., 1977. Sex differences in empathy and related behaviors. *Psychological Bulletin*. 1977. Vol. 84, n° 4, pp. 712-722. DOI [10.1037/0033-2909.84.4.712](https://doi.org/10.1037/0033-2909.84.4.712).

HUGGARD, Peter et HUGGARD, Jayne, 2008. WHEN THE CARING GETS TOUGH Compassion Fatigue and Veterinary Care. . 1 janvier 2008.

JABR, Ferris, 2017. Le sport contre la dépression. *cerveauetpsycho.fr* [en ligne]. [Consulté le 25 octobre 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.cerveauetpsycho.fr/sd/therapie/https://www.cerveauetpsycho.fr/sd/therapie/le-sport-contre-la-depression-9508.php>

JAVMA. Managing stress and avoiding burnout. A self-care primer for overly compassionate and overworked veterinarians. *J. Am. Vet. Med. Assoc.*. 2004, 225, 492-493.

JOBST, Barbara C., GONZALEZ-MARTINEZ, Jorge, ISNARD, Jean, KAHANE, Philippe, LACUEY, Nuria, LAHTOO, Samden D., NGUYEN, Dang K., WU, Chengyuan et LADO, Fred, 2019. The Insula and Its Epilepsies. *Epilepsy Currents*. 31 janvier 2019. Vol. 19, n° 1, pp. 11-21. DOI [10.1177/1535759718822847](https://doi.org/10.1177/1535759718822847).

JOINSON, C., 1992. Coping with compassion fatigue. *Nursing*. avril 1992. Vol. 22, n° 4, pp. 116, 118-119, 120.

JORLAND, Gérard, 2006. Empathie et thérapeutique. *Recherche en soins infirmiers*. 2006. Vol. N° 84, n° 1, pp. 58-65.

JORLAND G., THIRIOUX B. Note sur l'origine de l'empathie. *Revue Metaphys. Morale*. 2008, 269-280.

JULIEN, Christian, 2008. Sur les « neurones-miroirs ». *Les Lettres de la SPF*. 2008. Vol. N° 20, n° 2, pp. 121-141.

KAHILL, Sophia, 1988. Symptoms of professional burnout: A review of the empirical evidence. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*. 1988. Vol. 29, n° 3, pp. 284-297. DOI [10.1037/h0079772](https://doi.org/10.1037/h0079772).

KANT I., PHILONENKO A. Critique de la faculté de juger. 1993, Vrin, 484 p

KNAPP, T., BURKI, A., LUTHI, A., ZANETTI, D., VIRET, S., 2006. *Burn-out : l'épuisement professionnel*. Sainte-Croix (Suisse); [Pontarlier : Presses du Belvédère]

KOGAN, Lori R., SCHOENFELD-TACHER, Regina, HELLYER, Peter, GRIGG, Emma K. et KRAMER, Emily, 2020. Veterinarians and impostor syndrome: an exploratory study. *The Veterinary Record*. 3 octobre 2020. Vol. 187, n° 7, pp. 271. DOI [10.1136/vr.105914](https://doi.org/10.1136/vr.105914).

LAI, Meng-Chuan, LOMBARDO, Michael V., AUYEUNG, Bonnie, CHAKRABARTI, Bhismadev et BARON-COHEN, Simon, 2015. Sex/Gender Differences and Autism: Setting the Scene for Future Research. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. janvier 2015. Vol. 54, n° 1, pp. 11-24. DOI [10.1016/j.jaac.2014.10.003](https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.003).

LE BAIL, Laure. (2003). La mort de l'animal de Compagnie. Thèse de doctorat vétérinaire. Alfort, 118 p.

LEBLANC Matthieu Pierre. (2016) L'offre de service en clientèle vétérinaire rurale : enquête auprès des vétérinaires et d'un échantillon d'éleveurs. Thèse de doctorat vétérinaire. Alfort, 170.

LEDOUX, J. E., 2000. Emotion circuits in the brain. *Annual Review of Neuroscience*. 2000. Vol. 23, pp. 155-184. DOI [10.1146/annurev.neuro.23.1.155](https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.23.1.155).

Le monde vétérinaire, 2020. Le problème du manque de sommeil dans le secteur vétérinaire. [en ligne]. [Consulté le 14 octobre 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.dierenartsenwereld.be/fr/nouvelles-n2/le-probleme-du-manque-de-sommeil-dans-le-secteur-veterinaire-i527/>

LEVIN, Andrew P., KLEINMAN, Stuart B. et ADLER, John S., 2014. DSM-5 and posttraumatic stress disorder. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. 2014. Vol. 42, n° 2, pp. 146-158.

LEVINAS, quand un visage nous désarme - Ép. 1/4 - Visage Visage, [sans date]. *France Culture* [en ligne]. [Consulté le 25 septembre 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.franceculture.fr/emissions/les-chemins-de-la-philosophie/visage-visage-14-levinas-quand-un-visage-nous-desarme>

LUE T.W., PANTENBURG D.P., CRAWFORD P.M. (2008) Impact of the ownerpet and client-veterinarian bond on the care that pets receive. *J. Am. Vet. Med. Assoc.* 232(4), 531-540

MALVOSO, Virginie, 2015. Le suicide dans la profession vétérinaire : étude, gestion et prévention. *Bulletin de l'Académie Vétérinaire de France*. 2015. Vol. 168, n° 2, pp. 142-147. DOI [10.4267/2042/56865](https://doi.org/10.4267/2042/56865).

MANGOULIA, Polyxeni, KOUKIA, Evmorfia, ALEVIZOPOULOS, George, FILDISSIS, George et KATOSTARAS, Theofanis, 2015. Prevalence of Secondary Traumatic Stress Among Psychiatric Nurses in Greece. *Archives of Psychiatric Nursing*. octobre 2015. Vol. 29, n° 5, pp. 333-338. DOI [10.1016/j.apnu.2015.06.001](https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.06.001).

MASLACH, Christina, 2003. Job Burnout: New Directions in Research and Intervention. *Current Directions in Psychological Science*. 2003. Vol. 12, n° 5, pp. 189-192. DOI [10.1111/1467-8721.01258](https://doi.org/10.1111/1467-8721.01258).

MASLACH, Christina et JACKSON, Susan E., 1981. The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*. 1981. Vol. 2, n° 2, pp. 99-113. DOI [10.1002/job.4030020205](https://doi.org/10.1002/job.4030020205).

- MARANBER, Alice, 2016. Quand soigner vous abîme. *L'Essentiel*, 25 février - 9 mars 2016. N°399, pp. 29-31..
- MAZZOLA, Laure, 2011. ROLE DU CORTEX OPERCULO-INSULAIRE DANS LA SOMESTHESIE ET LA DOULEUR CHEZ L'HOMME. . pp. 178.
- MCCANN, I. Lisa et PEARLMAN, Laurie Anne, 1990. Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*. 1 janvier 1990. Vol. 3, n° 1, pp. 131-149. DOI [10.1007/BF00975140](https://doi.org/10.1007/BF00975140).
- MCCLURE, E. B., 2000. A meta-analytic review of sex differences in facial expression processing and their development in infants, children, and adolescents. *Psychological Bulletin*. mai 2000. Vol. 126, n° 3, pp. 424-453. DOI [10.1037/0033-2909.126.3.424](https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.3.424).
- MCMURRAY, Jantina et BOYSEN, Soren, 2017. Skills for communicating empathy to companion animal clients. *Companion Animal*. 1 juillet 2017. Vol. 22, pp. 396-401. DOI [10.12968/coan.2017.22.7.396](https://doi.org/10.12968/coan.2017.22.7.396).
- MELAMED, Samuel, UGARTEN, Ursula, SHIROM, Arie, KAHANA, Luna, LERMAN, Yehuda et FROOM, Paul, 1999. Chronic burnout, somatic arousal and elevated salivary cortisol levels. *Journal of Psychosomatic Research*. 1 juin 1999. Vol. 46, n° 6, pp. 591-598. DOI [10.1016/S0022-3999\(99\)00007-0](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(99)00007-0).
- MELLANBY RJ., RHIND SM., BELL C., SHAW DJ., GIFFORD J., FENNELL D., et al. Perceptions of clients and veterinarians on what attributes constitute « a good vet ». *Vet. Rec.* 2011, 168, 616-616.
- MELLANBY, Richard et HERRTAGE, Michael, 2005. Survey of mistakes made by recent veterinary graduates. *The Veterinary record*. 1 janvier 2005. Vol. 155, pp. 761-5. DOI [10.1136/vr.155.24.761](https://doi.org/10.1136/vr.155.24.761).
- MELTZOFF, Andrew N. et DECETY, Jean, 2003. What imitation tells us about social cognition: a rapprochement between developmental psychology and cognitive neuroscience. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*. 29 mars 2003. Vol. 358, n° 1431, pp. 491-500. DOI [10.1098/rstb.2002.1261](https://doi.org/10.1098/rstb.2002.1261).
- MELTZOFF, Andrew N. et MOORE, M. Keith, 1989. Imitation in Newborn Infants: Exploring the Range of Gestures Imitated and the Underlying Mechanisms. *Developmental psychology*. novembre 1989. Vol. 25, n° 6, pp. 954-962. DOI [10.1037/0012-1649.25.6.954](https://doi.org/10.1037/0012-1649.25.6.954).
- MICHALAK, Erin, LIVINGSTON, James D., HOLE, Rachelle, SUTO, Melinda, HALE, Sandra et HADDOCK, Candace, 2011. « It's something that I manage but it is not who I am »: reflections on internalized stigma in individuals with bipolar disorder. *Chronic Illness*. septembre 2011. Vol. 7, n° 3, pp. 209-224. DOI [10.1177/1742395310395959](https://doi.org/10.1177/1742395310395959).
- MITCHENER, Kathy L. et OGILVIE, Gregory K., 2002. Understanding compassion fatigue: keys for the caring veterinary healthcare team. *Journal of the American Animal Hospital Association*. août 2002. Vol. 38, n° 4, pp. 307-310. DOI [10.5326/0380307](https://doi.org/10.5326/0380307).
- MOORE, Irene C., COE, Jason B., ADAMS, Cindy L., CONLON, Peter D. et SARGEANT, Jan M., 2014. The role of veterinary team effectiveness in job satisfaction and burnout in companion animal veterinary clinics. *Journal of the American Veterinary Medical Association*. 1 septembre 2014. Vol. 245, n° 5, pp. 513-524. DOI [10.2460/javma.245.5.513](https://doi.org/10.2460/javma.245.5.513).

