



HAL
open science

Attitude du vétérinaire lors de l'évocation de l'euthanasie d'un animal à son propriétaire : évaluation par les étudiants

Julien Durand

► **To cite this version:**

Julien Durand. Attitude du vétérinaire lors de l'évocation de l'euthanasie d'un animal à son propriétaire : évaluation par les étudiants. Médecine vétérinaire et santé animale. 2023. dumas-04219486

HAL Id: dumas-04219486

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04219486v1>

Submitted on 27 Sep 2023

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.

ANNEE 2023 THESE : 2023 – TOU 3 – 4053

ATTITUDE DU VÉTÉRINAIRE LORS DE L'ÉVOCATION DE L'EUTHANASIE D'UN ANIMAL À SON PROPRIÉTAIRE : ÉVALUATION PAR LES ÉTUDIANTS

THESE D'EXERCICE

pour obtenir le titre de
DOCTEUR VÉTÉRINAIRE

DIPLOME D'ÉTAT

*présentée et soutenue publiquement
devant l'Université Paul-Sabatier de Toulouse*

par

DURAND Julien, Romain, Olivier, Armand

Né le 25/09/1997 à AIX-EN-PROVENCE (13)

Directrice de thèse : Mme Armelle DIQUELOU

JURY

PRESIDENTE :
Mme Caroline LACROUX

Professeure à l'Ecole Nationale Vétérinaire de TOULOUSE

ASSESEURS :
Mme Armelle DIQUELOU
Mme Annabelle MEYNADIER

Professeure à l'Ecole Nationale Vétérinaire de TOULOUSE
Professeure à l'Ecole Nationale Vétérinaire de TOULOUSE

**Ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation
ÉCOLE NATIONALE VÉTÉRINAIRE DE TOULOUSE**

Liste des directeurs/assesseurs de thèse de doctorat vétérinaire

Directeur : Professeur Pierre SANS

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

- M. **BAILLY Jean-Denis**, *Hygiène et industrie des aliments*
- M. **BERTAGNOLI Stéphane**, *Pathologie infectieuse*
- M. **BOUSQUET-MELOU Alain**, *Pharmacologie, thérapeutique*
- M. **BRUGERE Hubert**, *Hygiène et industrie des aliments d'origine animale*
- M. **CONCORDET Didier**, *Mathématiques, statistiques, modélisation*
- M. **DELVERDIER Maxence**, *Anatomie pathologique*
- Mme **GAYRARD-TROY Véronique**, *Physiologie de la reproduction, endocrinologie*
- M. **GUERIN Jean-Luc**, *Aviculture et pathologie aviaire*
- Mme **HAGEN-PICARD Nicole**, *Pathologie de la reproduction*
- M. **MEYER Gilles**, *Pathologie des ruminants*
- M. **SCHELCHER François**, *Pathologie médicale du bétail et des animaux de basse-cour*
- Mme **TRUMEL Catherine**, *Biologie médicale animale et comparée*

PROFESSEURS 1^{ère} CLASSE

- Mme **BOURGES-ABELLA Nathalie**, *Histologie, anatomie pathologique*
- Mme **CADIERGUES Marie-Christine**, *Dermatologie vétérinaire*
- M. **DUCOS Alain**, *Zootechnie*
- M. **FOUCRAS Gilles**, *Pathologie des ruminants*
- M. **GUERRE Philippe**, *Pharmacie et toxicologie*
- M. **JACQUIET Philippe**, *Parasitologie et maladies parasitaires*
- Mme **LACROUX Caroline**, *Anatomie pathologique, animaux d'élevage*
- Mme **LETRON-RAYMOND Isabelle**, *Anatomie pathologique*
- M. **LEFEBVRE Hervé**, *Physiologie et thérapeutique*
- M. **MAILLARD Renaud**, *Pathologie des ruminants*
- Mme **MEYNADIER Annabelle**, *Alimentation animale*

PROFESSEURS 2^{ème} CLASSE

- Mme **BOULLIER Séverine**, *Immunologie générale et médicale*
- Mme **CAMUS Christelle**, *Biologie cellulaire et moléculaire*
- M. **CORBIERE Fabien**, *Pathologie des ruminants*
- Mme **DIQUELOU Armelle**, *Pathologie médicale des équidés et des carnivores*
- M. **MATHON Didier**, *Pathologie chirurgicale*
- M. **MOGICATO Giovanni**, *Anatomie, imagerie médicale*
- M. **NOUVEL Laurent**, *Pathologie de la reproduction*
- Mme **PAUL Mathilde**, *Epidémiologie, gestion de la santé des élevages avicoles*
- M. **VOLMER Romain**, *Microbiologie et infectiologie*

MAITRES DE CONFERENCES HORS CLASSE

- M. **BERGONIER Dominique**, *Pathologie de la reproduction*
Mme **BIBBAL Delphine**, *Hygiène et industrie des denrées alimentaires d'origine animale*
M. **JAEG Jean-Philippe**, *Pharmacie et toxicologie*
M. **LYAZRHI Faouzi**, *Statistiques biologiques et mathématiques*
Mme **PALIERNE Sophie**, *Chirurgie des animaux de compagnie*
Mme **PRIYMENKO Nathalie**, *Alimentation*

MAITRES DE CONFERENCES CLASSE NORMALE

- M. **ASIMUS Erik**, *Pathologie chirurgicale*
Mme **BRET Lydie**, *Physique et chimie biologiques et médicales*
Mme **BOUHSIRA Emilie**, *Parasitologie, maladies parasitaires*
M. **CARTIAUX Benjamin**, *Anatomie, imagerie médicale*
M. **COMBARROS Daniel**, *Dermatologie vétérinaire*
M. **CONCHOU Fabrice**, *Imagerie médicale*
Mme **DANIELS Hélène**, *Immunologie, bactériologie, pathologie infectieuse*
Mme **DAVID Laure**, *Hygiène et industrie des aliments*
M. **DIDIMO IMAZAKI Pedro**, *Hygiène et industrie des aliments*
M. **DOUET Jean-Yves**, *Ophthalmologie vétérinaire et comparée*
Mme **FERRAN Aude**, *Physiologie*
M. **FUSADE-BOYER**, *Microbiologie et infectiologie*
Mme **GRANAT Fanny**, *Biologie médicale animale*
Mme **JOURDAN Géraldine**, *Anesthésie, analgésie*
M. **JOUSSERAND Nicolas**, *Médecine interne des animaux de compagnie*
Mme **LALLEMAND Elodie**, *Chirurgie des équidés*
Mme **LAVOUE Rachel**, *Médecine Interne*
M. **LE LOC'H Guillaume**, *Médecine zoologique et santé de la faune sauvage*
M. **LIENARD Emmanuel**, *Parasitologie et maladies parasitaires*
Mme **MEYNAUD-COLLARD Patricia**, *Pathologie chirurgicale*
Mme **MILA Hanna**, *Elevage des carnivores domestiques*
M. **VERGNE Timothée**, *Santé publique vétérinaire, maladies animales réglementées*
Mme **WASET-SZKUTA Agnès**, *Production et pathologie porcine*

INGENIEURS DE RECHERCHE

- M. **AUMANN Marcel**, *Urgences, soins intensifs*
M. **AUVRAY Frédéric**, *Santé digestive, pathogénie et commensalisme des entérobactéries*
M. **CASSARD Hervé**, *Pathologie des ruminants*
M. **CROVILLE Guillaume**, *Virologie et génomique cliniques*
Mme **DIDIER Caroline**, *Anesthésie, analgésie*
M. **DELPONT Mattias**, *Clinique Aviaire*
Mme **DUPOUY GUIRAUTE Véronique**, *Innovations thérapeutiques et résistances*
Mme **GAILLARD Elodie**, *Urgences, soins intensifs*
Mme **GEFFRE Anne**, *Biologie médicale animale et comparée*
Mme **GRISEZ Christelle**, *Parasitologie et maladies parasitaires*
Mme **JEUNESSE Elisabeth**, *Bonnes pratiques de laboratoire*
Mme **LAYSSOL-LAMOUR Catherine**, *Imagerie Médicale*
Mme **POUJADE Agnès**, *Anatomie pathologique Vétérinaire*
Mme **PRESSANTI Charline**, *Dermatologie vétérinaire*
M. **RAMON PORTUGAL Felipe**, *Innovations thérapeutiques et résistances*
M. **REYNOLDS Brice**, *Médecine interne des animaux de compagnie*
Mme **ROUCH BUCK Pétra**, *Médecine préventive*
Mme **SAADA Chloé**, *Gestion intégrée de la santé des ruminants*

REMERCIEMENTS

À Madame le Professeur Caroline LACROUX,

Directrice de l'Enseignement et de la Vie Étudiante
Professeur de l'École Nationale Vétérinaire de Toulouse
Anatomie pathologique, animaux d'élevage

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence du jury de thèse.
Hommages respectueux.

À Madame le Docteur Armelle DIQUELOU,

Professeur de l'École Nationale Vétérinaire de Toulouse
Pathologie médicale des Équidés et des Carnivores

Qui nous a fait l'honneur d'accepter la direction de cette thèse.
Pour son aide pour l'écriture des saynètes constituant la base de l'enquête réalisée.
Pour son aide à la direction du tournage des saynètes.
Pour son aide à la rédaction et mise en ligne du questionnaire de l'enquête.
Sincère reconnaissance.

À Madame le Docteur Annabelle MEYNADIER,

Professeur de l'École Nationale Vétérinaire de Toulouse
Alimentation

Qui nous a fait l'honneur de participer à notre jury de thèse.
Sincères remerciements.

Au club théâtre de l'École Nationale Vétérinaire de Toulouse et à Nicolas et River

Pour avoir joué les saynètes, sans quoi le questionnaire n'aurait pu avoir lieu.
Sincères remerciements.

Aux étudiants vétérinaires toulousains ayant répondu au questionnaire,

Pour leur participation active et indispensable à la réalisation de cette étude.
Sincères remerciements.

Table des matières

Table des matières	7
Tables des illustrations	11
Introduction.....	13
Première partie : Étude bibliographique.....	16
I. Animaux et euthanasie : sémantique, réglementation et éthique	16
A. Définition, statut et aspect réglementaire de l'animal de compagnie	16
B. Rôles et impact des animaux de compagnie sur leur propriétaires.....	17
1. Les différents rôles de l'animal de compagnie.....	17
2. L'impact positif d'un animal de compagnie pour un propriétaire	18
C. Définition et raisons de l'euthanasie.....	19
1. L'absence de législation claire concernant l'euthanasie	20
2. Classification des trois grandes catégories des causes de demande d'euthanasie	20
D. Les principes éthiques et moraux régissant l'euthanasie	22
1. L'autonomie du patient.....	22
2. La bienfaisance	22
E. Différentes bases de communication.....	23
1. Communication basée sur l'empathie.....	23
2. Communication basée sur la sympathie	23
3. Conflit entre la notion de sympathie et d'empathie.....	24
4. Autres types de comportements de communication.....	25
II. L'annonce des mauvaises nouvelles en clinique	26
A. Définition des « mauvaises nouvelles »	26
B. Savoir communiquer en clinique.....	27
C. Ce qui est fait en pratique par les cliniciens.....	28
D. Les limites de la communication des cliniciens dans la réalité.....	30
III. L'impact psychologique des mauvaises nouvelles sur les cliniciens et les patients.....	33
A. Le clinicien doit penser à son bien-être	33
B. Une mauvaise expérience peut rendre les cliniciens antipathiques.....	34
C. Les peurs engendrées par l'annonce de mauvaises nouvelles	36
1. Le peur d'être jugé	36
2. La peur de l'impréparation.....	37
3. La peur de déclencher une réaction émotionnelle.....	37
4. La peur d'exprimer des émotions.....	38

5. La peur de ne pas détenir les réponses.....	38
6. La peur intrinsèque de la maladie et de la mort	38
D. L'impact des mauvaises nouvelles sur les patients et l'interaction avec les patients	39
1. Sur les patients	39
2. Sur l'interaction avec les patients	40
E. Ce qu'en pensent des résidents	41
IV. Des conduites à tenir possibles pour annoncer les mauvaises nouvelles	41
A. L'apprentissage de l'annonce de mauvaises nouvelles apparaît nécessaire	41
B. Une approche centrée sur le patient	42
1. Une approche du patient sans pour autant se concentrer sur ses émotions.....	43
2. Le clinicien ne devrait pas se sentir le devoir de protéger son patient.....	44
3. Le clinicien ne devrait pas mentir ou contrôler l'information pour son propre confort.....	45
4. Le clinicien ne devrait pas se porter garant de la rémission de son patient.....	45
V. Plus que des conduites à tenir, des méthodes de communication à apprendre.....	46
A. Une diversité de méthodes	46
B. D'autres méthodes plus précises, les méthodes CLASS et SPIKES	48
1. La méthode CLASS	48
2. La méthode SPIKES	52
VI. L'empathie et la sympathie au cœur de la communication.....	54
A. Rappel sur des approches	54
B. L'empathie possède un impact établi sur la guérison du patient	55
C. L'empathie peut se dichotomiser entre le comportement joué du clinicien et l'impact émotionnel qu'il tolère ressentir pour son patient.....	56
D. L'empathie émotionnelle et l'empathie cognitive.....	57
1. L'empathie émotionnelle	58
2. L'empathie cognitive	58
E. L'empathie comportementale rejoint le modèle tridimensionnel de Irving.....	60
F. L'empathie morale.....	61
G. Tomber dans la sympathie.....	62
H. Différences entre l'empathie et la compassion, un terme médicalement délaissé	63
VII. Enseigner et encourager l'empathie en études médicales.....	66
A. Enseigner l'empathie.....	66
B. Des résultats favorables à enseigner l'empathie	68
C. Le paradoxe d'enseigner l'empathie	69
1. L'apprentissage en médecine oriente les étudiants vers un détachement du patient.....	69
2. Les normes académiques se tourneraient davantage vers l'empathie cognitive	70

3. L'empathie cognitive peut mener à de la fausse empathie	71
4. Le rejet de l'empathie	72
VIII. Une relation tripartite entre le propriétaire, son animal et le vétérinaire	73
A. Une évolution des relations	73
B. Un contrat tripartite	73
C. Le bon cours de l'information	74
D. L'empathie en médecine vétérinaire	75
E. L'euthanasie en médecine vétérinaire	76
Deuxième partie : Étude auprès des étudiants vétérinaires	79
I. Introduction et objectifs	79
II. Matériel et méthodes	80
A. Moyen d'étude	80
B. Construction du questionnaire	80
C. Analyse statistique des résultats de l'étude	82
III. Résultats de l'enquête	82
A. Caractérisation des étudiants répondants	82
1. Identité des participants	82
2. Les animaux à l'enfance des participants	83
3. La possession actuelle d'animaux de compagnie des participants	83
B. L'importance des animaux de compagnie perçue en fonction de l'enfance, de la possession actuelle d'un animal de compagnie et du sexe	84
1. En fonction du sexe	84
2. En fonction de la présence d'animaux à l'enfance	86
3. En fonction de la possession actuelle d'animaux de compagnie	89
C. La perception de l'euthanasie	90
D. Évaluation des différents scénarios par les étudiants en fonction de l'année d'étude	91
1. Observation de tendances	95
2. Représentabilité des moyennes de chaque année d'étude	96
3. Calculs de tailles correctes d'échantillons	99
E. Évaluation des différents scénarios par les étudiants en fonction du sexe	100
F. Présentation de l'évaluation des différentes attitudes vétérinaires sans distinction de l'année d'étude ou du sexe	101
1. L'attitude antipathique	102
2. L'attitude factuelle	103
3. L'attitude neutre	104
4. L'attitude sympathique	105

5. L'attitude empathique.....	106
G. Comparaisons des résultats du questionnaire, toute année d'étude confondue et indépendamment du sexe des participants.....	107
1. Comparaison de la qualité de l'information entre les attitudes factuelle et neutre	107
2. Comparaison de l'attitude neutre à l'attitude sympathique	108
3. Comparaison de l'attitude neutre à l'attitude empathique.....	109
IV. Discussions	109
A. Limites de l'étude.....	109
B. Nécessité d'enseigner les dangers de l'attitude antipathique.....	110
C. Capacité des étudiants à distinguer empathie/sympathie	111
D. La tendance à la distance émotionnelle des internes/DE.....	111
E. La prédominance de la neutralité émotionnelle	112
F. Les risques d'épuisement des attitudes neutre et empathique.....	113
G. Intérêts de l'étude.....	114
H. Recul sur l'étude	115
Conclusion	117
Bibliographie.....	120
Annexes	130
Annexe 1 – Questionnaire.....	130
Annexe 2 – Scénarios.....	136

Tables des illustrations

Figure 1 : Liste des « preparation summary score » et « delivery summary score ».....	29
Figure 2 : Proportion des animaux classés « Autre » présents à l'enfance de 41,7% des participants totaux (en pourcentage).....	83
Figure 3 : Proportion des animaux catégorisés « Autre » actuellement possédés par les participants de cette catégorie (en pourcentage).....	84
Figure 4 : Test de Fisher exact sur logiciel R.....	86
Figure 5 : Exemple de présentation des résultats des deux dernières questions dans le cas de l'attitude empathique	92
Figure 6 : Démonstration du test ANOVA à un facteur des résultats de toutes les promotions quant à la question de l'implication émotionnelle de l'attitude empathique	98
Figure 7 : Formule du calcul de l'effectif d'un échantillon d'une population donnée.....	99
Figure 8 : Présentation des tests effectués sur les effectifs hommes et femmes notant le critère « Empathie » de l'attitude empathique.....	101
Figure 9 : Diagrammes explicatifs de deux résultats du questionnaire : volonté des étudiants d'être confrontés à l'attitude factuelle et estimation du risque d'épuisement professionnel par les étudiants de l'adoption de cette attitude	104
Figure 10 : Diagrammes explicatifs de deux résultats du questionnaire : volonté des étudiants d'être confrontés à l'attitude neutre et estimation du risque d'épuisement professionnel par les étudiants de l'adoption de cette attitude	105
Figure 11 : Diagrammes explicatifs de deux résultats du questionnaire : volonté des étudiants d'être confrontés à l'attitude sympathique et estimation du risque d'épuisement professionnel par les étudiants de l'adoption de cette attitude	106
Figure 12 : Diagrammes explicatifs de deux résultats du questionnaire : volonté des étudiants d'être confrontés à l'attitude empathique et estimation du risque d'épuisement professionnel par les étudiants de l'adoption de cette attitude	107
Tableau 1 : Tableau récapitulatif de la proportion des femmes et des hommes estimant l'importance de leur animaux de compagnie	85
Tableau 2 : Tableau récapitulatif de la proportion des hommes et des femmes estimant l'importance des animaux de compagnie en fonction de la présence d'animaux à l'enfance.....	87
Tableau 3 : Tableau récapitulatif de la proportion d'hommes et de femmes estimant l'importance des animaux de compagnie en fonction de leur possession actuelle d'un animal	89
Tableau 4 : Tableau récapitulatif de la répartition en années des étudiantes percevant l'euthanasie comme un fardeau	90
Tableau 5 : Tableaux des moyennes aux réponses du questionnaire des cinq attitudes en fonction des critères du questionnaire	92
Tableau 6 : Tableaux des moyennes aux réponses du questionnaire des attitudes antipathique, factuelle et neutre en fonction de l'année d'étude des participants (NB : « Int » pour internes/DE) .	93
Tableau 7 : Tableaux des moyennes aux réponses du questionnaire des attitudes empathique et sympathique en fonction de l'année d'étude des participants (NB : « Int » pour internes/DE)	94
Tableau 8 : Illustration des listes des notes attribuées par les A6 et les internes/DE quant au jugement de l'attitude antipathique	97

Introduction

Depuis leur domestication, les animaux de compagnie ont toujours constitué une part intégrante dans la vie de l'Homme, évoluant avec lui. D'abord d'un rôle crucial au sein des sociétés agricoles (Walsh, 2009), les chiens et les chats sont devenus des compagnons appréciés de l'ensemble des sociétés de France jusqu'à détenir une place centrale au sein de nombre de foyers. Selon un sondage Ifop, la France recensait 80 millions d'animaux de compagnie en 2020, faisant partie des trois pays d'Europe comportant le plus de chiens et de chats. 52 % des Français déclarent posséder au moins un animal de compagnie dans son foyer, qu'il s'agisse de chats (33%) ou de chiens (25%) – la tranche d'âge majoritaire étant celle de 25 à 34 ans (à 60%). Du reste, parmi les 48 % qui n'ont pas d'animaux, près d'un quart souhaiterait en adopter un d'ici un à trois ans. La proportion de propriétaires d'animaux de compagnie augmente fortement à mesure que l'on s'éloigne des grandes villes : 37 % des foyers vivant en agglomération parisienne déclarent avoir un animal de compagnie, 51 % le déclarent dans les grandes zones urbaines de province et jusqu'à 64% au sein des communes rurales de France. (Ifop, 2020) Derrière les poissons (26 millions), les chats sont environ au nombre de 15 millions en France. Quant au chien, à 7,5 millions d'individus, leur population se place en quatrième position derrière les animaux de basse-cour (13,3 millions) ; depuis les années 2000 le nombre de chats a fortement progressé en France, tandis que celui des chiens a plutôt tendance à baisser. (Facco, 2022)

Le budget annuel moyen pour un animal de compagnie n'a cessé d'augmenter. Les propriétaires de chiens et chats déclarent dépenser en moyenne 1224 € par an en France, la première dépense étant la nourriture (611€), puis l'hygiène (356€), et enfin les frais vétérinaires (148€). (Le Point Vétérinaire, 2022) En outre, les Français semblent désormais très sensibilisés à la cause animale : la quasi-totalité d'entre eux (95%) s'accorde à dire qu'un animal a des droits (Ifop, 2020), dont le droit à des soins. Le vétérinaire occupe donc une place primordiale pour la santé des animaux de compagnie dont la place s'avère toujours plus présente au sein de la société. De technicien de la santé animale à médecin de famille, les exigences envers le vétérinaire ont été amplifiées par l'importance accordée aux animaux de compagnie. (Moreau, 2011)

Suivit alors tout le lot d'inconvénients subi par les vétérinaires, les plus stressants et fatigants étant la gestion des urgences, la relation client, puis la gestion des relations au sein de l'entreprise. (Bertrand, 2014) En effet, la médecine vétérinaire touchant à un domaine privé, une certaine proximité s'établit entre le personnel et le client et rend les relations rapidement compliquées. (Eiglier, 2010)

En outre, les vétérinaires ont été prouvés globalement plus anxieux et dépressifs que la population française, et un praticien sur trois souffre d'anxiété. (Roulin, 2006) En 2005, un vétérinaire sur deux en moyenne avait déjà traversé un épisode suffisamment désagréable pour qu'il l'appelle à tort ou à raison « burn-out », soit pour ainsi dire un épuisement professionnel. (Tupin, 2005) L'épuisement professionnel s'axe autour de trois critères : un état d'épuisement émotionnel, physique et mental, la déshumanisation des autres, ainsi que l'auto-dévalorisation. (Lloyd, 2017) Certains psychologues allèguent la dépression et l'épuisement professionnel comme le même phénomène, le burn-out s'avérant en réalité un état dépressif au sens médical du terme, provoqué par les conditions de travail du praticien. (Schonfeld, 2018)

En Grande-Bretagne, lors d'une étude de 2009, il a été démontré que les vétérinaires ressentent plus de stress au quotidien, qu'ils souffrent de niveaux d'anxiété élevés et de symptômes dépressifs, et que se dénote également chez eux une prévalence accrue de pensées suicidaires en comparaison de la population générale. (Bartram, 2009) Le niveau de stress élevé chez les vétérinaires s'avère être un facteur de risque de suicide. À titre d'exemple, en 2009, parmi 1795 vétérinaires interrogés, 29,4% avouent avoir eu des idées suicidaires dans les 12 derniers mois. (Bartram, 2009) Enfin, une étude de 2010 estime que les vétérinaires présentent un risque de suicide trois fois plus élevé que le reste de la population. (Platt, 2010)

Nous comprenons donc que le métier de vétérinaire peut être éreintant d'un point de vue mental. S'ajoute à cela un facteur pesant : l'euthanasie. L'euthanasie se définit comme un « acte vétérinaire consistant à provoquer la mort d'un animal par voie parentérale en entraînant une perte de conscience rapide et irréversible garantissant un minimum de douleur et de détresse, réalisé conformément aux bonnes pratiques professionnelles » (Ordre National des Vétérinaires, 2020). Avec la popularité du métier de vétérinaire grimant en flèche au cours des dernières décennies, ce dernier est amené à

suivre un florilège d'animaux au cours de sa carrière et, malheureusement, à devoir euthanasier un certain nombre d'entre eux. L'acte de l'euthanasie présente néanmoins un impact émotionnel non négligeable et semblerait avoir des conséquences psychologiques importantes à long terme sur les vétérinaires tels que des états dépressifs plus fréquents que chez le reste de la population. (Rollin, 2011)

L'euthanasie s'avère être un facteur non négligeable sur la santé des vétérinaires en veine de souffrir grandement en raison de leur métier, ce jusqu'à un potentiel suicide. De par ces tristes statistiques, nous comprenons qu'il serait grandement utile d'alléger la chape émotionnelle qui pèse sur les vétérinaires en leur enseignant notamment comment mieux gérer leurs émotions gravitant autour de l'euthanasie. Leur enseigner dès leur formation, soit en tant qu'étudiants, apparaît le plus efficace, de la même manière qu'ils reçoivent des cours de médecine par exemple ; il appert qu'un médecin vétérinaire partant en burn-out verra ses connaissances en médecine fort moins utiles.