MORRIS, J. S., FRITH, C. D., PERRETT, D. I., ROWLAND, D., YOUNG, A. W., CALDER, A. J. et DOLAN, R. J., 1996. A differential neural response in the human amygdala to fearful and happy facial expressions. *Nature*. 31 octobre 1996. Vol. 383, n° 6603, pp. 812-815. DOI [10.1038/383812a0](https://doi.org/10.1038/383812a0).

NEWELL, Jason M. et MACNEIL, Gordon A., 2010. Professional burnout, vicarious trauma, secondary traumatic stress, and compassion fatigue: A review of theoretical terms, risk factors, and preventive methods for clinicians and researchers. *Best Practices in Mental Health: An International Journal*. 2010. Vol. 6, n° 2, pp. 57-68.

NICKELS, Bonnie McCracken et FEELEY, Thomas Hugh, 2018. Breaking Bad News in Veterinary Medicine. *Health Communication*. 2 septembre 2018. Vol. 33, n° 9, pp. 1105-1113. DOI [10.1080/10410236.2017.1331309](https://doi.org/10.1080/10410236.2017.1331309).

Nietzsche & Schopenhauer On Compassion | Issue 29 | Philosophy Now, [sans date]. [en ligne]. [Consulté le 23 septembre 2021]. Disponible à l'adresse : https://philosophynow.org/issues/29/Nietzsche_and_Schopenhauer_On_Compassion

NITSCHKE, Jack, NELSON, Eric, RUSCH, Brett, FOX, Andrew, OAKES, Terrence et DAVIDSON, Richard, 2004. Orbitofrontal cortex tracks positive mood in others viewing pictures of their newborn infants. *NeuroImage*. 1 mars 2004. Vol. 21, pp. 583-92. DOI [10.1016/j.neuroimage.2003.10.005](https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2003.10.005).

PEARLMAN, Laurie Anne et MAC IAN, Paula S., 1995. Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*. 1995. Vol. 26, n° 6, pp. 558-565. DOI [10.1037/0735-7028.26.6.558](https://doi.org/10.1037/0735-7028.26.6.558).

PETIT, Emmanuel, 2015. L'économie du comportement à la lumière des Maximes du Duc de La Rochefoucauld. *Œconomia. History, Methodology, Philosophy*. 1 décembre 2015. N° 5-4, pp. 493-519. DOI [10.4000/oeconomia.2206](https://doi.org/10.4000/oeconomia.2206).

PETITGIRARD, Pierre. [1998] Annexe I — La Vertu de Compassion Comme Fondement de la Pratique Soignante. *EM-Consulte* [en ligne]. [Consulté le 21 novembre 2021]. Disponible à l'adresse : [:https://www.em-consulte.com/article/661497/annexe-i-m-la-vertu-de-compassion-comme-fondement](https://www.em-consulte.com/article/661497/annexe-i-m-la-vertu-de-compassion-comme-fondement)

POTTER, P., DESHIELDS, T. et RODRIGUEZ, S., 2013. Developing a Systemic Program for Compassion Fatigue. *Nursing administration quarterly*. 2013. DOI [10.1097/NAQ.0b013e3182a2f9dd](https://doi.org/10.1097/NAQ.0b013e3182a2f9dd).

PRADIES, C., Pratt, M., Lepisto, D., 2013. Meaning of work. Chapter 8 : Doing Well, doing good and doing with. Organizational practices for effectively cultivating meaningful work.

PRADIES, C. 2014. Professionals' Identity Responses to a Regulatory Change Impacting the Nature of a Profession: The Case of French Veterinarians. Boston College. <http://dlib.bc.edu/islandora/object/bc-ir:104167>.

PRATHER, J. F., PETERS, S., NOWICKI, S. et MOONEY, R., 2008. Precise auditory-vocal mirroring in neurons for learned vocal communication. *Nature*. 17 janvier 2008. Vol. 451, n° 7176, pp. 305-310. DOI [10.1038/nature06492](https://doi.org/10.1038/nature06492).

- RIZZOLATTI, Giacomo, 2010. Giacomo Rizzolatti. *Current Biology*. décembre 2010. Vol. 20, n° 24, pp. R1058-R1060. DOI [10.1016/j.cub.2010.11.004](https://doi.org/10.1016/j.cub.2010.11.004).
- RIZZOLATTI, G., FOGASSI, L. et GALLESE, V., 2001. Neurophysiological mechanisms underlying the understanding and imitation of action. *Nature Reviews. Neuroscience*. septembre 2001. Vol. 2, n° 9, pp. 661-670. DOI [10.1038/35090060](https://doi.org/10.1038/35090060).
- ROLLIN, Bernard, 2009. Ethics and euthanasia. *The Canadian veterinary journal. La revue vétérinaire canadienne*. 1 octobre 2009. Vol. 50, pp. 1081-6.
- RÜTGEN, Markus, SEIDEL, Eva-Maria, SILANI, Giorgia, RIEČANSKÝ, Igor, HUMMER, Allan, WINDISCHBERGER, Christian, PETROVIC, Predrag et LAMM, Claus, 2015. Placebo analgesia and its opioidergic regulation suggest that empathy for pain is grounded in self pain. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 13 octobre 2015. Vol. 112, n° 41, pp. E5638-5646. DOI [10.1073/pnas.1511269112](https://doi.org/10.1073/pnas.1511269112).
- RYFF, Carol et KEYES, Corey, 1995. The Structure of Psychological Well-Being Revisited. *Journal of personality and social psychology*. 1 novembre 1995. Vol. 69, pp. 719-27. DOI [10.1037/0022-3514.69.4.719](https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719).
- SAAKVITNE, Karen W. et PEARLMAN, L., 1996. Transforming the Pain: A Workbook on Vicarious Traumatization. *undefined* [en ligne]. 1996. [Consulté le 14 octobre 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.semanticscholar.org/paper/Transforming-the-Pain%3A-A-Workbook-on-Vicarious-Saakvitne-Pearlman/8b7d3b20844135bf90fa231c4b5a7fe5c91f5af7>
- SABO, Brenda, 2011. Reflecting on the concept of compassion fatigue. *Online Journal of Issues in Nursing*. 31 janvier 2011. Vol. 16, n° 1, pp. 1. DOI [10.3912/OJIN.Vol16No01Man01](https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol16No01Man01).
- SARRADON-ECK, Aline, 2007. The meaning of adherence. Ethnography of medication practices in hypertensive patients. *Sciences sociales et sante*. 2007. Vol. 25, n° 2, pp. 5-36.
- SCHOENFELD-TACHER, Regina M., KOGAN, Lori R., MEYER-PARSONS, Beatrice, ROYAL, Kenneth D. et SHAW, Jane R., 2015. Educational Research Report: Changes in Students' Levels of Empathy during the Didactic Portion of a Veterinary Program. *Journal of Veterinary Medical Education*. septembre 2015. Vol. 42, n° 3, pp. 194-205. DOI [10.3138/jvme.0115-007R](https://doi.org/10.3138/jvme.0115-007R).
- SCHWAM, Kendall, 1998. The Phenomenon of Compassion Fatigue in Perioperative Nursing. *AORN Journal*. 1998. Vol. 68, n° 4, pp. 642-648. DOI [10.1016/S0001-2092\(06\)62569-6](https://doi.org/10.1016/S0001-2092(06)62569-6).
- SERNICLAES, O, 2003. Intervenants psychosociaux face aux victimes. processus psychodynamique de la traumatisation indirecte. *J Int Vict* pp 1-12.
- SHAW, Jane R., 2006. Four Core Communication Skills of Highly Effective Practitioners. *Veterinary Clinics of North America: Small Animal Practice*. mars 2006. Vol. 36, n° 2, pp. 385-396. DOI [10.1016/j.cvsm.2005.10.009](https://doi.org/10.1016/j.cvsm.2005.10.009).
- SHAW, Jane R. et LAGONI, Laurel, 2007. End-of-life communication in veterinary medicine: delivering bad news and euthanasia decision making. *The Veterinary Clinics of North America. Small Animal Practice*. janvier 2007. Vol. 37, n° 1, pp. 95-108; abstract viii- ix. DOI [10.1016/j.cvsm.2006.09.010](https://doi.org/10.1016/j.cvsm.2006.09.010).

SHAW JR., ADAMS CL., BONNETT BN., LARSON S., ROTER DL. Use of the Roter interaction analysis system to analyze veterinarian-client-patient communication in companion animal practice. *J Am Vet Med Assoc.* 2004, 225, 222-229.

SHAW, Jane R., BARLEY, Gwyn E., HILL, Ashley E., LARSON, Susan et ROTER, Debra L., 2010. Communication skills education onsite in a veterinary practice. *Patient Education and Counseling.* septembre 2010. Vol. 80, n° 3, pp. 337-344. DOI [10.1016/j.pec.2010.06.012](https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.06.012).

SIMON, Edith, 2009. Processus de conceptualisation d'« empathie ». *Recherche en soins infirmiers.* 2009. Vol. N° 98, n° 3, pp. 28-31.

SODEKE-GREGSON, Ekundayo A., HOLTTUM, Sue et BILLINGS, Jo, 2013. Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress in UK therapists who work with adult trauma clients. *European Journal of Psychotraumatology.* 30 décembre 2013. Vol. 4, pp. 10.3402/ejpt.v4i0.21869. DOI [10.3402/ejpt.v4i0.21869](https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.21869).

SMITH, Derek R., LEGGAT, Peter A., SPEARE, Richard et TOWNLEY-JONES, Maureen, 2009. Examining the dimensions and correlates of workplace stress among Australian veterinarians. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology (London, England).* 8 décembre 2009. Vol. 4, pp. 32. DOI [10.1186/1745-6673-4-32](https://doi.org/10.1186/1745-6673-4-32).