Nous allons ainsi débattre de comment amener l'euthanasie à un propriétaire afin de sagement pouvoir y faire face avec lui. La littérature scientifique s'appuie fondamentalement sur la pratique humaine axée sur ce que la littérature anglo-saxonne dénomme les « Breaking Bad News », soit des nouvelles à fort impact émotionnel.

Enfin, l'expérimentation présentée dans cette thèse aura pour but de récolter auprès des étudiants de l'école vétérinaire de Toulouse leur ressenti face à l'annonce de l'euthanasie, sur le meilleur comportement à adopter à l'égard du propriétaire endeuillé, mais également sur les éventuelles mesures préventives ou solutions alternatives pour préserver la santé mentale du vétérinaire et limiter le risque de burn-out.

I. Animaux et euthanasie : sémantique, réglementation et éthique

A. Définition, statut et aspect réglementaire de l'animal de compagnie

Selon la définition de la loi française, un animal domestique est un animal appartenant à une espèce ayant subi des modifications par sélection de la part de l'homme. C'est un animal qui, élevé de génération en génération sous la surveillance de l'homme, a évolué de façon à constituer une espèce, ou une race, différente de la forme sauvage primitive dont il est issu. Un animal apprivoisé n'est pas nécessairement un animal domestique. Un animal sauvage peut être apprivoisé. Un animal de compagnie est un animal détenu ou destiné à être détenu par l'homme pour son agrément. Ce n'est pas nécessairement un animal domestique, ni même nécessairement un animal apprivoisé. (Légifrance, 2021)

Les animaux de compagnie ont des droits et le plus important est le droit à un bon traitement. Ainsi, le propriétaire d'un animal de compagnie doit prendre en compte les droits énumérés dans le chapitre II de l'annexe I de l'arrêté du 25 octobre 1982 relatif à l'élevage, à la garde et à la détention des animaux, à savoir : le droit à une nourriture saine et le droit à un abri ou une niche répondant à leurs nécessités physiologiques. (Légifrance, 1982) Longtemps considérés comme des biens meubles, les animaux ont ensuite obtenu un statut juridique le 16 février 2015 : le Code civil reconnaît dans l'article 515-14 que les animaux sont des « êtres doués de sensibilité », mais sont toujours régis par le régime des biens « sous réserve des lois qui les protègent. » (Légifrance, 2015)

Les animaux de compagnie sont donc des objets de droit mais ne possèdent pas de statut ou de personnalité juridique propre. Ainsi, tant que les lois les protégeant sont respectées, les propriétaires sont seuls décisionnaires concernant leurs animaux de compagnie : cela est notamment le cas dans le cadre des décisions d'euthanasie.

B. Rôles et impact des animaux de compagnie sur leur propriétaires

1. Les différents rôles de l'animal de compagnie

Elizabeth Hirschman décrit en 1994 les différents rôles que peuvent remplir les animaux de compagnie auprès de leur propriétaire. (Hirschman, 1994)

En premier lieu, l'animal-objet. L'animal peut être considéré par son propriétaire comme un objet, un produit. C'est tout d'abord le cas lorsque celui-ci a pour rôle d'être un ornement au sein de l'environnement de son propriétaire, tel qu'un poisson dans un aquarium ou encore un oiseau exotique. Dans cet état d'esprit, l'animal peut également être considéré comme un symbole du « statut » de son propriétaire, lorsque celui-ci achète par exemple un animal d'une race rare ou à un prix exorbitant.

Hirschman fait également entrer dans cette catégorie les animaux d'élevage et les animaux destinés à la participation à des expositions ou des concours.

Enfin, sont également concernés les animaux utilisés comme moyen de transport ou d'équipement, ainsi que les animaux à but de chasser ou encore ceux appartenant à une ferme éducative. (Hirschman, 1994)

Ensuite, l'animal-compagnon. Comme le souligne Hirschman, la grande majorité des animaux ne sont pas considérés comme des objets ou des produits, mais bien comme des compagnons. L'animal en tant que compagnon peut cependant revêtir des rôles différents dans l'esprit de ses propriétaires. Il peut tout d'abord être considéré comme un ami, un être vivant à part entière avec une personnalité propre et avec lequel le propriétaire peut créer une relation privilégiée. Selon certains auteurs, l'animal peut aller jusqu'à être une « extension de la personnalité de son propriétaire » et une « projection de son identité personnelle » ; bien que cette catégorie reste généralement peu fréquente et soit le plus souvent inconsciente. Enfin, l'animal est vu dans certains foyers comme un membre de la famille à part entière. Entre 70 et 99% des propriétaires définissent leur animal de compagnie appartenant à cette dernière catégorie. (Hirschman, 1994)

Nous considérerons l'animal ici en tant qu'animal-compagnon.

2. L'impact positif d'un animal de compagnie pour un propriétaire

Selon le Docteur Layla Esposito, travaillant au National Institute of Health « Human-Animal Interaction Research Program » (Programme de recherche sur l'interaction humain-animal du National Institute of Health des États-Unis), il n'existe pas qu'une seule réponse à : « comment un animal de compagnie peut-il aider son propriétaire atteint d'une affection en particulier ? »

De nombreux exemples confirment ses dires. Par exemple, interagir avec un animal a été démontré capable d'abaisser les concentrations sanguines en cortisol et de diminuer la pression sanguine d'un humain en contact avec lui. Les animaux réduisent la sensation de solitude, soutiennent socialement leurs propriétaires, améliorent leur humeur et augmentent leur condition physique. (National Institute of Health, 2018) Lorsqu'ils interagissent entre eux, les humains et leurs chiens peuvent expérimenter ensemble des augmentations d'ocytocine, en moyenne d'une augmentation de 6,6% après des caresses (mesurée en temps réel ici), l'ocytocine étant une hormone influençant la capacité du cerveau à adopter des qualités sociales telles que l'empathie, la confiance et la mémoire des signaux sociaux ; par exemple, elle indique quand nous pouvons être à l'aise avec autrui. (National Institute of Health, 2018)

Il est important de noter que les propriétaires de chats ont une diminution de risque d'attaque cardiaque de 30% et d'AVC de 40%. (Qureshi, 2009)

Les propriétaires d'animaux de compagnie se déclarent plus satisfaits de leur vie comparé à ceux d'en possédant pas (Jacobs, 2016), et les propriétaires au-dessus de l'âge de soixante ans vivant seuls sont quatre fois moins susceptibles de développer une dépression clinique en comparaison de ceux n'en possédant pas. (Coren, 2009)

Nous comprenons que la compagnie que prodigue un animal est un bénéfice important et aide à prévenir la sensation de solitude. Les animaux de compagnies donnent à leur propriétaire un sens du devoir ainsi qu'une routine, une raison de se lever le matin. Les bénéfices sur la santé que nous recevons d'eux sont similaires de ceux que nous prodiguent les relations humaines. (McNicholas, 2005)

Les animaux peuvent même aider de manière plus spécifique. En effet, une étude a montré que les chiens peuvent aider les enfants atteints d'un syndrome d'hypersensibilité hyperactivité (TDAH) à se concentrer à l'école. Dans cette étude, les chercheurs ont enrôlé deux groupes d'enfants diagnostiqués TDAH dans une thérapie en sessions de 12 semaines. Le premier groupe d'enfants lisait à un chien de thérapie une fois par semaine pendant trente minutes. Le second groupe lisait à une poupée à l'aspect d'un chien une fois par semaine pendant trente minutes. Ceux qui lurent à un vrai animal montrèrent de meilleures facultés sociales, un plus grand partage envers les autres, une plus grande coopération en groupe et une participation accrue en classe. Ils attestèrent également de moins de problèmes comportementaux. (National Institute of Health, 2018) De récentes études suggèrent qu'une exposition précoce aux animaux de compagnie pourraient prévenir chez les enfants le développement d'allergies et d'asthme. (National Institute of Health, 2018)

L'impact que peut avoir la mort d'un animal de compagnie et sa décision d'euthanasie peut donc être traumatisante. Nous pouvons déjà comprendre que la manière avec laquelle la décision de l'euthanasie est amenée au propriétaire est primordiale.

C. Définition et raisons de l'euthanasie

L'euthanasie, du grec *eu* « bon » et *thanatos* « mort », correspond à l'acte de donner une « bonne mort », c'est-à-dire de « provoquer la mort d'un malade incurable pour abréger ses souffrances ou son agonie. » (Larousse, 2011) Cet acte peut être passif, comme la décision de ne pas poursuivre un traitement en cours, ou bien actif et correspond alors à l'administration médicale d'un produit mortel afin de soulager le patient d'une souffrance importante. C'est le plus souvent dans ce dernier sens que le mot est utilisé dans la pratique courante vétérinaire, et notamment dans ce manuscrit.

Dans un communiqué du 12 octobre 2020, le Conseil National de l'Ordre des Vétérinaires définit l'euthanasie animale comme étant « un acte vétérinaire consistant à provoquer la mort d'un animal par voie parentérale en entraînant une perte de conscience rapide et irréversible garantissant un minimum de douleur et de détresse, réalisé conformément aux bonnes pratiques professionnelles » (Ordre National des Vétérinaires,

2020). Celle-ci doit intervenir après que le vétérinaire a « évalué sa nécessité et obtenu le consentement éclairé du détenteur. »

1. L'absence de législation claire concernant l'euthanasie

Il n'existe aucune définition législative officielle claire concernant l'euthanasie, et mis à part le cas des animaux jugés comme dangereux, l'encadrement législatif de l'euthanasie est très peu présent en France. Les seuls écrits discutant de cet acte vétérinaire semblent plutôt privilégier une prise de décision basée sur la notion de « nécessité » ; cette dernière doit être évaluée par le vétérinaire et peut notamment engager sa responsabilité juridique.

Comme le rappelle le Comité d'Éthique Animal Environnement Santé dans son avis relatif à l'euthanasie animale (Avis du Comité d'Éthique Animal, Environnement, Santé du 30 septembre 2020 relatif à l'euthanasie animale, 2020), le vétérinaire est en mesure de refuser de pratiquer des euthanasies qu'il n'estime pas « nécessaires » en s'appuyant sur l'article R242-48 du Code de Déontologie. Ses motifs doivent cependant être légitimes et seront à l'appréciation du juge en cas de plainte.

2. Classification des trois grandes catégories des causes de demande d'euthanasie

Dans son avis publié en septembre 2020 relatif à l'euthanasie animale, le Comité d'Éthique Animal Environnement Santé tenta d'apporter une définition claire de l'euthanasie et des « conditions dans lesquelles il peut y être fait recours », notamment par la classification en trois grandes catégories des causes de demandes d'euthanasie :

- Les euthanasies pour raisons réglementaires. Cette catégorie concerne notamment les animaux jugés dangereux ou lors de risque pour la santé publique. Selon Stead, le motif comportemental concernait environ 16% des euthanasies chez les chiens, contre 8% chez les chats : 61% concernaient des animaux agressifs, avec une surreprésentation des chiens mâles. (Stead, 1982) En outre, 7,8% se justifiaient par d'autres raisons telles que des difficultés d'éducation, 8,2% par un caractère destructeur de l'animal, 11,3% par des mictions inappropriées, 3% par des fugues et 2,6% en raison à une propension au combat.

• Dans un deuxième temps, les euthanasies non médicalement justifiées. Cette catégorie est concernée lorsque l'état de l'animal est bon ou que des solutions alternatives seraient envisageables. On y distingue :

* les difficultés financières du propriétaire, avec moins de 3% des euthanasies chez le chien et moins de 4% chez le chat. (Stead, 1982)

* les euthanasies des animaux errants qui concerne moins de 5% des euthanasies de chiens contre 10% chez le chat. (Stead, 1982)

* les « euthanasies de convenance », c'est-à-dire une euthanasie visant un animal en parfaite santé psychique et physique pour lequel le propriétaire demande la mise à mort pour des raisons qui lui sont propres. Cela concerne des animaux non désirés, ou bien lors de difficultés d'organisation de la part des propriétaires, ou encore d'un manque de temps à consacrer à l'animal. On y distingue 26% des demandes d'euthanasie chez le chien, contre 40% chez le chat. Cela constituerait la principale cause d'euthanasie des chats dans cette étude. (Stead, 1982)

• Enfin, les euthanasies pour raisons médicales : l'état de santé de l'animal est à l'origine de souffrances trop grandes pour l'animal comme pour l'entourage. Cette catégorie comprend tous les problèmes de santé pouvant justifier une décision d'euthanasie en se basant sur le bien-être animal. Le vieil âge et la sénilité sont cités comme une raison médicale d'euthanasier un animal, lorsque sa qualité de vie n'est plus considérée comme suffisamment bonne, et représentaient 39,8% des euthanasies chez le chien et 39,7% chez le chat. (Gorodetsky, 1997)

Notons que ces études sont anciennes et que les proportions ont sans aucun doute évolué depuis. Quelles que soient les raisons pour lesquelles un vétérinaire accepte ou propose une euthanasie d'un animal de compagnie, cela s'avère toujours un moment particulier potentiellement très difficile à vivre, tant pour le propriétaire que pour le vétérinaire. Celui-ci peut s'appuyer sur des principes généraux, mais une communication adéquate avec le propriétaire reste un élément clé pour que cela se passe du mieux possible. La plupart des vétérinaires considèrent qu'ils doivent faire preuve d'empathie lors de ces moments, mais annoncer des nouvelles difficiles reste malgré tout un moment délicat.

L'implication émotionnelle du vétérinaire lors de ces moments peut être difficile à gérer et non sans conséquences.

D. Les principes éthiques et moraux régissant l'euthanasie

Certains auteurs se sont intéressés aux principes devant régir les décisions d'euthanasie en médecine vétérinaire. Ces principes ont été empruntés à la médecine humaine et adaptés à l'euthanasie des animaux de compagnie. (Rebuelto, 2008) Ils pourraient notamment être pris en compte dans la justification de la « nécessité » encadrant une telle pratique.

1. L'autonomie du patient

Le respect de l'autonomie du patient consiste en l'acceptation par le corps médical que le patient est en mesure de prendre une telle décision pour lui-même, ainsi qu'en le respect de cette décision. (de Haan, 2002) Cependant, comme le souligne Marcela Rebuelto, les animaux ne peuvent être considérés comme des êtres autonomes. La communication avec l'animal étant impossible, l'autonomie à respecter serait donc celle du propriétaire lorsqu'il s'agit de décider ou non d'une euthanasie. (Rebuelto, 2008)

2. La bienfaisance

La bienfaisance correspond au devoir du corps médical d'agir dans le meilleur intérêt du patient : une euthanasie serait dans l'intérêt du patient dès lors que celui-ci se trouve en situation de souffrances importantes et non allégeables. (de Haan, 2002) Contrairement au premier principe, celui-ci s'applique uniquement envers l'animal et est indépendant du propriétaire. La bienfaisance s'appuierait nécessairement sur la notion de qualité de vie de l'animal ; cette notion reste cependant relativement difficile à définir et à évaluer. (Rebuelto, 2008) McMillan définit la qualité de vie comme un « éventail d'états affectifs » résultant d'une balance entre « le confort et l'inconfort » et les « sentiments plaisants et déplaisants. » (McMillan, 2000)

Ainsi, l'euthanasie devrait intervenir uniquement « lorsqu'il est considéré comme inhumain de prolonger la vie de pauvre qualité d'un patient qui ne peut être soulagé par un traitement. » (Rebuelto, 2008)

Nous allons étudier l'annonce de mauvaises nouvelles et la communication en clinique. Avant de se faire, définissons de nouveaux termes du sujet : différents types de communication d'un clinicien à un patient lors de l'évocation de l'euthanasie de son animal de compagnie.

E. Différentes bases de communication

1. Communication basée sur l'empathie

D'après Rycroft, l'empathie est la capacité de projeter sa personnalité dans l'objet de contemplation, de se mettre dans la peau de l'autre, tout en restant conscient de sa propre identité. La capacité d'empathiser est une condition préalable nécessaire pour pratiquer la thérapie psychanalytique, ajoute Rycroft. (Rycroft, 1968)

Selon le CNRTL (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales), l'empathie est la capacité de s'identifier à autrui dans ce qu'il ressent, d'éprouver ce qu'il éprouve, de se rendre semblable à cette autre personne au point de se confondre avec elle (CNRTL). Nous nuancerons ces définitions plus tard dans le thème de l'empathie au cœur de la communication.

2. Communication basée sur la sympathie

Définissons sommairement la sympathie que nous expliciterons également plus tard. Selon le dictionnaire Grand Robert, la sympathie est définie comme « une affinité morale, une similitude de sentiments entre plusieurs personnes, un sentiment chaleureux et spontané qu'une personne éprouve pour une autre, une participation à la douleur d'autrui, voire le fait de ressentir tout ce qui le touche. » (Grand Robert) Selon le CNRTL, la sympathie est le fait de « s'associer compassionnellement aux sentiments d'autrui, de ressentir sa joie ou le plus souvent sa douleur. » (CNRTL) En psychologie, la sympathie peut amener à imiter le comportement de l'autre. Pour Lalande, la sympathie crée chez deux ou plusieurs

individus des dispositions affectives analogues (peur, joie, indignation, chagrin), telle une communication intérieure de deux êtres par une sorte de participation directe due à une communauté de nature. (Lalande, 1968)

3. Conflit entre la notion de sympathie et d'empathie

Theodor Lipps, philosophe et psychologue allemand du XVIII^{ème} siècle, estime que l'empathie signifie pénétration d'une pensée étrangère et est décrite comme conduisant à un état où l'on se sent dans la peau de l'autre, identique à lui, caractéristique de l'expérience esthétique. (Agard, 2017)

Pour Scheler (philosophe et sociologue allemand du XIX et XX^e siècle), la sympathie suppose deux autres sentiments : l'égalité et la bienveillance. Selon lui, la sympathie ne consiste pas à éprouver le même état qu'autrui, mais à le comprendre : on comprend la douleur d'autrui même sans y participer. En somme, la sympathie est une compréhension, une intelligence du sentiment, et non une participation. (Agard, 2017) Cela équivaut en somme à une définition contraire à ce que nous avons dit plus tôt.

Quant à Edith Stein, philosophe allemand ayant travaillé avec Scheler, celle-ci a développé une théorie de l'empathie qui distingue l'empathie de la sympathie, mais qui souligne également leur interdépendance. Selon Stein, l'empathie nous permet de comprendre l'autre de manière directe, mais la sympathie nous permet de nous connecter avec l'autre d'une manière plus profonde. (Stein, 2012)

Pour Sartre, la conscience de soi et la conscience de l'autre sont étroitement liées. En tant qu'êtres humains, nous sommes conscients de nous-mêmes en nous voyant reflétés dans les yeux des autres. De même, nous prenons conscience des autres en les observant et en les jugeant en fonction de nos propres critères. Cependant, selon l'auteur, cette perception de l'autre est souvent biaisée par notre propre point de vue. Nous projetons nos propres idées, valeurs et croyances sur l'autre, ce qui peut nous empêcher de voir la personne telle qu'elle est réellement. (Sartre, 1943) Ainsi, la sympathie ou l'empathie que nous pouvons éprouver pour l'autre peuvent être altérées par notre propre subjectivité.

Malgré le conflit, nous prendrons comme suit les définitions d'empathie et de sympathie :

- L'empathie représente la capacité de s'identifier à autrui (*i.e.* se rendre semblable à une autre personne, à une autre chose au point de se confondre avec elle) dans ce qu'il ressent, d'éprouver ce qu'il éprouve, telle une capacité de projeter sa personnalité dans l'objet de contemplation, et de se mettre dans la peau de l'autre, le tout en restant conscient de sa propre identité.

- La sympathie est le fait de s'associer aux sentiments d'autrui, le fait de ressentir la joie ou le plus souvent la douleur d'autrui, telle une participation à des sentiments de tristesse ou de compassion.

4. Autres types de comportements de communication

Nous étudierions trois autres types de comportement : l'antipathique, le factuel et le neutre.

Selon le CNRTL, un comportement antipathique se définit par un individu incompatible avec une tierce personne ou quelque chose, un individu qui manifeste une opposition profonde, un sentiment irraisonné d'aversion et de répulsion à l'égard d'une personne ou d'une chose. (CNRTL) Nous comprendrons ici un clinicien parfaitement insensible aux sentiments d'autrui, voire repoussant les sentiments du propriétaire dont l'animal de compagnie devrait être euthanasié dans le but d'abrèger ses souffrances. Le clinicien ne ressent pas d'émotion pour celui-ci malgré la souffrance du propriétaire et n'est pas non plus amené à en témoigner.

Un comportement factuel (« factuel » venant de la francisation de l'anglais *factual* « relatif aux faits », signifiant appartenir à l'ordre des faits, qui s'en tient aux faits, à l'observable ou à l'attesté (CNRTL)) serait chez un clinicien une manière d'annoncer l'euthanasie basée uniquement sur des données scientifiques, telles que des résultats d'examen clinique, d'analyses sanguines, d'imagerie ou d'histologie, énonçant ainsi la pertinence de l'euthanasie en regard de la gravité de l'affection qui touche l'animal. Sans pour autant se présenter antipathique, le clinicien factuel ne rejoint jamais le patient ou le propriétaire sur le plan émotionnel et se contente de décliner les faits scientifiques.

Enfin, un mode de communication neutre peut se définir par une manière de parler qui s'abstient ou refuse de prendre position. Plus précisément, selon le CNRTL, une personnalité neutre s'abstient de prendre position dans un débat, dans un conflit qui oppose plusieurs personnes, plusieurs thèses, plusieurs partis. Le terme neutre se définit également par une indépendance de toute confession religieuse, de toute idéologie, et qui s'abstient de porter un jugement par esprit de tolérance. (CNRTL) Nous pouvons comprendre ici que le clinicien ne témoigne d'aucun jugement sur le patient ou le propriétaire, positif comme négatif, et s'abstient de toute empathie, sympathie, compassion et jugement. Un caractère parfaitement « neutre » ne montre aucun signe d'antipathie ni d'empathie. Il se caractérise par un manque d'individualité marquée, mais également par un manque d'éclat et de relief : la manière de s'exprimer en apparaît plate. Le clinicien annonce l'euthanasie de l'animal fortement judicieuse comme il annoncerait établir le diagnostic d'une cystite idiopathique féline, sans gravité aucune et sans parti pris aucun.

II. L'annonce des mauvaises nouvelles en clinique

A. Définition des « mauvaises nouvelles »

La communication de « mauvaises nouvelles », aussi appelées « Breaking bad news » en anglais, est définie en médecine humaine comme la communication de toute information capable d'altérer drastiquement la vision du futur d'un patient au moment du diagnostic, ou bien au moment de l'échec d'un traitement à but curatif. Le degré des mauvaises nouvelles est reflété par l'intervalle entre la réalité médicale du patient et ses attentes quant à sa condition, son degré de maladie ressenti et s'il suspecte ou connaît déjà son diagnostic ou état clinique. (Baile, 1999)

La délivrance des mauvaises nouvelles aux patients exerce une emprise terrible sur les cliniciens. En effet, plus de 85% d'oncologues en médecine humaine partagent que gérer l'aspect émotionnel des consultations est la partie la plus compliquée de toute entrevue clinique. (Baile, 1999) Pour continuer sur l'exemple de l'oncologie, plus précisément en oncologie gynécologique dans cet article de Baile, les mauvaises nouvelles sont communes durant plusieurs étapes de l'historique d'un patient : au moment du diagnostic initial, lors de

la progression de la maladie, lors d'échecs thérapeutiques, lors de la détérioration clinique des patients et de nouvelles complications, ainsi que lors de la transition malheureuse d'un traitement thérapeutique à but palliatif.

Lors de l'annonce des mauvaises nouvelles, des observations directes de docteurs et d'infirmiers s'adressant à de réels patients souffrant d'une maladie terminale, ou lors de jeux de rôle, ont montré une constante tendance du personnel de la santé à se détacher. Cela préviendrait le personnel de la santé de se rapprocher émotionnellement de leurs patients, ainsi que de leur souffrance psychologique, leur permettant de s'assurer une stabilité émotionnelle. (Maguire, 1985)

Néanmoins, ces tactiques décourageraient les patients à partager leurs préoccupations en rapport à leur affection, aboutissant à une sérieuse barrière psychologique avec le clinicien, et donc à la dégradation de la réalisation de leurs soins. Ainsi, les cliniciens qui se décideraient à abandonner ces tactiques de distanciation afin de s'adonner à une communication avec leurs patients, dirait-on émotionnelle, auraient néanmoins besoin d'un entraînement approprié, d'un suivi psychologique régulier, ainsi que de grands moments de pause pour ne pas sombrer personnellement dans leur détresse. (Maguire, 1985) Nous aborderons ce point plus tard.