STAMM, Beth, 2010. *The Concise ProQOL Manual: The concise manual for the Professional Quality of Life Scale , 2 nd Edition.*

STOEWEN, Debbie, 2015. Suicide in veterinary medicine: Let's talk about it. *The Canadian veterinary journal. La revue vétérinaire canadienne.* 8 janvier 2015. Vol. 56, pp. 89-92.

Study: 1 in 6 veterinarians have considered suicide | American Veterinary Medical Association, [2021]. [en ligne]. [Consulté le 24 septembre 2021]. Disponible à l'adresse : <https://www.avma.org/javma-news/2015-04-01/study-1-6-veterinarians-have-considered-suicide>

TASSY, Sébastien, 2011. La nécessité de distinguer le jugement et le choix subjectif dans les neurosciences cognitives de la morale - Imagerie et cognition (9). *médecine/sciences.* 1 octobre 2011. Vol. 27, n° 10, pp. 889-894. DOI [10.1051/medsci/20112710018](https://doi.org/10.1051/medsci/20112710018).

TERESTCHENKO, Michel, 2004. Égoïsme ou altruisme? Laquelle de ces deux hypothèses rend-elle le mieux compte des conduites humaines ? *Revue du MAUSS.* 2004. Vol. 23, n° 1, pp. 312-333. DOI [10.3917/rdm.023.0312](https://doi.org/10.3917/rdm.023.0312).

THOMAS, K. M., DREVETS, W. C., DAHL, R. E., RYAN, N. D., BIRMAHER, B., ECCARD, C. H., AXELSON, D., WHALEN, P. J. et CASEY, B. J., 2001. Amygdala response to fearful faces in anxious and depressed children. *Archives of General Psychiatry.* novembre 2001. Vol. 58, n° 11, pp. 1057-1063. DOI [10.1001/archpsyc.58.11.1057](https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.11.1057).

THOMAS P., BARRUCHE G., HAZIF-THOMAS C. La souffrance des soignants et fatigue de compassion. *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie.* 2012, 187, 266–273.

TISSERON, Serge et BASS, Henri-Pierre, 2011. L'empathie, au cœur du jeu social. *Le Journal des psychologues.* 1 mai 2011. Vol. n° 286, n° 3, pp. 20-23.

TOMASI, Suzanne E., FECHTER-LEGGETT, Ethan D., EDWARDS, Nicole T., REDDISH, Anna D., CROSBY, Alex E. et NETT, Randall J., 2019. Suicide among veterinarians in the

United States from 1979 through 2015. *Journal of the American Veterinary Medical Association*. 1 janvier 2019. Vol. 254, n° 1, pp. 104-112. DOI [10.2460/javma.254.1.104](https://doi.org/10.2460/javma.254.1.104).

TUPIN, Deborah. (2005). Le syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out : enquête chez les vétérinaires praticiens. Thèse de doctorat vétérinaire. Toulouse, 96 p.

VIGNEMONT, Frédérique de, 2011. L'empathie, des réponses aux questions majeures. *Le Journal des psychologues*. 1 mai 2011. Vol. n° 286, n° 3, pp. 16-19.

VAHIA, Vihang N., 2013. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5: A quick glance. *Indian Journal of Psychiatry*. 2013. Vol. 55, n° 3, pp. 220-223. DOI [10.4103/0019-5545.117131](https://doi.org/10.4103/0019-5545.117131).

VOGEL, David, WADE, Nathaniel et HAAKE, Shawn, 2006. Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 325-337. *Journal of Counseling Psychology*. 1 juillet 2006. Vol. 53, pp. 325-337. DOI [10.1037/0022-0167.53.3.325](https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.3.325).

VU, Francis et BODENMANN, Patrick, 2017. Preventing, managing and treating compassion fatigue. *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy* [en ligne]. 12 décembre 2017. N° 8. [Consulté le 14 décembre 2021]. DOI [10.4414/sanp.2017.00525](https://doi.org/10.4414/sanp.2017.00525). Disponible à l'adresse : <https://sanp.ch/article/doi/sanp.2017.00525>

WAGAMAN, M. Alex, GEIGER, Jennifer M., SHOCKLEY, Clara et SEGAL, Elizabeth A., 2015. The Role of Empathy in Burnout, Compassion Satisfaction, and Secondary Traumatic Stress among Social Workers. *Social Work*. juillet 2015. Vol. 60, n° 3, pp. 201-209. DOI [10.1093/sw/swv014](https://doi.org/10.1093/sw/swv014).

WEISKRANTZ, L., 1956. Behavioral changes associated with ablation of the amygdaloid complex in monkeys. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*. août 1956. Vol. 49, n° 4, pp. 381-391. DOI [10.1037/h0088009](https://doi.org/10.1037/h0088009).

YOUNG, Liane, BECHARA, Antoine, TRANEL, Daniel, DAMASIO, Hanna, HAUSER, Marc et DAMASIO, Antonio, 2010. Damage to Ventromedial Prefrontal Cortex Impairs Judgment of Harmful Intent. *Neuron*. 25 mars 2010. Vol. 65, n° 6, pp. 845-851. DOI [10.1016/j.neuron.2010.03.003](https://doi.org/10.1016/j.neuron.2010.03.003).

ZALD, David H., MATTSON, Dorothy L. et PARDO, José V., 2002. Brain activity in ventromedial prefrontal cortex correlates with individual differences in negative affect. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 19 février 2002. Vol. 99, n° 4, pp. 2450-2454. DOI [10.1073/pnas.042457199](https://doi.org/10.1073/pnas.042457199).

ZAWIEJA, Philippe, 2014. Fatigue compassionnelle. . pp. 22.

ZIELINSKI, Agata, 2009. La compassion, de l'affection à l'action. *Etudes*. 1 février 2009. Vol. 410, n° 1, pp. 55-65.

ZHOU, Yuefang et FISCHER, Martin H., 2018. Mimicking non-verbal emotional expressions and empathy development in simulated consultations: An experimental feasibility study. *Patient Education and Counseling*. 1 février 2018. Vol. 101, n° 2, pp. 304-309. DOI [10.1016/j.pec.2017.08.016](https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.08.016).

ANNEXES

Annexe n°1 : Enquête soumise aux vétérinaires exerçant en clientèle en France - version texte préalable au format Google Form (Cointot, 2021)

Etude des facteurs de risque : la fatigue compassionnelle dans la pratique vétérinaire en clientèle en France

Section 1 - Introduction et généralités concernant la fatigue compassionnelle

Le bien-être du vétérinaire, on en parle ?

Alors que le bien-être animal est une notion adoptée du grand public, revenir sur le bien-être du vétérinaire travaillant en clientèle s'inscrit dans une démarche qualitative de santé publique; pour soigner, il faut être en état, physique et émotionnel, de le faire.

Intéressant la problématique du lien puis la psychotraumatologie anglosaxonne dans les années 1990, la fatigue compassionnelle désigne un état d'épuisement physique et émotionnel que le contact avec la souffrance peut induire chez les prestataires de soin. Elle revêt alors la forme de syndrome de stress traumatique secondaire.

Fatigue compassionnelle vs burn-out

Le burn-out est un épuisement professionnel causé par une exposition prolongée à des conditions de travail difficiles (facteurs organisationnels). Il peut être retrouvé dans toutes les professions.

Parce qu'elle est liée à une relation thérapeutique, la fatigue compassionnelle concerne uniquement les relations d'aide, en réponse à une exposition unique ou prolongée à la souffrance d'autrui.

En attaquant l'empathie, la compassion et l'optimisme, le mot "fatigue" traduit une incapacité à continuer de soulever ce fardeau, articulée autour d'une charge émotionnelle trop intense, ébranlant ainsi la vision du monde de ceux qui la subissent (facteurs individuels).

A propos de ma thèse

Étudiante en dernière année à l'école nationale vétérinaire de Nantes ONIRIS, et convaincue de l'importance du bien-être dans la sphère professionnelle, j'ai choisi de mener une thèse portant sur un aspect plus psycho-social que médical du métier de vétérinaire en clientèle.

Cette étude a pour objectif d'alerter les vétérinaires praticiens sur l'existence de la fatigue compassionnelle dans leur profession, également de lever toute confusion avec d'autres syndromes tel le burn-out dont elle est conceptuellement proche, et d'identifier des facteurs de risque afin d'accompagner les vétérinaires dans leur prise en charge.

Aucune donnée nominative ne vous sera demandée dans le cadre de cette enquête. L'anonymat est, par conséquent, pleinement garanti. Afin de limiter le risque de biais, il est important de répondre en toute honnêteté aux questions.

Subdivisée en 6 sections, l'enquête ne vous prendra qu'une dizaine de minutes !

Section 2 : Etude de facteurs prédisposants

Il s'agit ici de récolter des données centrées sur votre rythme et vos habitudes de travail.

Il n'y a pas de bonne réponse.

2.1 Combien d'heures de travail hebdomadaire comptabilisez-vous : en clinique ou en missions en extérieur en journée?

Réponse courte

2.2.1 Combien de gardes / astreintes comptabilisez-vous par semaine ?

Echelle 0 → 7

2.2.2 Quel est la durée de votre temps de repos en lendemain de garde ?

Choix unique : absence de repos / ½ journée / 1 journée complète

2.3 Combien d'heures par semaine accordez-vous à vos activités / loisirs ?

Réponse heure

[Pop up : On entend ici des activités / loisirs tant physiques (pratique sportive, ...), pratiques (bricolage, jardinage, ...) que culturels (cinéma, théâtre, télévision, cinéma, ...) ou sociales (cafés, associations, ...) et remplissant au moins l'une de ces trois fonctions : délasserment, divertissement ou développement personnel]

2.4 Combien de semaines de vacances disposez-vous par an ?

Echelle 0 → 9 et plus

2.4 Quel(s) comportement(s) addictif(s) et / ou trouble(s) du comportement alimentaire vous concernent ?

Choix multiples

Tabagisme, Alcoolisme, Dépendance à la drogue, jeux vidéos, jeux d'argent / de hasard, Bigorexie

Anorexie, Boulimie

Autre

2.5 Comment évaluez-vous la qualité de vos rapports entre collègues, et plus généralement l'ambiance de votre structure de travail ?

Choix unique échelle de 4 : Excellent / Bon / Médiocre / très mauvais

2.6 Globalement, vous vous sentez soutenu(e) au quotidien par : amis / collègues / famille

Choix unique pour chaque section : Pas du tout / Peu / suffisamment / beaucoup

2.7 Vous arrive - t- il de vous sentir seul(e), isolé(e) ?

Choix unique : Jamais / Rarement / Parfois / Très souvent

2.8 Vous avez déjà rencontré les situations suivantes :

Réponse grille oui / non

- Événement traumatique dans le cadre du travail
- Evenement traumatique hors cadre travail
- Collègue exposé(e) à un événement traumatique
- Membre de l'entourage (autre que collègue) exposé(e) à un évènement traumatique
- Propriétaire d'animaux (autre que collègue et entourage) exposé(e) à un événement traumatique

2.9 A votre avis, au cours de votre carrière, au moins l'un de vos collègues a déjà souffert du syndrome de fatigue compassionnelle :

Réponse oui / non / Ne sait pas

Section 3 : Evaluation de la fatigue compassionnelle - Test ProQol

Les questions suivantes ont pour but d'évaluer la présence de la fatigue compassionnelle chez chaque répondant. Elles se basent sur vos expériences personnelle et professionnelle actuelles.

Pour chaque item, inscrivez dans la colonne de gauche la note qui reflète la fréquence à laquelle vous avez vécu chaque situation au cours des 30 derniers jours: 1 = Jamais / 2 = Rarement / 3 = Parfois / 4 = Souvent / 5 = Très souvent

Afin de limiter le risque de biais, il est important de répondre avec honnêteté aux questions; aucun jugement n'est porté, il n'existe pas de bonne réponse.

	1. Je suis heureux
	2. Je suis préoccupé(e) par plus d'un animal / client que j'aide
	3. Je ressens de la satisfaction à pouvoir aider.
	4. Je me sens lié(e) à autrui.
	5. Je sursaute ou suis surpris(e) par des bruits inattendus.
	6. Travailler avec mes patients / clients me donne de l'énergie.
	7. Il m'est difficile de séparer ma vie privée de ma profession.
	8. Ma productivité au travail baisse parce que je perds le sommeil du fait d'expériences traumatisantes parmi les animaux / clients que j'aide.
	9. Je pense que j'ai pu être affecté(e) par le stress traumatique des animaux / clients que j'aide.
	10. Je me sens pris(e) au piège par mon travail.

	11. En raison de ma profession vétérinaire, je me suis senti(e) « sur les nerfs » pour diverses raisons.
	12. J'aime mon travail.
	13. Je me sens déprimé(e) du fait des expériences traumatisantes des animaux / clients que j'ai en charge.
	14. J'ai l'impression de ressentir le traumatisme d'un animal / client que j'ai aidé.
	15. Mes croyances / convictions me soutiennent.
	16. Je suis satisfait(e) de la façon dont je me tiens au courant de l'évolution des techniques et protocoles en pratique vétérinaire.
	17. Je suis la personne que j'ai toujours voulu être.
	18. Mon travail me procure de la satisfaction.
	19. Je me sens épuisé(e) par mon travail vétérinaire.
	20. J'ai des pensées et des sentiments agréables concernant les animaux / clients que j'ai pris en charge et la façon dont j'ai pu les aider.
	21. Je me sens submergé(e) parce que la charge de travail à laquelle je dois faire face me semble inépuisable.
	22. Je crois que mon travail me permet de faire la différence (au sens "contribuer à la santé des patients / clients, se sentir utile").
	23. J'évite certaines activités ou situations car elles me rappellent des expériences effrayantes faites par des animaux / clients que j'ai en charge.
	24. Je suis fier(e) de ce que je peux faire pour prendre en charge un animal / client.
	25. Du fait de ma profession vétérinaire, je suis envahi(e) par des pensées effrayantes.
	26. Je me sens "coincé(e)" par le système.
	27. J'ai le sentiment de réussir dans mon travail.
	28. Je ne peux me souvenir de parties importantes de mon travail avec des victimes de traumatisme.
	29. Il est très important pour moi de prendre soin d'autrui.
	30. Je suis heureux/se d'avoir choisi d'être vétérinaire.

Section 4 : Assistance psychologique et stigmatisation

[La stigmatisation est basée sur la discrimination d'un individu à partir de caractéristiques physiques ou morales considérées comme socialement inacceptables par un groupe dominant] L'auto-stigmatisation se définit comme la perception d'un individu de ne pas être socialement acceptable.

La dévalorisation sociétale conduit l'individu nécessitant une assistance psychologique à internaliser son mal-être. L'absence de verbalisation de ses affects, son malaise conduisent irrémédiablement à une érosion progressive de l'estime de soi.

Les 10 prochaines questions ont pour objectif d'évaluer votre niveau de considération / préoccupation à l'égard d'une aide psychologique auprès d'un thérapeute. Pour chaque item, inscrivez dans la colonne de gauche la note qui reflète le mieux votre situation :

1 = Pas du tout d'accord / 2 = Pas d'accord / 3 = Neutre / 4 = D'accord / 5 = Tout à fait d'accord

	1. Je me sentirais mal si je me rendais chez un thérapeute pour une aide psychologique.
	2. Je perdrais la confiance que j'ai en moi si je cherchais une aide professionnelle.
	3. Solliciter une aide psychologique me rendrait moins intelligent.
	4. Mon estime de moi-même augmenterait si je parlais à un thérapeute.
	5. Solliciter l'aide d'un thérapeute ne changerait pas ma confiance en moi.
	6. J'aurais la sensation de me sentir inférieur(e) si je demandais l'aide d'un thérapeute.
	7. Je me sentirais mieux si je choisissais de demander de l'aide professionnelle.
	8. Si j'allais voir un thérapeute, je serais moins satisfait de moi-même.
	9. Demander une aide professionnelle pour un problème que je ne peux pas résoudre seul(e) n'altérerait pas ma confiance en moi.
	10. Je me sentirais mal si je n'arrivais pas à résoudre mes problèmes par moi-même.

Section 5 : Questions socio-démographiques

5.1 Vous êtes :

- Un homme
- Une femme

5.2 Quel âge avez-vous ?

Menu déroulant 24 → 70 ans ?

5.3 A propos de votre situation matrimoniale, vous êtes :

- En couple (marié(e), pacsé(e), en concubinage, ...)
- Célibataire

5.4 Vivez-vous avec des enfants ? *Il peut s'agir de vos enfants ou de ceux de votre conjoint(e).*

Réponse simple oui / non

5.5 En quelle année avez-vous été diplômé(e) d'une école / faculté vétérinaire ?

Menu déroulant 1970 → 2020

5.6 Quelle pratique vétérinaire en clientèle exercez-vous ?

Choix unique : Canine (NACs inclus) / Rurale / Equine / Mixte (spécifier tous types) / Autre

5.7 Vous possédez une des titres de spécialité suivant :

Choix multiples : Je ne possède pas ... / DE / CES / CEAV / DESV

5.8.1 Combien de vétérinaires composent votre équipe stable ? (vous inclus)

Menu déroulant 1 → 15 et plus

5.8.2 Combien de vétérinaire(s) associé(s) y a t il dans votre équipe stable ? (vous inclus)

Menu déroulant 1 → 10 et +

5.9 Vous êtes : (*réponse choix unique*)

Vétérinaire libéral : exerçant seul(e) en clientèle / associé(e) / collaborateur(rice) / salarié
Autre

Section 6 : Suivi de l'étude et remerciements

Je vous remercie pour le temps et l'intérêt accordés à cette enquête. Bonne continuation, et surtout, prenez soin de vous !

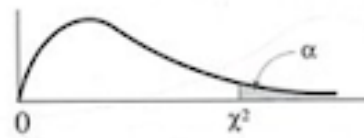
Sous garantie d'anonymat et si vous souhaitez partager une expérience en lien avec la fatigue compassionnelle, la parole est à vous : *Témoignage facultatif*

Sous garantie d'anonymat et sans lien avec les Q précédentes :

- souhait d'être recontacté(e) pour discuter plus de ce sujet : oui / non
- souhaite recevoir résultats de l' étude : oui / non

Annexe n°2 : Table de référence des valeurs du khi-deux en fonction de la p-value

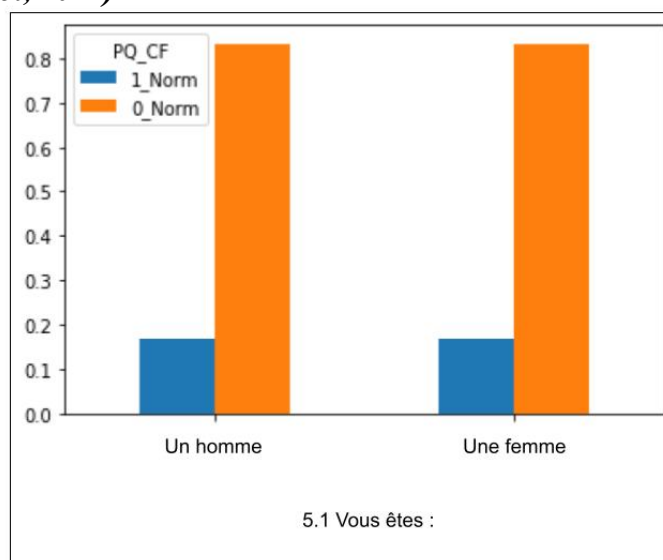
Table χ^2 : points de pourcentage supérieurs de la distribution χ^2