B. Savoir communiquer en clinique

Pour savoir communiquer ces mauvaises nouvelles en assistance aux soins palliatifs, il existe des méthodes pour améliorer les facultés communicatives des cliniciens (voir les méthodes CLASS et SPIKES, *infra*). Cela fournirait une approche cohérente et intelligible entre les professionnels de santé et leurs patients. En effet, le plus puissant des analgésiques est de moindre valeur lorsqu'un professionnel de santé ne possède aucune compréhension précise de la douleur de son patient et de ses autres symptômes. Or cette évaluation précise nécessite des facultés de communication efficace, et celle-ci demande souvent une réflexion plus intense que la simple prescription d'un médicament et, malheureusement, n'est administrée bien souvent qu'à des doses sous-thérapeutiques. (Buckman, 2001)

Il a pourtant été prouvé que les cliniciens de médecine humaine croient être en moyenne efficaces à communiquer à leurs patients des mauvaises nouvelles de sorte à

alléger leur inconfort. (Ptacek, 1999) D'autres décrivent plutôt le but de moduler la communication comme n'étant pas de réduire l'inconfort du patient, mais plutôt de pouvoir communiquer les informations nécessaires sans exacerber plus avant la détresse du patient. (Ptacek, 1999)

C. Ce qui est fait en pratique par les cliniciens

Lors d'une étude, des chercheurs se sont penchés sur l'analyse des cliniciens de médecine humaine lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle. (Ptacek, 1999) Ces cliniciens ont été interrogés et devaient noter sur une échelle donnée le stress ressenti en fonction de certains critères.

Le stress ressenti durant la préparation à la consultation à but d'annoncer une mauvaise nouvelle, ainsi que durant la délivrance de la mauvaise nouvelle, était ici en dessous de la moyenne. Toutefois, un pourcentage notable de 30,6% de l'échantillon évaluèrent leur stress durant la préparation de la consultation au-dessus de la moyenne (*i.e.* 30,6% des cliniciens ont ressenti un stress important avant la consultation) et 29,7% de l'échantillon des cliniciens qualifièrent le stress associé à la transmission de la mauvaise nouvelle au-dessus de la moyenne (*i.e.* 29,7% des cliniciens éprouvèrent un stress important à la transmission de la nouvelle). En outre, 86% de l'échantillon des cliniciens ayant ressenti du stress indiquèrent que ce dernier avait duré au-delà de la consultation, avec 20% d'entre eux précisant plus d'un jour.

Les cliniciens qui ressentirent un stress intense à chaque étape de l'annonce de la mauvaise nouvelle, ainsi que ceux qui précisèrent la durée de leur stress supérieure à un jour, avaient tendance à croire que le patient lui-même expérimentait également un stress intense. De plus, un stress exacerbé durant la préparation de la consultation fut associé à un stress intense durant la transmission de la mauvaise nouvelle en consultation. Ce même stress durait souvent au-delà de la seule consultation.

Preparation	<p>I talked to others about how to best deliver the news.^a I thought the receiver would consider this to be bad news. I feared being blamed by the receiver.^a I thought about the needs of the receiver prior to the transaction. I tried to prepare myself for the receiver's response.</p>	
Delivery	<p>I tried to use direct, simple language while giving the news. I tried to take into account what the receiver already knew about the situation the bad news entailed. I tried to break the news such that the receiver understood the news and its implications. As I delivered the news, I tried to convey some measure of hope. I tried not to rush through the news. I delivered the news in person. I thought I was believable when I gave the news. I took into account the personality and emotionality of the receiver when I delivered the news. I tried to ease the tension in the situation by using humor.^a I gave the receiver an opportunity to express his/her feelings while the news was being delivered. I thought about the needs of the receiver during the interaction. I pressured the receiver to respond in a certain way during the interaction.^a</p>	<p>I tried to choose my words carefully when delivering the news. I sat close to the receiver. I gave the receiver a chance to ask questions. I tried to deliver the news in a warm and caring manner. I let the receiver know in words that bad news was forthcoming. I kept myself from showing how I was truly feeling during the interaction.^a Someone accompanied me while I gave the news.^a I gave the news in a quiet place. The place where I gave the news was comfortable. The receiver took the news harder than I expected.^a I had the ability/knowledge to answer questions that the receiver asked. I thought about my own needs during the interaction.^a As I was giving the news, it was clear that I was blamed by the receiver.^a Rather than sticking to a plan, I allowed the receiver's reaction to dictate the flow of the transaction. I tried to empathize with what the receiver was asked. I gave the news in private.</p>

^a 80% or more of the sample indicated that the item was "false" in relation to the recalled transaction

Figure 1 : Liste des « preparation summary score » et « delivery summary score »

L'article énumère ici divers éléments de « preparation summary score » et de « delivery summary score », que nous comprendrons respectivement par un score de préparation et un score de transmission. Le score de préparation fait référence aux efforts du clinicien dans le but de comprendre au mieux son patient et de lui donner la mauvaise nouvelle de manière qui lui siérait le mieux. Le score de transmission fait référence au même modèle, cette fois durant la communication de la mauvaise nouvelle ; à l'exception toutefois de certains critères tels que « J'ai contraint le patient à répondre d'une certaine manière durant la consultation » ou bien encore « J'ai essayé de détendre l'atmosphère en faisant preuve d'humour » : nous n'établirons donc pas le score de transmission de cette étude comme un score relatif à la meilleure transmission possible au patient, mais plutôt à tous les efforts cognitifs et notables mis en œuvre par le clinicien durant la consultation. Le résultat de l'étude démontra que le score de préparation n'influçait pas significativement celui de la transmission. Le score de transmission de la mauvaise nouvelle ne semble pas non plus lié à toutes autres variables de l'étude (score de préparation, préparation au stress, stress ressenti durant la délivrance, temps de la consultation, temps de stress ressenti post-consultation, stress évalué du patient). Nous ne nous appuyerons pas sur le résultat nébuleux du score de transmission de cette étude, mais nous pourrions toujours constater que 80% des cliniciens de l'échantillon déclarèrent ne pas craindre d'être blâmés par le patient lors de la préparation de la consultation ou ne pas avoir parlé à des collègues pour transmettre au

mieux la mauvaise nouvelle. En ce qui concerne la transmission, 80% des cliniciens furent en désaccord avec les propositions suivantes :

- « - J'ai essayé de détendre l'atmosphère en faisant preuve d'humour. »
- « - J'ai contraint le patient à répondre d'une certaine manière durant la consultation. »
- « - J'étais accompagné durant la consultation. »
- « - Le patient accusa la nouvelle plus violemment que prévu. »
- « - Je pensais à mes propres besoins durant l'entretien. »
- « - Je fus blâmé par le patient lors de la consultation. »

D. Les limites de la communication des cliniciens dans la réalité

Nous avons vu ce que peuvent ressentir des cliniciens quant à leur habileté à communiquer une mauvaise nouvelle lors d'une étude. Un certain nombre d'efforts de leur part a pu être observés, et les cliniciens en général pensent réussir à transmettre les mauvaises nouvelles de manière à réduire leur propre stress, ainsi que celui du patient. (Ptacek, 1999) Toutefois, au cours de cette étude de Ptacek, ces perceptions furent faites en l'absence du point de vue de patients qui auraient pu pointer du doigt certains défauts de leurs cliniciens. En effet, la communication des cliniciens se heurte à certaines limites que nous allons voir ici.

Nombre d'articles suggèrent que, dans la réalité, les cliniciens s'avèrent relativement incapables de reconnaître correctement l'état émotionnel de leur patients. (Ford, 1994) (Hardman, 1989) Les résultats de l'article de Passik « Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer » (Passik, 1998) le décrit en détail.

L'article étudia les signes dépressifs du patient en se basant sur l'échelle ZSDS (Zung Self-Rating Depression Scale). Cette « échelle d'auto-évaluation de la dépression de Zung » mesure les symptômes psychologiques et somatiques liés à la dépression et peut être utilisée pour dépister les signes dépressifs, surveiller les changements émotionnels et servir à des fins de recherche clinique. Le questionnaire comprend vingt éléments testant quatre caractéristiques communes de la dépression : l'effet envahissant, les équivalents physiologiques, les activités psychomotrices et les autres perturbations.

À 79% du temps en consultation, les cliniciens ne décelaient aucun signes dépressifs de la part des patients lorsque ceux-ci, à juste titre, n'en témoignaient pas. Lorsque les patients démontraient toutefois des signes modérés de dépression, les cliniciens ne saisissait l'intensité de cette dépression qu'à 33% du temps, la sous-estimant amplement. Lorsque les patients démontraient des signes sévères, les cliniciens comprenaient l'intensité sévère de dépression du patient à seulement 13% du temps, la sous-estimant fortement. Les signes de dépression observés par les cliniciens étaient surtout influencés par des symptômes comportementaux fréquents et visuellement dépressifs, tels que la tristesse, les pleurs et l'irritabilité, ou par des évaluations proprement médicales s'avérant certes utiles, mais pas forcément les plus fiables en termes d'indicateurs de dépression clinique (jugé par l'état clinique plus ou moins avancé du patient, les stades de la maladie l'affectant et les sites d'éventuelles tumeurs). En outre, les patients dont la dépression était mésestimée reportèrent des niveaux de souffrance significativement supérieurs et attestèrent de soucis médicaux plus sérieux.

En conclusion, la perception de dépression des patients par leur cliniciens est en effet corrélée avec la présence de dépression chez les patients, lorsque le clinicien comprend et remarque l'anxiété, la souffrance et la dysfonction globale de celui-ci. Il persiste toutefois une évidente tendance à la sous-estimation. Cette évaluation pourrait s'améliorer si les cliniciens étaient davantage amenés à suivre un apprentissage servant à évaluer et examiner des symptômes cognitifs plus fiables, tels que l'anhédonie (incapacité d'un sujet à ressentir des émotions positives lors de situations de vie pourtant considérées antérieurement plaisantes), de la culpabilité, des pensées suicidaires et la sensation de désespoir. Des instruments de dépistage, ainsi que de brèves entrevues de suivi, aiderait davantage à identifier et évaluer la dépression de ces patients.

Une autre étude « Breaking bad news to patients: physicians perceptions of the process » (Ptacek, 1999) expliqua les limites de la communication par deux exceptions notables quant à l'évaluation des patients : les cliniciens ne prenaient pas forcément en considération les événements de la vie de leur patients pour moduler la manière avec laquelle leur communiquer une mauvaise nouvelle sur leur état clinique. La seconde exception remarquée fut qu'il était inhabituel pour les cliniciens d'être accompagné par des collègues lors de cette annonce, le tout amenant à une préparation pré-consultation souvent

moins idéale. En effet, l'emploi du temps chargé des cliniciens ne permet pas toujours d'avoir plus d'une personne pour parler à un patient. De plus, cela peut s'avérer moins pratique d'avoir plus d'un clinicien durant la transmission de la nouvelle, même lorsque plusieurs ont participé à la procédure médicale.

Au vu de leur emploi du temps chargé, il est probable que les cliniciens n'aient pas plus de trois à cinq minutes à la préparation de cette annonce. Ce court temps disponible entrave le clinicien à découvrir davantage de la vie de ses patients, ce qui lui permettrait néanmoins de moduler sa manière de transmettre. La situation s'exacerbe lorsque, par manque de temps, le clinicien n'a eu que peu de contacts avec le patient. Ptacek en conclut que la capacité d'un clinicien à adapter sa transmission de mauvaises nouvelles, en fonction des circonstances de vie connues des patients, expliquerait principalement pourquoi ces derniers préfèrent entendre la nouvelle d'un clinicien qu'ils connaissent bien. (Ptacek, 1999)

Cette capacité d'écoute et de perception de la détresse des patients est intimement liée à l'empathie, et même des cliniciens expérimentés manquent parfois de capacité à reconnaître cette détresse, ainsi qu'à prodiguer de l'empathie envers ceux qui souffrent et à joindre honnêtement et courageusement la détresse de leur patients malades. (Charon, 2001) Là où, nous le décrirons plus loin, l'empathie est généralement vue comme un composant essentiel de la relation clinicien-patient, les cliniciens ont toujours eu du mal à parvenir à un équilibre entre l'empathie et la distanciation clinique. (Maxwell, 2008)

Nous avons étudié la perception de la détresse et l'écoute du clinicien, voyons si ces phénomènes aident réellement un patient, jusqu'à pouvoir même l'aider à recouvrir de son affection.

III. L'impact psychologique des mauvaises nouvelles sur les cliniciens et les patients

A. Le clinicien doit penser à son bien-être

La transmission de mauvaises nouvelles est potentiellement anxiogène chez les cliniciens et a déjà été démontrée capable d'influencer leur bien-être. (Buckman, 1984) Nous avons notamment déjà vu que plus de 85% d'oncologues trouvent que gérer leurs émotions et celles de leur patients est la partie la plus difficile de tout entrevue clinique. (Baile, 1999)

Le défi pour les cliniciens est de communiquer les nouvelles de sorte à les transmettre de manière bénéfique au patient – ou du moins sans causer plus de souffrance mentale – tout en essayant de ne pas ressentir négativement les nouvelles, ni être lui-même démoralisé. (Buckman, 1984)

La nature et la qualité des interactions entre un clinicien et son patient au cours d'une entrevue impactent généralement le déroulement des futures consultations, ainsi que l'interprétation du comportement du patient de la part du clinicien, et vice-versa. La manière de transmettre les mauvaises nouvelles de la part du clinicien et la manière avec laquelle le patient les reçoit en seront changées. En outre, la résultante peut tout à fait s'avérer négative, aggravant l'intensité de la consultation potentiellement déjà importante en fonction de l'affection du patient. Le clinicien, qui gère difficilement les émotions au cours d'une consultation, se retrouve dépassé et entre dans un cercle vicieux : son bien-être est altéré par les mauvaises nouvelles, il tente de se protéger lors de futures interactions, cela peut être pris par de la froideur par le patient, les interactions se déroulent d'autant plus mal et le bien-être du clinicien gérant mal le plan émotionnel de sa relation clinicien-patient n'en est que plus altéré. (Buckman, 1984)

Le clinicien peut donc être amené à utiliser des excuses pour ne plus annoncer l'entière vérité au patient afin de se protéger de la transmission de mauvaises nouvelles (Buckman, 1984), voire il peut en devenir antipathique.