df	.995	.990	.975	.950	.900	.750	.500	.250	.100	.050	.025	.010	.005
1	0.00	0.00	0.00	0.00	0.02	0.10	0.45	1.32	2.71	3.84	5.02	6.63	7.88
2	0.01	0.02	0.05	0.10	0.21	0.58	1.39	2.77	4.61	5.99	7.38	9.21	10.60
3	0.07	0.11	0.22	0.35	0.58	1.21	2.37	4.11	6.25	7.82	9.35	11.35	12.84
4	0.21	0.30	0.48	0.71	1.06	1.92	3.36	5.39	7.78	9.49	11.14	13.28	14.86
5	0.41	0.55	0.83	1.15	1.61	2.67	4.35	6.63	9.24	11.07	12.83	15.09	16.75
6	0.68	0.87	1.24	1.64	2.20	3.45	5.35	7.84	10.64	12.59	14.45	16.81	18.55
7	0.99	1.24	1.69	2.17	2.83	4.25	6.35	9.04	12.02	14.07	16.01	18.48	20.28
8	1.34	1.65	2.18	2.73	3.49	5.07	7.34	10.22	13.36	15.51	17.54	20.09	21.96
9	1.73	2.09	2.70	3.33	4.17	5.90	8.34	11.39	14.68	16.92	19.02	21.66	23.59
10	2.15	2.56	3.25	3.94	4.87	6.74	9.34	12.55	15.99	18.31	20.48	23.21	25.19
11	2.60	3.05	3.82	4.57	5.58	7.58	10.34	13.70	17.28	19.68	21.92	24.72	26.75
12	3.07	3.57	4.40	5.23	6.30	8.44	11.34	14.85	18.55	21.03	23.34	26.21	28.30
13	3.56	4.11	5.01	5.89	7.04	9.30	12.34	15.98	19.81	22.36	24.74	27.69	29.82
14	4.07	4.66	5.63	6.57	7.79	10.17	13.34	17.12	21.06	23.69	26.12	29.14	31.31
15	4.60	5.23	6.26	7.26	8.55	11.04	14.34	18.25	22.31	25.00	27.49	30.58	32.80
16	5.14	5.81	6.91	7.96	9.31	11.91	15.34	19.37	23.54	26.30	28.85	32.00	34.27
17	5.70	6.41	7.56	8.67	10.09	12.79	16.34	20.49	24.77	27.59	30.19	33.41	35.72
18	6.26	7.01	8.23	9.39	10.86	13.68	17.34	21.60	25.99	28.87	31.53	34.81	37.15
19	6.84	7.63	8.91	10.12	11.65	14.56	18.34	22.72	27.20	30.14	32.85	36.19	38.58
20	7.43	8.26	9.59	10.85	12.44	15.45	19.34	23.83	28.41	31.41	34.17	37.56	40.00
21	8.03	8.90	10.28	11.59	13.24	16.34	20.34	24.93	29.62	32.67	35.48	38.93	41.40
22	8.64	9.54	10.98	12.34	14.04	17.24	21.34	26.04	30.81	33.93	36.78	40.29	42.80
23	9.26	10.19	11.69	13.09	14.85	18.14	22.34	27.14	32.01	35.17	38.08	41.64	44.18
24	9.88	10.86	12.40	13.85	15.66	19.04	23.34	28.24	33.20	36.42	39.37	42.98	45.56
25	10.52	11.52	13.12	14.61	16.47	19.94	24.34	29.34	34.38	37.65	40.65	44.32	46.93
26	11.16	12.20	13.84	15.38	17.29	20.84	25.34	30.43	35.56	38.89	41.92	45.64	48.29
27	11.80	12.88	14.57	16.15	18.11	21.75	26.34	31.53	36.74	40.11	43.20	46.96	49.64
28	12.46	13.56	15.31	16.93	18.94	22.66	27.34	32.62	37.92	41.34	44.46	48.28	50.99
29	13.12	14.26	16.05	17.71	19.77	23.57	28.34	33.71	39.09	42.56	45.72	49.59	52.34
30	13.78	14.95	16.79	18.49	20.60	24.48	29.34	34.80	40.26	43.77	46.98	50.89	53.67
40	20.67	22.14	24.42	26.51	29.06	33.67	39.34	45.61	51.80	55.75	59.34	63.71	66.80
50	27.96	29.68	32.35	34.76	37.69	42.95	49.34	56.33	63.16	67.50	71.42	76.17	79.52
60	35.50	37.46	40.47	43.19	46.46	52.30	59.34	66.98	74.39	79.08	83.30	88.40	91.98
70	43.25	45.42	48.75	51.74	55.33	61.70	69.34	77.57	85.52	90.53	95.03	100.44	104.24
80	51.14	53.52	57.15	60.39	64.28	71.15	79.34	88.13	96.57	101.88	106.63	112.34	116.35
90	59.17	61.74	65.64	69.13	73.29	80.63	89.33	98.65	107.56	113.14	118.14	124.13	128.32
100	67.30	70.05	74.22	77.93	82.36	90.14	99.33	109.14	118.49	124.34	129.56	135.82	140.19

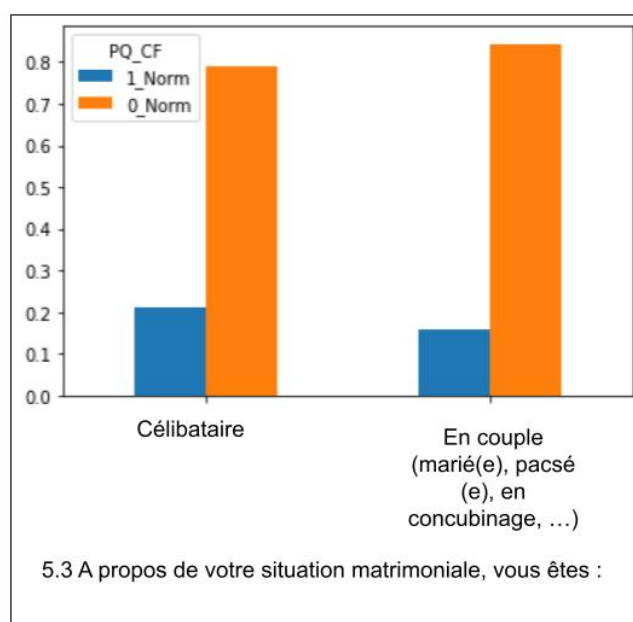
Les annexes 3 à 19 présentent les histogrammes associés à une p-value supérieure à 0,01 n'ayant pas permis d'incriminer le facteur de risque hypothétique étudié dans le développement de la fatigue compassionnelle parmi les vétérinaires praticiens en France et selon le test du khi-deux. Le diagramme associé à la répartition des répondants selon leur dépendance à la drogue n'est pas présenté car ce trouble addictif concernait une unique personne, autrement dit aucune comparaison et traitement statistique ne semblaient pertinents.

Annexe n°3 : Répartition des répondants selon le genre et le profil 1_Norm (atteint de fatigue compassionnelle) ou 0_Norm (non atteint de fatigue compassionnelle) selon le test du khi-deux (Cointot, 2021)



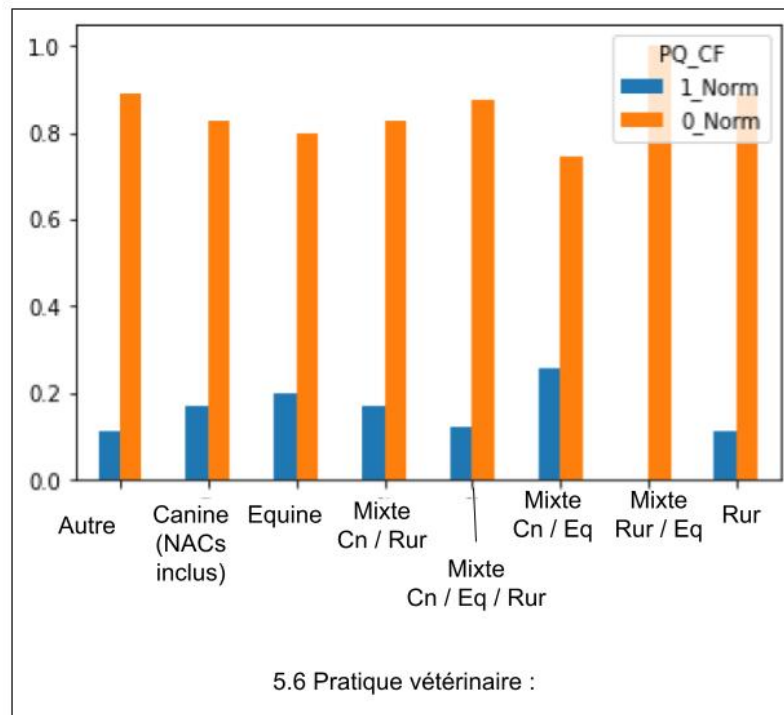
16,8% des femmes vétérinaires de l'échantillon sont touchées, ou fortement à risque de développer la fatigue compassionnelle, contre 16,6% de leurs homologues masculins.

Annexe n°4 : Répartition des répondants selon le statut matrimonial et le profil 1_Norm (atteint de fatigue compassionnelle) ou 0_Norm (non atteint de fatigue compassionnelle) selon le test du khi-deux (Cointot, 2021)



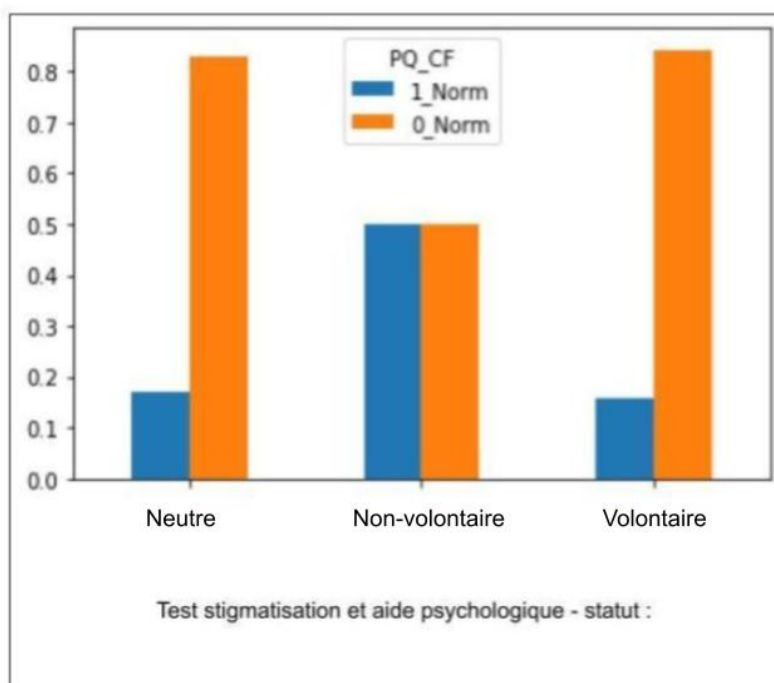
21% des vétérinaires célibataires enquêtés sont à risque vis-à-vis de la fatigue compassionnelle, contre 15,7% chez les individus en couple.

Annexe n°5 : Répartition des répondants selon la pratique vétérinaire et le profil 1_Norm (atteint de fatigue compassionnelle) ou 0_Norm (non atteint de fatigue compassionnelle) selon le test du khi-deux (Cointot, 2021)



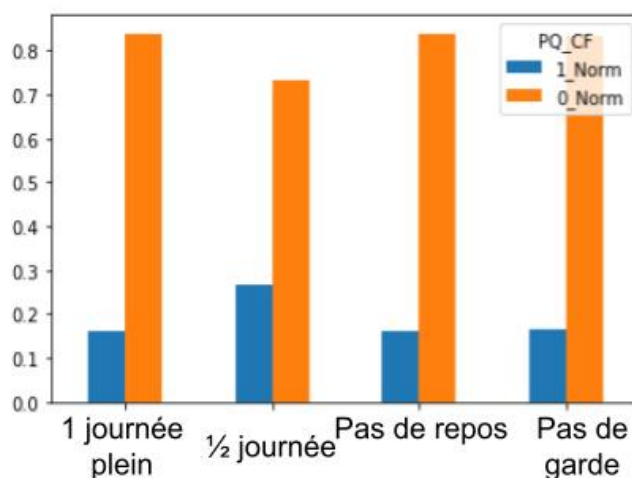
Avec 25,7% des individus touchés, la pratique mixte canine - équine semble présenter le plus de risque au regard du développement de la fatigue compassionnelle. En seconde position, ce sont 20% des vétérinaires équins qui seraient affectés, suivis par les vétérinaires canins à 17,2% ainsi que les mixtes canin - rurale à 17,1%. Parmi les enquêtés en pratique mixte canine - rurale - équine, et de la même manière parmi les ruraux ainsi que les autres pratiques, 11,1% des individus présentent un risque de fatigue compassionnelle.

Annexe n°6 : Répartition des répondants selon le statut matrimonial et le profil 1_Norm (atteint de fatigue compassionnelle) ou 0_Norm (non atteint de fatigue compassionnelle) selon le test du khi-deux (Cointot, 2021)



50% des répondants présentant le statut non-volontaire au regard de la considération d'aide psychologique sont touchés, ou fortement à risque de fatigue compassionnelle. 15,7% de ceux présentant le statut volontaire semblent à risque, contre 17% avec le statut neutre.

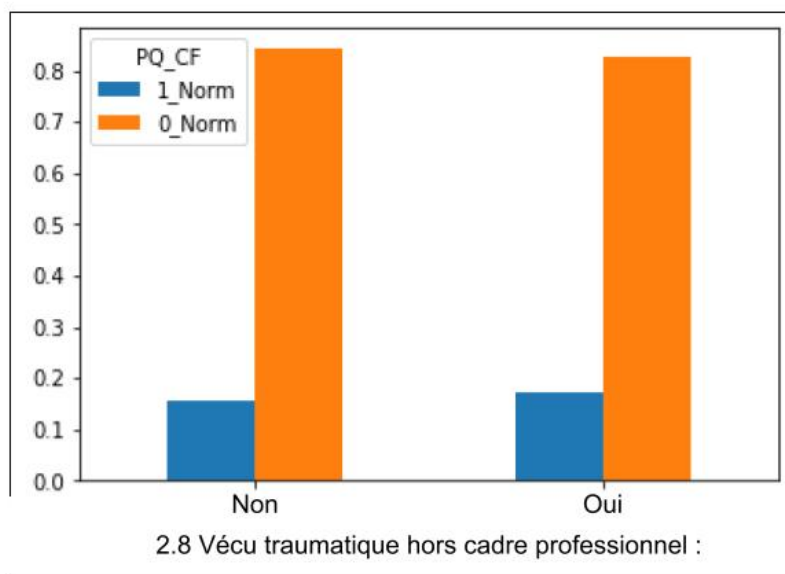
Annexe n°7 : Répartition des répondants selon le repos en lendemain d'astreinte et le profil 1_Norm (atteint de fatigue compassionnelle) ou 0_Norm (non atteint de fatigue compassionnelle) selon le test du khi-deux (Cointot, 2021)



2.2.2 Repos en lendemain de garde / astreinte:

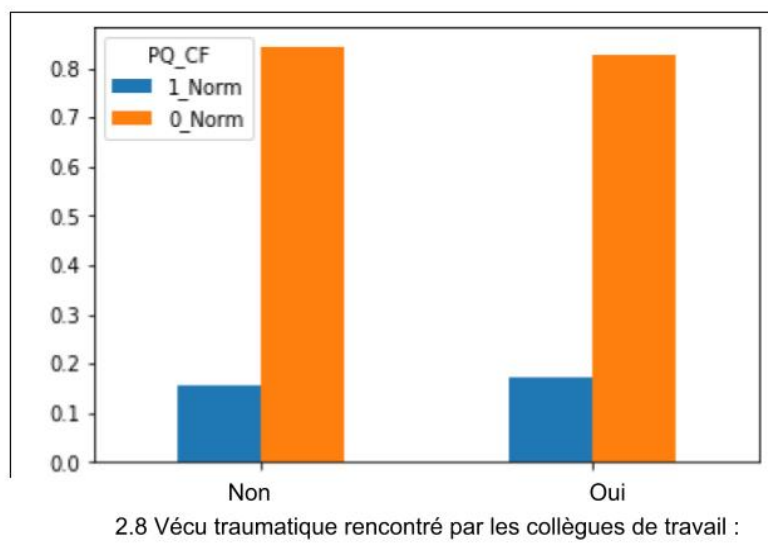
26% des répondants disposant d'une demie-journée de repos en lendemain de garde / astreinte présentent un risque de fatigue compassionnelle, contre 16% pour ceux bénéficiant d'une journée pleine, également ceux n'ayant aucun repos suite à une garde / astreinte. Les individus à risque de développement de ce syndrome parmi ceux n'assurant pas de garde / astreinte représentent 16% .

Annexe n°8 : Répartition des répondants selon la présence d'un vécu traumatique en dehors du cadre du travail et le profil 1_Norm (atteint de fatigue compassionnelle) ou 0_Norm (non atteint de fatigue compassionnelle) selon le test du khi-deux (Cointot, 2021)



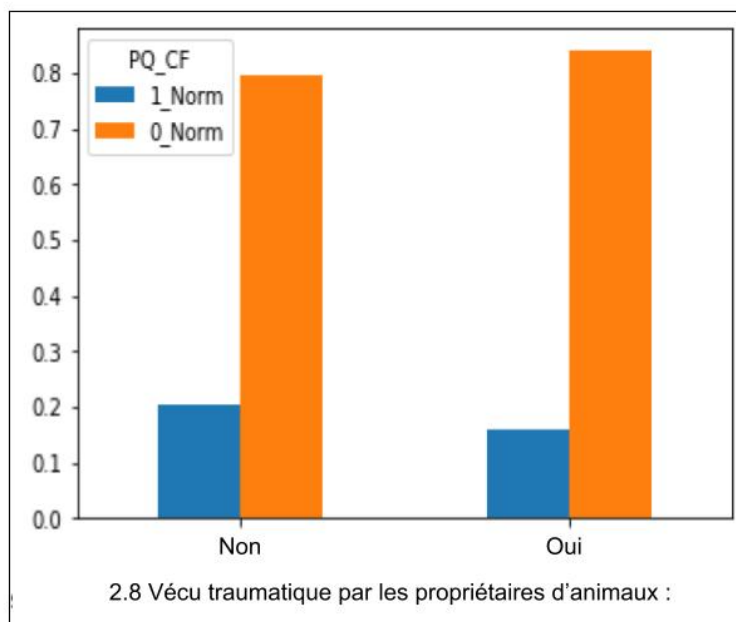
17,4% des vétérinaires enquêtés ayant rencontré un événement traumatique hors cadre professionnel semblent plus disposés à présenter un syndrome de fatigue compassionnelle, contre 15% de ceux n'ayant pas de passé traumatique dans leur sphère personnelle

Annexe n°9 : Répartition des répondants selon la présence d'un vécu traumatique parmi les confrères / collègues et le profil 1_Norm (atteint de fatigue compassionnelle) ou 0_Norm (non atteint de fatigue compassionnelle) selon le test du khi-deux (Cointot, 2021)



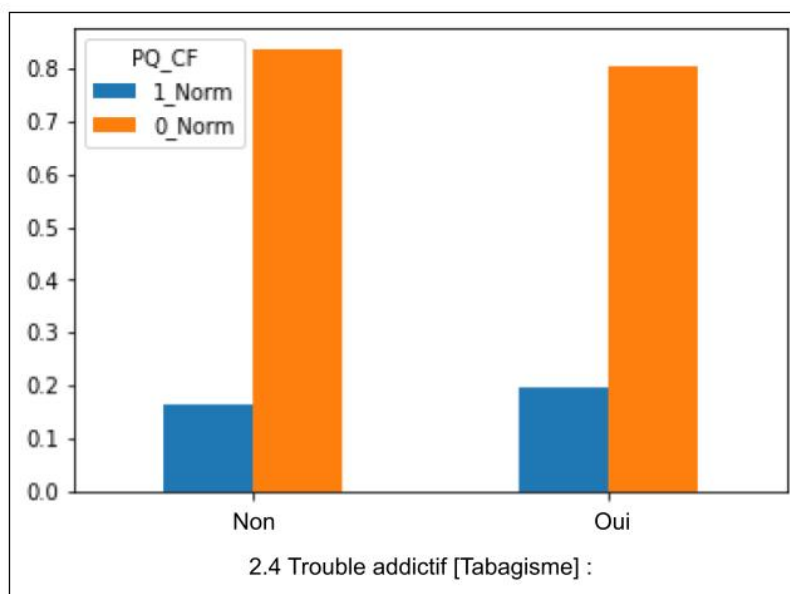
17,2% des vétérinaires enquêtés et dont les confrères / consocuers ont rencontré un événement traumatique dans le cadre du travail semblent plus à risque face au syndrome de fatigue compassionnelle, contre 15,8% si ces mêmes collègues n'ont pas de passé traumatique dans le cadre de leur travail.