B. Une mauvaise expérience peut rendre les cliniciens antipathiques

Il a été prouvé que le vécu des cliniciens peut les amener à devenir émotionnellement indifférents envers leurs patients. (Orlander, 2002) En effet, une variété d'auteurs explique une telle façon de transmettre de mauvaises nouvelles comme un moyen de se protéger de la souffrance qu'ils rencontrent régulièrement chez les patients en décidant d'en être indifférents. (Miranda, 1992) (Strauss, 1995) Leur bien-être peut être tellement impacté par les émotions de leur patients que les cliniciens préfèrent s'en détacher malgré leur détresse, et à cause de cette détresse, pouvant les conduire à la froideur et à l'antipathie.

Une autre étude a démontré que des enregistrements vidéos ou audios de consultations, réelles ou simulées, entre des docteurs ou des infirmières avec un patient en stade terminal, ont montré que le personnel de la santé utilise souvent des tactiques pour prendre de la distance avec la souffrance émotionnelle du patient, telles que le rassurer mensongèrement ou faire preuve d'une attention sélective (*i.e.* un contrôle du traitement de l'information de sorte qu'une entrée sensorielle est mieux perçue ou mémorisée dans une situation que dans une autre, selon les désirs du sujet : le clinicien préférera se concentrer sur un détail de peu d'utilité lors de la consultation que de se focaliser sur l'émotion du patient). (Maguire, 1985)

Cela serait dû à la peur de l'épuisement professionnel (« burn-out ») dû à la prise en charge exigeante nécessitée par les patients mourants. L'étude remarque que les docteurs et les infirmières en soins terminaux devraient être sélectionnés en fonction de leur capacité à s'adapter à l'aspect psychologique de leur métier. Ils devraient être entraînés à communiquer en conditions médicales et suivis régulièrement en recevant des rappels sur leur rôles envers les patients. Ils devraient également travailler en rotation avec des collègues dans le but de détenir moins de devoirs aussi anxiogènes. (Maguire, 1985)

Le personnel de la santé atteste de moins d'intérêt aux soins en raison de cet épuisement professionnel, de la fatigue compassionnelle (les cliniciens sont éreintés de devoir supporter la chape émotionnelle de chaque patient), de la surcharge de travail en clinique et du trop-plein de demandes. S'ajoutent également à ces raisons le manque d'observation continue attribué aux patients en raison du temps restreint que détient le

clinicien pour chacun d'entre eux, ainsi que l'échec de voir le patient en tant qu'être humain, mais plutôt comme un objectif médical thérapeutique. (Francis, 2013) (Haslam, 2015) En outre, pour se décharger de cette peine émotionnelle, la médecine peut prioriser des domaines restreints tels que le progrès technique, les preuves exclusivement cliniques, l'efficacité des traitements associés, tout cela au risque de voir les patients comme des objets d'intérêt purement intellectuel. (Shapiro, 2012) Les professionnels de la santé s'éloignent donc des patients et évitent leurs émotions pour se concentrer sur des faits purement biomédicaux : un processus décrit comme un « déni existentiel ». (Agledahl, 2011)

Ainsi, la mécanique des systèmes d'organisation de la santé publique crée un risque de déshumanisation avec une perte d'empathie qui peut émotionnellement détacher les cliniciens de leurs patients. En outre, ce déficit d'empathie en pratique clinique se reflète également dans l'éducation médicale où s'observe un constat de déclin croissant de l'empathie à mesure que les étudiants passent d'année en année d'études. (Jeffrey D, 2016) Certains cliniciens seraient davantage limités dans ce domaine en raison d'un entraînement médical abusif et non empathique. (Silver, 1990) (Sheehan, 1990).

Cependant, en plus de ce désir de se protéger, une étude en neuroscience a démontré que la perception de stigmates chez des patients a un effet significatif sur l'empathie exprimée par les cliniciens : des patients mourants peuvent rendre les cliniciens émotionnellement inconfortables et ont donc tendance à ne pas susciter l'empathie. (Decety, 2009)

La réalisation d'une étude sur la rencontre entre des oncologues avec des patients à maladie avancée a permis de remarquer le comportement distant des cliniciens : le résultat démontre qu'ils réagissent rarement aux opportunités de parler avec empathie offertes par les patients. (Pollack, 2007)

Il a toutefois été démontré que l'empathie est bénéfique aux cliniciens : les docteurs qui portent attention aux besoins psychosociaux de leurs patients seraient moins susceptibles d'expérimenter un épuisement professionnel. (Anfossi, 2004) Nous explorerons cette notion plus tard.

C. Les peurs engendrées par l'annonce de mauvaises nouvelles

Nous avons vu que les cliniciens peuvent s'avérer antipathiques lors d'intenses consultations en raison de l'inconfort ou d'un trop-plein d'émotions. Ces facteurs peuvent s'exacerber par des craintes du clinicien, plus particulièrement centrées sur les réactions des patients. Avec le temps et ses craintes confirmées, le clinicien pourrait finir distant de ses patients.

Nous allons nous appuyer sur l'article de Buckman « Breaking bad News: why is it still so difficult? » (1984)

1. Le peur d'être jugé

La première peur relevée est la peur d'être jugé, la pire peur selon les docteurs et particulièrement les jeunes débutants. Le clinicien se sent jugé personnellement par ses patients en raison des mauvaises nouvelles qu'il apporte. Associer les mauvaises nouvelles à celui qui la transmet est un ancien phénomène, non exclusif au monde médical ; on pourra prendre l'exemple en des temps anciens de l'exécution des messagers délivrant de mauvaises nouvelles d'un royaume à un autre (un célèbre exemple historique est celui de spartiates exécutant et jetant des messagers perses dans un puits). Plus il est facile d'identifier le moyen qui annonce la nouvelle, plus il est facile de la cibler avec haine. En clinique, le patient peut être amené à personnifier la mauvaise nouvelle en celui qui lui annonce, le clinicien, pour aider à l'affronter. En effet, les informations que ce dernier transmet sont souvent plus accessibles pour les patients que par exemple des résultats d'imagerie ou de biologie à cibler avec haine.

Selon Buckman, il est commun et bien établi chez les docteurs de craindre ce phénomène avant une conversation avec un patient, ce qui peut les influencer à vouloir éviter de converser avec eux. En tant que figure d'autorité officielle, souvent distinguable en uniforme, un médecin peut naturellement s'attendre à devenir la cible de sentiments forts. Ainsi, plus un docteur a d'autorité, plus il est évident qu'il devient aisément une cible. En outre, plus un clinicien est proche de son patient, plus il est facile pour eux de le blâmer. On comprendra donc que les cliniciens, surtout les plus débutants, peuvent être amenés à

exprimer une réserve quant à leur relation avec leurs patients, les rendant en apparence non empathiques, voire antipathiques.

Même un docteur fort d'années d'expérience et de recul peut se voir être soulagé à la déclaration d'un patient qui partage ne pas lui en vouloir pour son mal. Ce patient arrive à faire la différence entre celui qui transmet la mauvaise nouvelle et cette dernière.

Pour conserver une bonne santé mentale, il est indispensable de rappeler aux docteurs et aux infirmiers tôt dans leur formation qu'ils ne sont pas responsables des maladies de leurs patients (hors maladies d'origine iatrogénique).

2. La peur de l'impréparation

À mesure que les cliniciens s'améliorent dans leur domaine, il leur est plus difficile de se trouver dans des situations pour lesquelles ils n'ont reçu aucun entraînement, tel que parler à un patient mourant. Ils tenteront donc d'esquiver davantage ces situations. Les domaines non abordés durant l'apprentissage d'un clinicien tendent donc à le rester une fois la formation terminée. En somme, si un domaine ne fait pas partie du programme, il ne sera pas considéré comme un sujet à proprement parler. En outre, la sensation de s'aventurer au-delà de la pratique médicale standard s'ajouterait à l'insécurité et à l'angoisse, déjà bien présente au sein du métier. L'apprentissage de l'empathie apparaît donc nécessaire. Nous aborderons ce sujet en profondeur plus tard.

3. La peur de déclencher une réaction émotionnelle

Cette peur se base sur la gêne d'être connu comme le docteur qui fait souvent pleurer ses patients. Ainsi, si les patients explosent en larmes, beaucoup de docteurs s'en sentiraient coupables et inefficaces à transmettre correctement les mauvaises nouvelles. À l'inverse, le docteur devrait plutôt y aller de manière douce lors de l'annonce de telles nouvelles.

4. La peur d'exprimer des émotions

Les cliniciens sont entraînés à réagir calmement en cas d'urgence, à supprimer tout signe de panique ou d'antagonisme ressenti envers un patient. Selon le point de vue académique, le clinicien doit agir avec cette idée de conduite professionnelle exemplaire. Ce modèle du docteur, calme et efficace, rend difficile l'apprentissage de l'empathie ou de la sympathie, ainsi que tout autre émotion utile lors d'une consultation. Il est donc important d'apprendre à comment ne pas montrer de signes de panique ou de colère à l'égard d'un patient, mais il est nécessaire de réapprendre, dans un effort conscient, une manière de lui montrer de l'empathie humaine.

Exprimer de l'empathie pour un patient sans endosser toute la responsabilité est complexe et nécessite d'être enseigné et démontré. Nous approfondirons également cela plus tard.

5. La peur de ne pas détenir les réponses

Lorsqu'un docteur senior, fort de ses expériences, déclare « Je ne sais pas » à la question d'un patient, il est communément admis de par son expérience que la réponse ne peut simplement être su, à rebours du jeune docteur inexpérimenté qui ne sait probablement pas encore assez selon la conscience collective. Ainsi, un clinicien, plus probablement débutant, peut ressentir cette peur au cours d'une consultation avec son patient et peut être amené à amoindrir la qualité de la communication.

En outre, un certain nombre de patients ne désire pas forcément connaître toutes les mauvaises nouvelles qui les concernent. Il existe également des patients qui se doutent, à juste titre, qu'il n'existe pas de réponse claire à leur diagnostic. Que le clinicien ne détienne pas cette réponse leur importe peu, ces derniers désirent parfois simplement quelqu'un pour les écouter.

6. La peur intrinsèque de la maladie et de la mort

Un clinicien peut éprouver un sentiment d'invulnérabilité du fait de travailler parmi les malades tout en étant lui-même en bonne santé. Le maintien de l'illusion de cette

invulnérabilité peut donc être recherchée en gardant les patients à distance, et en évitant de les considérer similaires aux professionnels de santé, eux aussi en butte à tomber malades comme tout être humain et susceptibles d'y succomber. (Buckman, 1984)

D. L'impact des mauvaises nouvelles sur les patients et l'interaction avec les patients

1. Sur les patients

Les mauvaises nouvelles ont un effet certain sur les patients. Les cliniciens leur distinguent toujours un stress plus ou moins important. Dans une étude vue plus tôt, la perception du stress des patients de la part des cliniciens dérivait selon eux ; 70% des cliniciens estimaient l'intensité de ce stress, basé sur une échelle de 0 à 5, de la note de 4, voire 5. (Ptacek, 1999)

Ainsi, le clinicien se doit de savoir moduler sa manière d'apporter les mauvaises nouvelles à un patient fortement susceptible d'être en proie au stress. Comme vu précédemment, le but de moduler la communication ne serait pas de réduire l'inconfort du patient à la découverte de mauvaises nouvelles, mais plutôt de pouvoir communiquer les informations nécessaires sans exacerber plus avant la détresse du patient. (Ptacek, 1999) En conséquence, il a été prouvé que de mauvaises nouvelles transmises de manière inadéquate ou insensible peut détériorer l'évolution du suivi d'un patient. (Fallowfield, 1993) Smith le précise en émettant que la manière avec laquelle le clinicien communique la mauvaise nouvelle affecte émotionnellement le patient, sa manière de s'y adapter, ainsi que sa compliance au traitement. (Smith, 1991) Nous comprenons donc qu'une mauvaise nouvelle apportée non décevantement peut pousser le patient dans les retranchements de sa détresse, et peut l'entraver dans la bonne compliance de son traitement : le succès thérapeutique n'en sera que diminué. Le lien entre la manière de transmettre une nouvelle et le succès thérapeutique est ainsi compris.