Annexe n°10 : Répartition des répondants selon la présence d'un vécu traumatique parmi les propriétaires et le profil 1_Norm (atteint de fatigue compassionnelle) ou 0_Norm (non atteint de fatigue compassionnelle) selon le test du khi-deux (Cointot, 2021)



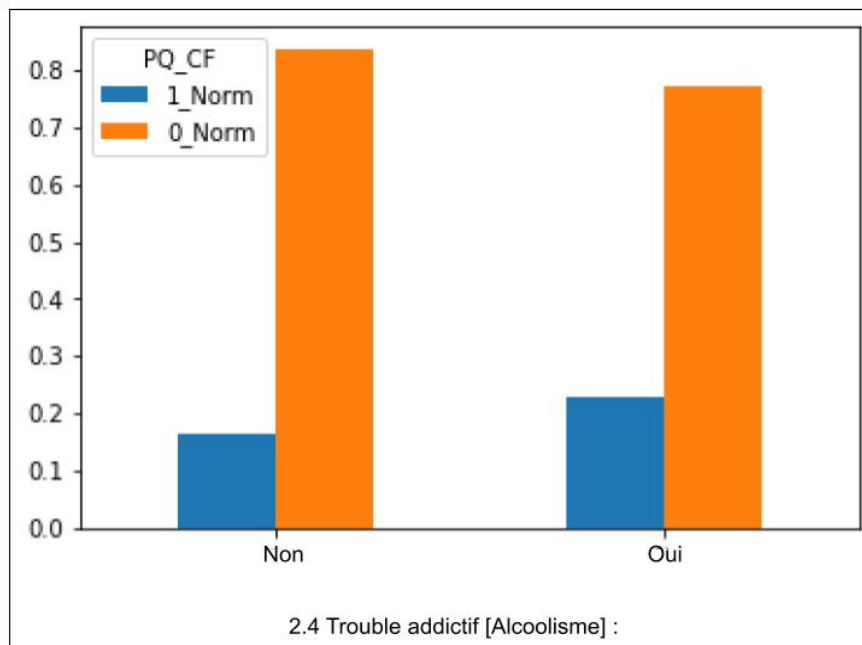
16% des vétérinaires ayant rencontré un propriétaire leur ayant fait part d'un événement traumatique personnel seraient plus à risque de déclencher la symptomatologie relative à la fatigue compassionnelle, contre 20,3% de vétérinaires n'ayant pas eu ces retours.

Annexe n°11 : Répartition des répondants selon le statut dépendant au tabagisme et le profil 1_Norm (atteint de fatigue compassionnelle) ou 0_Norm (non atteint de fatigue compassionnelle) selon le test du khi-deux (Cointot, 2021)



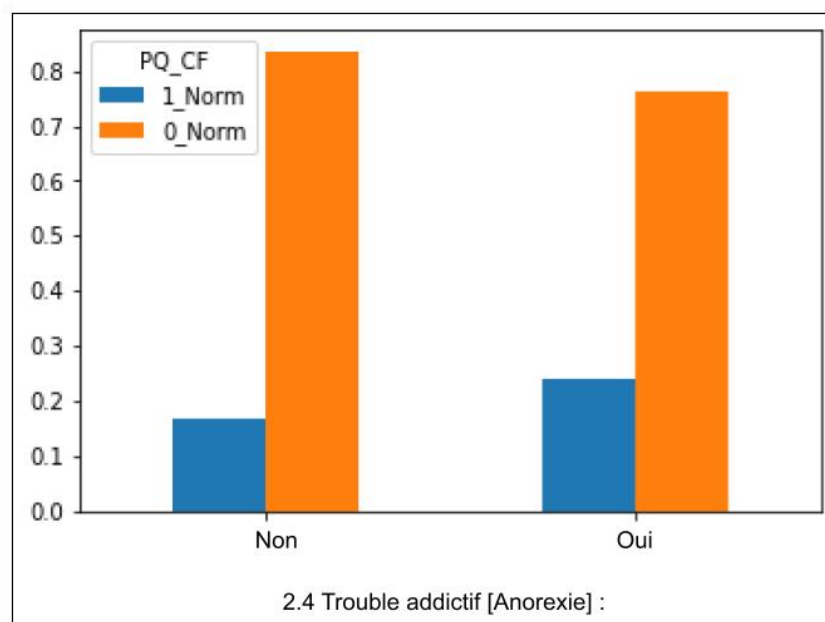
19,5% des vétérinaires tabagiques présentent un risque de fatigue compassionnelle, contre 16,4% de leurs homologues ne présentant pas ce trouble addictif.

Annexe n°12 : Répartition des répondants selon le statut dépendant à l'alcoolisme et le profil 1_Norm (atteint de fatigue compassionnelle) ou 0_Norm (non atteint de fatigue compassionnelle) selon le test du khi-deux (Cointot, 2021)



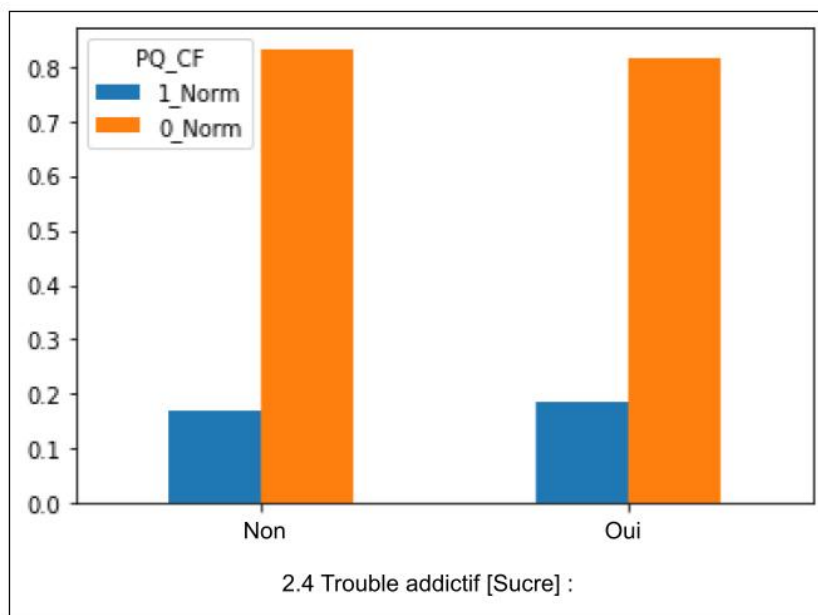
22,8% des répondants alcooliques semblent à risque de fatigue compassionnelle, contre 16,3% des non alcooliques.

Annexe n°13 : Répartition des répondants selon le statut anorexique et le profil 1_Norm (atteint de fatigue compassionnelle) ou 0_Norm (non atteint de fatigue compassionnelle) selon le test du khi-deux (Cointot, 2021)



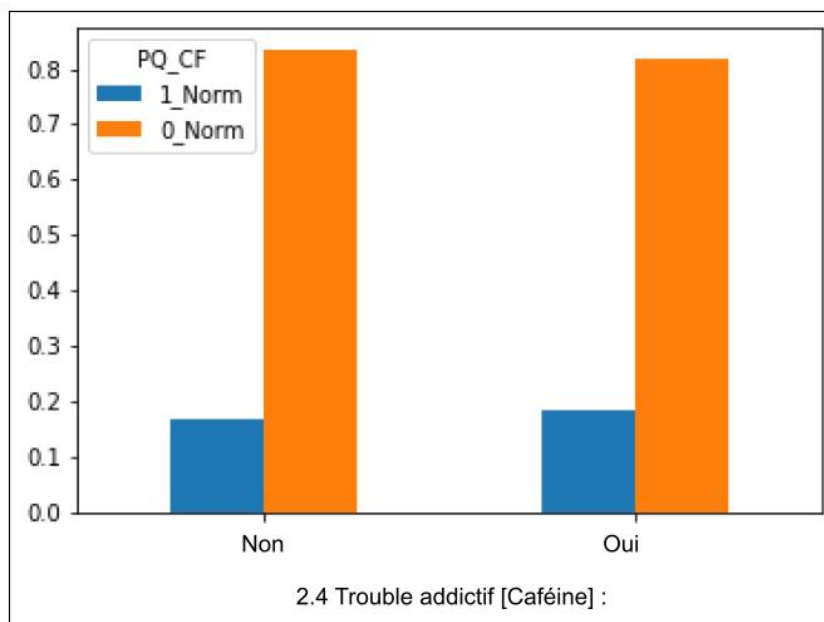
23,8% des individus anorexiques sont à risque de fatigue compassionnelle tandis que 16,6% des répondants ne présentant pas trouble du comportement alimentaire comme l'anorexie sont eux aussi à risque.

Annexe n°14 : Répartition des répondants selon le statut dépendant au sucre et le profil 1_Norm (atteint de fatigue compassionnelle) ou 0_Norm (non atteint de fatigue compassionnelle) selon le test du khi-deux (Cointot, 2021)



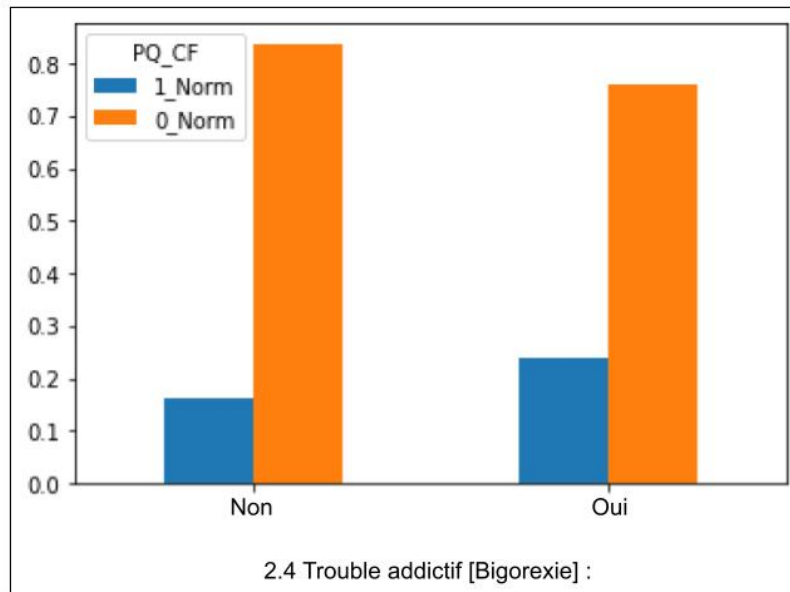
18,4% des vétérinaires enquêtés présentant une dépendance alimentaire au sucre semblent à risque de développer le syndrome de fatigue compassionnelle, contre 16,7% autrement.