Il a toutefois été démontré que les patients sont généralement satisfaits de la manière avec laquelle les cliniciens leur transmettent de mauvaises nouvelles en consultation. Quant aux cliniciens, ils se trouvent en moyenne efficaces dans cette même transmission, de telle sorte à alléger la peine du patient. (Ptacek, 1999) Bien que l'exercice

de la mauvaise nouvelle soit un exercice difficile pour le clinicien et qu'il ne saisisse souvent pas pleinement la détresse de son patient (voir *supra*), sa conscience médicale professionnelle le guide à devoir aider médicalement son patient, or ce même patient ne peut qu'apprécier ces efforts. Le professionnalisme d'un clinicien lui dictera également de ne pas blesser son patient outre mesure par absence d'antipathie et d'aversion envers lui.

2. Sur l'interaction avec les patients

La manière d'annoncer une mauvaise nouvelle a un effet direct sur le patient, mais également sur l'interaction ultérieure avec le clinicien. En effet, nous l'avons vu, les interactions d'un clinicien et d'un patient, ainsi que leur entente au cours du traitement, seront influencés par leur interaction initiale. Le stress associée à une transaction affectera les interactions futures, voire celles entre le clinicien et d'autres de ses patients. (Statham, 1992)

De fait, pour la majorité des cliniciens, le stress vécu en consultation dépasse les limites de l'entrevue. Le clinicien qui en subit les frais voit alors la qualité de ses consultations et des transmissions de mauvaises nouvelles compromise afin de se protéger émotionnellement. (Ptacek, 1999)

Du reste, les cliniciens particulièrement touchés par le stress d'une consultation (soit ceux reportant expérimenter de plus en plus de stress à mesure de l'évolution funeste d'un de leurs patients, ou bien ceux reportant ressentir du stress durant au-delà de la consultation, selon Ptacek), avaient tous tendance à penser que le patient lui-même ressentait un stress évident. (Ptacek, 1999) Cette perception d'un stress intense peut d'autant plus amplifier l'altération du bien-être du clinicien et, comme vu plus tôt, ce dernier peut entrer dans un cercle vicieux, la relation clinicien-patient n'en étant que plus altérée. (Buckman, 1984)

E. Ce qu'en pensent des résidents

Lors d'une étude de 2016 aux États-Unis, un questionnaire a été proposé à 54 participants (composés de 17 femmes et 37 hommes) au département de chirurgie de l'université médicale de Dallas, Texas. 34 de ces participants étaient des résidents et 20 des praticiens. 93% percevaient transmettre de mauvaises nouvelles comme une compétence très importante, et 7% la qualifiaient comme une compétence seulement plutôt utile.

Seulement 43% des participants estimaient avoir reçu l'entraînement approprié pour transmettre de telles nouvelles et 85% estimaient avoir besoin de plus d'entraînement pour gagner en efficacité lors de l'annonce de mauvaises nouvelles (dont 59% de résidents et 26% de praticiens). Aucune différence entre les genres ne fut relevée et les participants avec plus d'expérience reportèrent se sentir mieux préparer à transmettre de mauvaises nouvelles. (Monden, 2016)

IV. Des conduites à tenir possibles pour annoncer les mauvaises nouvelles

A. L'apprentissage de l'annonce de mauvaises nouvelles apparaît nécessaire

Nous avons pu constater à plusieurs reprises que transmettre de mauvaises nouvelles requiert des compétences, en particulier d'empathie, dont bien des cliniciens ne maîtrisent pas totalement, et qu'il serait bon de leur enseigner dès leur formation. Ptacek stipule que la formation des résidents ou des cliniciens praticiens dans la transmission des mauvaises nouvelles devrait donc inclure à gérer telle compétence. (Ptacek, 1999) En effet, nous avons vu que des domaines non abordés durant l'apprentissage d'un clinicien tendent à le rester une fois le clinicien pleinement formé et qu'à mesure que les cliniciens s'améliorent dans leur domaine, il leur est davantage étrange de se trouver dans des situations pour lesquelles ils n'ont reçu aucun entraînement. (Buckman, 1984)

Ptacek stipule également qu'échanger avec des patients au cours de longues relations facilite la transmission de mauvaises nouvelles pour le clinicien. Toutefois, nous l'avons vu, la transmission répétée de ce genre de nouvelles peut amener au clinicien à se protéger émotionnellement, à se renfermer pour ne pas avoir à souffrir avec ses patients

afin de préserver son bien-être, de se garantir d'un trop-plein d'émotion, de l'inconfort, ainsi que des six peurs évoquées plus tôt. Tout ceci rend la transmission malheureusement moins optimale du point de vue des patients qui pourraient, en conséquence, se voir moins compliants sur leur traitement et amener à l'échec thérapeutique. Ainsi, des méthodes à apprendre sont essentielles, des sortes de stratégies que les cliniciens utiliseraient pour se préparer à la transmission. Un enseignement pourrait proposer aux cliniciens des étapes qu'ils suivraient le long de la consultation afin de réduire leur propre inconfort et ainsi assister au mieux le patient recevant de mauvaises nouvelles. (Ptacek, 1999)

Au cours des années 80, les compétences sur la communication étaient considérées intuitives, quasiment innées, voire un talent (le clinicien détenait le don ou non). Des chercheurs ont néanmoins démontré que les compétences en communication peuvent tout à fait être enseignées et apprises (et retenues par la mise en application sur des années de pratique), la communication étant en somme une simple compétence compréhensible comme toute technique clinique, et non pas quelque chose d'inné ou qualifiable de don. Cette croyance transmise au cours de leur formation influençait un bon nombre de professionnels de la santé qui trouvaient le sujet, comme il leur fut appris, trop propices aux sentiments, intangible et amorphe, sans lignes de conduite. (Buckman, 2001)

Par les résultats d'une de ses études, Monden stipule que l'ajout d'une intervention au sein des universités au cours de l'apprentissage des étudiants et résidents est devenu une évidence afin d'améliorer leurs compétences en communication. Cependant, à l'inverse de compétences médicales concrètes qui peuvent être évaluées par des examens, l'évaluation du professionnalisme et des compétences communicatives est plus subjective et donc difficile à juger. Plutôt qu'une simple observation de pratiques, un programme structuré et officiel serait souhaitable. (Monden, 2016)

B. Une approche centrée sur le patient

Le meilleur entraînement se porte vers une approche centré sur le patient – qui peut aussi tout à fait inclure la famille du patient – que nous qualifierons plus tard d'approche « allo-orientée ». Une telle approche garde le patient au centre de l'attention et a été prouvée garante de la plus grande satisfaction chez les patients, résultant en la perception

d'un clinicien émotionnel, disponible et apporteur d'espoir sans jamais être dominant. (Fine, 2010)

1. Une approche du patient sans pour autant se concentrer sur ses émotions

Nous n'avons plus besoin de préciser que la manière avec laquelle est amenée la mauvaise nouvelle crée une réelle différence chez le patient, d'abord d'un point de vue simplement évaluatif du clinicien, mais aussi, et surtout, émotionnel.

Une approche centrée sur l'émotion se caractériserait par un clinicien mettant en exergue la tristesse de la mauvaise nouvelle et démontrerait un excès d'empathie, voire de sympathie. Cette approche est toutefois très peu productrice d'espoir et entrave l'échange d'information adéquat. Les patients sont en revanche bien plus favorables à un style de communication basée sur une approche centrée sur le patient en lui-même que sur ses sentiments, sa maladie et le descriptif détaillé et factuel de celle-ci. (Schmid, 2005)

Selon Ptacek, il était autrefois (erronément) admis qu'encourager les patients à partager leur émotions, leur permettre de prendre le contrôle de la consultation, les inciter à poser des questions, ainsi qu'à venir en famille, serait davantage éreintant pour le clinicien (et à l'inverse moins stressant pour le patient) que si la nouvelle était plutôt transmise de manière rapide, froide et professionnelle, soit de manière classique. Cette manière classique était supposée pouvoir prévenir le clinicien d'un stress accru. Cette tendance a toutefois été prouvée fautive et n'était pas liée au stress du clinicien, ni même à l'état de stress perçu du patient. Elles étaient généralement présumées car les cliniciens se figuraient que la transaction serait angoissante pour le patient qu'il importe ce qu'il ferait. La preuve de l'inexactitude de cette croyance exhorte à présent à utiliser de correctes manières de communication des mauvaises nouvelles, au contraire de laisser le patient contrôler la consultation comme il lui seyait autrefois. (Ptacek, 1999)

Une approche alternative serait donc de se renseigner sur différents styles pour communiquer des mauvaises nouvelles. (Ptacek, 1999) Nous avons nous-mêmes décrits différents styles tels que l'empathique, le sympathique, l'antipathique, le neutre ou le factuel. Le caractère antipathique a déjà été prouvé comme le moins propice au bon

déroulement du parcours thérapeutique d'un patient, et nous avons vu ici que les patients ne sont pas favorables à une approche centrée sur leur maladie et le descriptif détaillé et factuel de celle-ci. Nous développerons en profondeur l'aspect empathique et sympathique.

Ayant déjà occupé la place de patient au cours de sa vie, le docteur Buckman s'est rendu compte de l'importance et du bénéfice que peut apporter un peu d'empathie, voire de sympathie, d'un clinicien à un patient. Il n'est plus attendu des docteurs de se montrer ominiscients et omnipotents. Les patients veulent dorénavant pouvoir simplement communiquer avec eux. Ils désirent que leur médecin leur fasse confiance, que ce dernier puisse leur apporter plus de connaissances sur leur conditions ainsi que leur affections et, surtout, d'avoir l'opportunité de discuter de leurs sentiments avec lui. (Buckman, 1984)

2. Le clinicien ne devrait pas se sentir le devoir de protéger son patient

En s'imbibant de cet aspect émotionnel de la communication, le clinicien ne doit toutefois pas trop s'investir personnellement. Une de ces conséquences pourrait être de prendre pour soi toutes les responsabilités de l'état du patient, de le protéger des mauvaises nouvelles en le rassurant que tout ira bien, non pas par insensibilité envers son état ou par ignorance de sa condition réelle, mais par simple souhait que les nouvelles soient bonnes pour son patient.

Mais le désir ne rime pas forcément avec la réalité et, par cette protection exacerbée, le clinicien retire au patient l'opportunité de prendre un parti pris, de réagir et de se comporter de lui-même à la mauvaise nouvelle.

Retenons toutefois que selon Buckman, en 1984, la moitié des patients environ préféraient ne pas prendre connaissance de leur diagnostic précis, et préféraient ainsi finir protégés. D'autres études réalisées en 1996 démontrèrent que la plupart des patients (90%) voulaient tout savoir de leur condition et de leur diagnostic. La contradiction est notable avec le résultat de Buckman. Serait-elle due à l'antériorité de son étude sur l'autre ? Les choses auraient-elles changé en dix ans ou serait-ce seulement causé par des biais d'étude et d'interprétation ? (Benson, 1996) (Meredith, 1996)

Nous retiendrons donc que protéger le patient des mauvaises nouvelles ne devrait pas être exécuté par défaut, et que le patient pourrait vouloir réfléchir par lui-même à son affection. L'autre extrême n'est évidemment pas non plus des plus recommandables, à savoir partager au patient tous les détails lugubres de son affection de manière strictement factuelle, voire de lui prévoir un sombre scénario.

En outre, si le clinicien décide de protéger ses patients, ces derniers pourraient le voir comme la personne en charge du commandement des opérations, et ainsi pourraient-ils l'assimiler à la maladie au lieu de le voir affronter la maladie avec eux. (Buckman, 1984)

3. Le clinicien ne devrait pas mentir ou contrôler l'information pour son propre confort

Un clinicien est entraîné à contrôler, voire juguler la progression d'une affection. S'il n'y parvient pas, la frustration générée pourrait mener à vouloir contrôler quelque chose de plus maîtrisable : l'information elle-même. Cela donne l'apparence du clinicien capable de gérer l'affection de son patient. Malheureusement, cela n'est pas recommandé ni même efficace de dissimuler la propagation d'une maladie, et même si la moitié des patients ne désirent pas prendre connaissance du diagnostic précis, il est toujours pertinent de pouvoir les avertir sur la progression de ce qui les affecte. (Buckman, 1984)

Divers cliniciens utilisent donc des excuses pour ne pas dire au patient la vérité, et souvent la raison n'est nulle autre que de vouloir se protéger de l'inconfort plutôt que de vouloir protéger le patient lui-même. (Buckman, 2001)

4. Le clinicien ne devrait pas se porter garant de la rémission de son patient

Lourds de soulagement, les patients peuvent ouvertement encourager les cliniciens à prendre la responsabilité de leur rémissions. En effet, ils pourraient recouvrir d'une première chirurgie ou d'un traitement princeps. En meilleur état clinique pour la première fois et optimiste depuis leur diagnostic, il leur arrive de demander aux cliniciens de les encourager afin d'accélérer leur rémission. Le cas échéant, il est alors difficile pour le clinicien de se présenter circonspect, voire de refuser là où il est facile d'agréer à de tels effusions de joie et de s'accorder que, même tacitement, le patient a l'air guéri. Le problème advient toutefois

en cas de rechute. Si la rémission était promise et assurée, toute rechute sera vue comme une faute personnelle du docteur qui s'en trouvera jugé et blâmé.