Annexe n°15 : Répartition des répondants selon le statut dépendant à la caféine et le profil 1_Norm (atteint de fatigue compassionnelle) ou 0_Norm (non atteint de fatigue compassionnelle) selon le test du khi-deux (Cointot, 2021)



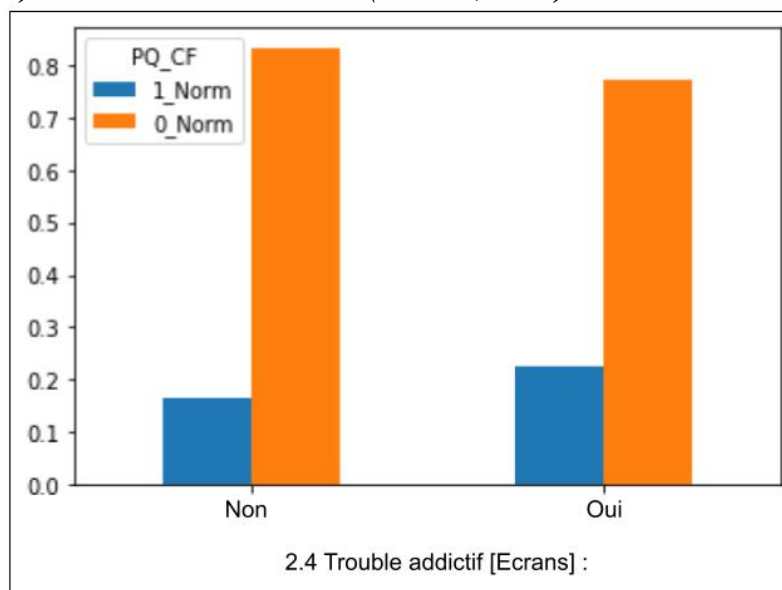
18,1 % des vétérinaires répondants consommant de manière excessive de la caféine présentent un risque accru face au syndrome de fatigue compassionnelle, et 16,7% présentent ce même risque parmi les répondant ne présentant pas cette dépendance.

Annexe n°16 : Répartition des répondants selon le statut bigorexique (dépendance à la pratique sportive) et le profil 1_Norm (atteint de fatigue compassionnelle) ou 0_Norm (non atteint de fatigue compassionnelle) selon le test du khi-deux (Cointot, 2021)



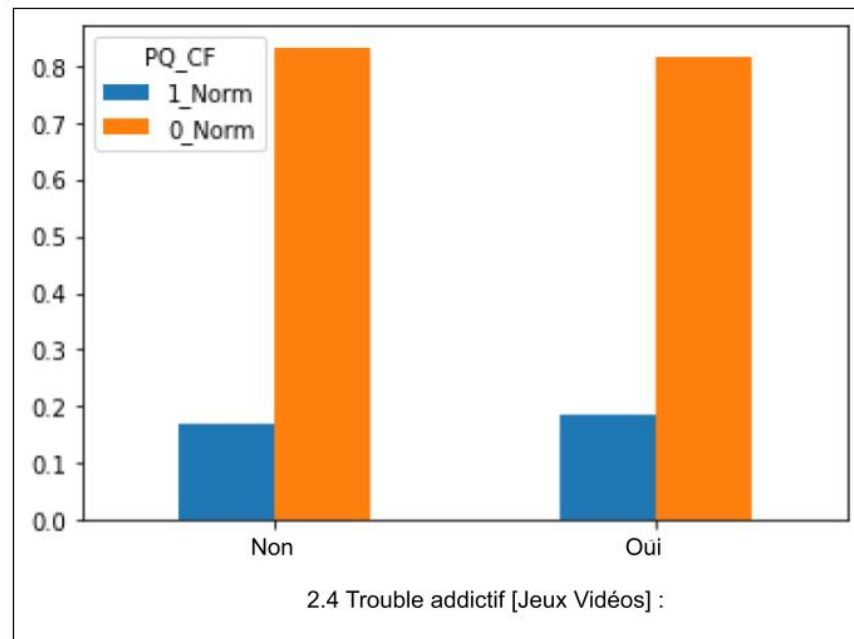
24% des vétérinaires enquêtés bigorexiques semblent à risque au regard de la fatigue compassionnelle, 16,2% des individus ne présentant pas ce trouble addictif à la pratique sportive sont également à risque.

Annexe n°17 : Répartition des répondants selon le statut dépendant aux écrans et le profil 1_Norm (atteint de fatigue compassionnelle) ou 0_Norm (non atteint de fatigue compassionnelle) selon le test du khi-deux (Cointot, 2021)



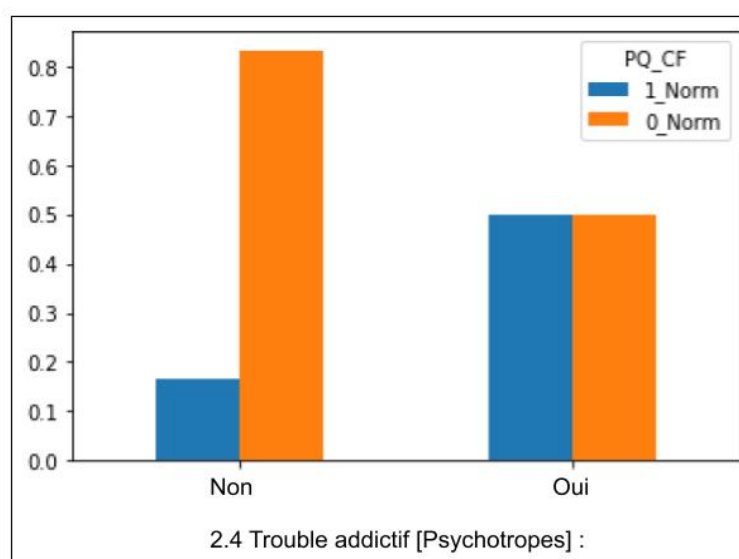
22,7% des répondants dépendant aux écrans semblent à risque face au syndrome de fatigue compassionnelle, contre 16,6% chez les non-dépendants.

Annexe n°18 : Répartition des répondants selon le statut dépendant aux jeux-vidéos et le profil 1_Norm (atteint de fatigue compassionnelle) ou 0_Norm (non atteint de fatigue compassionnelle) selon le test du khi-deux (Cointot, 2021)



18,4% des individus présentant une dépendance aux jeux vidéos présentent également un risque de développement de fatigue compassionnelle, contre 16,7% des non-dépendants

Annexe n°19 : Répartition des répondants selon le statut dépendant aux psychotropes et le profil 1_Norm (atteint de fatigue compassionnelle) ou 0_Norm (non atteint de fatigue compassionnelle) selon le test du khi-deux (Cointot, 2021)



50% des vétérinaires répondants présentant une addiction aux psychotropes semblent à risque au regard de la fatigue compassionnelle, contre 16,6% des individus ne présentant pas ce trouble addictif.

Alizé COINTOT

LA FATIGUE COMPASSIONNELLE : ETAT DES CONNAISSANCES ACTUELLES ET SEMIOLOGIE GENERALE. ETUDE DES FACTEURS DE RISQUE PARMIS LES VÉTÉRINAIRES EXERÇANT EN CLIENTÈLE EN FRANCE

COMPASSION FATIGUE : CURRENT KNOWLEDGE AND GENERAL SEMIOLOGY. STUDY OF RISK FACTORS AMONG VETERINARIAN WORKING WITH CLIENTS IN FRANCE

Thèse d'Etat de Doctorat Vétérinaire : Nantes, le 03 janvier 2022

RÉSUMÉ

La fatigue compassionnelle constitue l'une des formes de souffrance dans les professions de santé. Ce syndrome s'applique d'autant plus aux vétérinaires praticiens qu'il attaque l'essence même de leur motivation pour le métier : l'empathie. L'étude bibliographique de ce travail rappelle les différences entre les concepts clés d'empathie et de compassion qui sous-tendent ce syndrome, expliqué à travers le système des neurones miroirs; une présentation du cadre de la traumatisation secondaire dans lequel la fatigue compassionnelle s'inscrit lève toute confusion avec d'autres syndromes desquels elle est conceptuellement proche. Combinaison d'épuisement professionnel et de traumatisation psychique secondaire, son application en médecine vétérinaire se justifie par les conditions de travail, les exigences des clients, et l'absence d'équilibre entre vies professionnelle et personnelle. La confrontation régulière à la maltraitance, la maladie et la mort, ainsi qu'une ambiance au travail et une confraternité décrites comme défaillantes dans la littérature alimentent la genèse de ce syndrome. Libérer la parole par la participation à des associations de soutien, sensibiliser les étudiants dès leur entrée sur les bancs des universités vétérinaires, et savoir reconnaître les signes de fatigue compassionnelle sont des pistes préventives et curatives à explorer. Une étude menée sur les vétérinaires exerçant en clientèle en France étoffe ce travail en explorant les facteurs de risque impliqués dans le développement d'un tel syndrome, et alerte sur les exigences d'adaptabilité du vétérinaire praticien et l'ascenseur émotionnel inhérent à la profession.

MOTS CLÉS

- FATIGUE COMPASSIONNELLE
- PRATICIEN VÉTÉRINAIRE
- EMPATHIE
- PRÉVENTION

DATE DE SOUTENANCE : le 03 janvier 2022