Sans de telles admonestations, le docteur pourrait tout de même ressentir la rechute comme un échec à l'accomplissement de sa promesse, ce même de manière subconsciente. Confus, il pourrait prendre ses distances avec le patient, n'empirant que plus avant les choses, comme vus précédemment. (Buckman, 1984)

De telles consignes sont certes utiles, mais il demeure la nécessité de protocoles de communication grâce auxquels il serait possible de donner d'importantes informations avec tact tout en soutenant émotionnellement le patient et en reconnaissant ses sentiments. Ceci éviterait par la même la non-divulgarion, la malhonnêteté, ainsi qu'une vérité crue et insensible. De tels protocoles permettraient au clinicien de dire la vérité au rythme du patient, d'une manière à lui permettre de pouvoir gérer sa situation plutôt que de la lui dissimuler. (Buckman, 2001)

V. Plus que des conduites à tenir, des méthodes de communication à apprendre

A. Une diversité de méthodes

Nous avons à plusieurs reprises évoqué la notion de méthodes à suivre dans le but de la transmission de mauvaises nouvelles. Commençons par les composants physiques et sociaux à suivre.

La consultation devrait se dérouler dans un endroit calme, confortable et en privé. Le clinicien doit s'assurer d'un timing de la consultation adéquat au patient. Le clinicien doit être présent en personne, assis et près du patient. Ce dernier peut être accompagné par son entourage en consultation, ce qui nécessite d'identifier les personnes qui le soutiennent émotionnellement. Le clinicien doit d'abord préparer le patient pour la nouvelle et trouver ce qu'il sait déjà sur sa condition. Lorsque ce dernier a l'air prêt, le clinicien commence à la lui présenter d'une manière soignée et attentionnée, avec beaucoup de temps lui étant

attribué. Il lui montre de l'empathie et du respect au cours de l'échange qui doit se dérouler autour d'un discours compréhensible et sans euphémisme, tout à la fois exempt de jargon médical ou de terminologie technique. Le clinicien s'adapte par la même au rythme du patient et à ses réactions, il explore ses réactions sans hésiter à lui laisser le temps, notamment pour s'exprimer ou pour poser des questions. Ensuite, il est important de noter que le clinicien se doit toujours de communiquer une certaine mesure d'espoir. Il se doit également de savoir conclure l'entrevue et de pouvoir résumer les informations importantes en vérifiant que la famille ait bien compris. Donner de la documentation en conclusion est également possible et même apprécié. (Girgis, 1995) (Peteet, 1991)

Les articles étant essentiellement d'auteurs étatsuniens, il est intéressant de noter certains critères plus avancés de leur part. Par exemple, la transmission de l'information doit se faire en prenant en compte les aspects culturel et spirituel, ainsi que les croyances religieuses du patient. (Fine, 1991)

Fine, auteur du précédent article cité, y a proposé un protocole de transmission de mauvaises nouvelles composé de cinq étapes, de la même teneur que le paragraphe premier. Durant la phase un sur cinq de la transmission, le clinicien prépare un espace approprié et attribue une limite de temps accordé au patient. Il doit être sensible à ses besoins ainsi qu'à ses valeurs religieuses et culturelles, sans jamais oublier de se diriger vers le but de la consultation. Lors de la phase deux, le clinicien demande au patient ce qu'il sait déjà et ce qu'il croit à propos de sa condition. La phase trois est à proprement parler celle de la transmission de l'information. La phase quatre laisse le temps au patient d'évaluer sa condition, ses pensées, et de clarifier tout mécompréhension ou quiproquo entre le clinicien et le patient, voire de gérer les désagréments éventuels de manière courtoise. La phase cinq sert à répondre au patient, à reconnaître et à comprendre sa réaction puis, pour finir, à clore l'entrevue. (Fine, 1991)

Rabow et McPhee proposent également un modèle pour transmettre les mauvaises nouvelles appelé « ABCDE ». (Rabow, 1999) Le « A » de l'acronyme signifie « Advance preparation », signifiant que le clinicien se doit de se préparer consciencieusement en amont de la consultation. Le « B » représente « Build a therapeutic environment/relationship », soit mettre en place un environnement favorable à la consultation. Le « C » de « Communicate well » indique de communiquer convenablement.

Le « D » pour « Deal with patient and family reactions » implique de savoir gérer les réactions du patient de manière adéquate. Enfin, le « E » de « Encourage and validate emotions » met l'accent sur l'encouragement envers le patient à exprimer ses émotions que le clinicien doit savoir reconnaître.

B. D'autres méthodes plus précises, les méthodes CLASS et SPIKES

1. La méthode CLASS

Nous avons discuté de méthodes éparses, concentrons nous à présent sur deux méthodes exhaustives. Celles-ci discutent avec précision du bon déroulement d'une consultation lourdes d'émotion, à but de délivrer de mauvaises nouvelles.

La première méthode est la méthode CLASS, établie par Buckman, qu'il convient selon lui de respecter afin d'alléger la peine du patient et de ne pas lui causer davantage d'angoisse. (Buckman, 2001)

Le « C » de l'acronyme CLASS signifie « Context » soit le contexte à établir, ou les paramètres. L'auteur précise que quelques minutes pour devenir pleinement opérationnel épargne un fort lot de frustration et de mécompréhension potentielles durant la consultation. Attention, cette étape peut facilement s'oublier selon l'auteur. « Context » est composé de cinq composants majeurs :

- Arranger l'espace de manière optimale : l'espace pour la consultation doit être privé. Les rideaux autour du lit doivent être tirés, les portes fermées. Tout obstacle physique entre le clinicien et le patient doit être écarté. Les télévisions et radios doivent être éteintes. Si la consultation se déroule au sein d'un bureau, le clinicien ne doit pas s'asseoir derrière un pupitre, mais à côté du patient (les conversations se déroulaient trois fois mieux dans un coin qu'autour d'une table). Il ne doit pas hésiter à faire mention du décor qui peut gêner au bon déroulement de la conversation, par exemple : « ce sera plus facile pour nous de discuter si j'enlève cette table et que nous éteigniez la télévision quelques instants. » Le désordre éventuel du bureau doit être rangé. Le clinicien ne doit pas garder les yeux rivés sur le dossier médical du patient. Si ce dernier vient d'être examiné, le clinicien doit attendre

qu'il se rhabille. Des mouchoirs doivent être mis à disposition pour donner la tacite permission au patient de pleurer. Cela lui donne l'impression d'être moins vulnérable aux yeux du clinicien.

Nous avons fait mention de s'asseoir. En effet, le patient perçoit mieux le temps qui lui est attribué par le docteur lorsque celui-ci s'assied à son chevet. S'asseoir à une distance de moins d'un mètre indique au patient qu'il détient un contrôle sur la consultation et que le clinicien est là pour écouter. Les yeux du médecin devraient toujours être au même niveau que celui du patient, voire en dessous si celui-ci est contrarié ; cela aiderait aussi à calmer une éventuelle colère.

- Langage corporel : le clinicien doit avoir l'air détendu, et ce surtout s'il ne l'est pas. Il ne doit pas sembler pressé, les pieds ancrés au sol et les épaules détendues. Sa veste ou sa blouse devrait être ouverte pour paraître plus accueillant. Les mains sur les genoux, sa position sera considérée neutre selon la psychothérapie.

- Le contact visuel doit être maintenu le plus possible lorsque le patient parle, mais est à éviter s'il pleure ou semble en colère.

- Toucher une zone non sensible telle que le dos de la main, l'avant-bras ou le bras peut aider à apaiser le patient. Cela doit être fait avec modération car ce comportement peut être vite mal interprété, ainsi qu'à condition d'être réactif aux réactions du patient : s'il est gêné, le comportement ne devrait pas être réitéré. La plupart des cliniciens n'ont pas reçu d'indication sur comment « toucher cliniquement » un patient, et sont davantage susceptibles d'être mal à l'aise au début de leur carrière. Cette compétence reste néanmoins utile : des preuves évidentes montrent que toucher le patient au-dessus de la taille est bénéfique durant une entrevue. (Buis, 1991)

- Introduction : le patient doit bien savoir qui est le clinicien et quelles sont ses domaines d'activités. Il est possible de lui serrer la main et il est recommandé de serrer la sienne en premier s'il est accompagné de proches afin de le mettre au premier plan.

Le « L » de CLASS signifie « Listening skills », soit les capacités d'écoute. Le clinicien doit témoigner dès le début d'une écoute active pour son patient. Quatre points clés sont à noter :

Le clinicien doit poser des questions ouvertes afin de laisser le patient répondre à sa façon et qu'il n'ait pas un choix entre plusieurs propositions. Par exemple, les questions peuvent se présenter comme suit : « De quoi pensiez-vous être atteint ? Comment vous sentiez-vous lorsque vous l'avez appris ? », à l'inverse des questions cliniques fermées telles que, en substance : « Avez-vous plus de difficultés à ouvrir cette main que l'autre ? Vous sentez-vous engourdi ? »

Le clinicien doit utiliser des techniques simples de communication. La plus simple est le silence. Le silence révèle l'état de pensée du patient. Souvent, il reste muet lorsque ses émotions deviennent indicibles, mais cela ne signifie pas qu'il ait cessé de réfléchir. Le patient pourra exprimer ce qu'il pense plus tard. Le clinicien peut briser le silence si nécessaire, mais avec tact : « À quoi pensiez-vous à l'instant ? Qu'est-ce qui vous a fait arrêter de parler ? » D'autres méthodes simples existent pour montrer au patient qu'on l'écoute, tel que hocher la tête, lui sourire et répondre positivement, ainsi qu'employer des mots clés de sa dernière phrase pour lui répondre. Un autre auteur, Frankel, stipule formellement de ne pas parler par-dessus le patient, ce qui pourrait être pris le cas échéant pour un grand irrespect. (Frankel, 1988)

Le clinicien doit toujours être clair et honnête, ce surtout lorsqu'il ne saisit pas ce que veut dire le patient : il est certes tentant d'aller dans son sens afin de ne pas le faire se répéter, mais cela lui donne une chance de s'expliquer davantage et d'éviter tout quiproquo.

Le clinicien doit savoir gérer le temps de la consultation afin d'éviter les interruptions par téléphone, bipéur ou par des collègues. Cela peut être vu comme insultant par le patient au cours d'une consultation hautement importante. Si un appel éventuel ne peut attendre, il est judicieux de le lui préciser en début de consultation, de s'excuser et de préciser formellement que l'entrevue reprendra rapidement. S'il est amené à devoir partir, le clinicien doit le formuler poliment tel que, en substance : « J'ai bien peur de devoir aller en salle d'urgences, mais notre conversation est primordiale. Nous la continuerons demain. »

Le « A » de « Acknowledge emotions » signifie reconnaître les émotions du patient et les explorer. Tout d'abord, le clinicien doit savoir répondre de manière empathique. Une réponse empathique est une compétence utile (et non pas une émotion envers le patient, voir *infra*) lors d'une entrevue lourde d'émotions. Répondre empathiquement est souvent mal compris et mal appliqué par les étudiants. Cela n'a rien à voir avec les sentiments personnels du clinicien. Si le patient est triste, le clinicien ne doit à aucun moment également ressentir de la tristesse. L'empathie est un moyen de reconnaître ce que l'autre ressent, ce qu'il expérimente, afin de lui montrer que ses émotions ont bel et bien été prises en compte et qu'elles sont respectées. Le clinicien les légitimise. Si le patient éprouve une émotion forte (rage, chagrin, etc.), un médecin doit reconnaître l'existence de cette émotion ou toute autre tentative de communication échouera. Le cas inverse, le médecin sera perçu comme insensible, rendant le reste de l'interaction inutile.

Répondre empathiquement n'a également rien à voir avec un point de vue personnel (ou pire, un jugement) de la part du clinicien, ni avec la manière avec laquelle ce dernier réagirait face aux circonstances de vie du patient. Le clinicien ne doit pas avoir à ressentir les mêmes émotions que le patient, ni ne doit-il ressentir l'obligation d'approuver son point de vue. L'empathie signifie prendre en compte ce point de vue et que le patient se sente respecté. Nous approfondirons la notion d'empathie plus tard (voir *infra*).

Buckman établit trois étapes dans cette étude. D'abord, le clinicien identifie quelle émotion ressent le patient. Puis il identifie l'origine de cette émotion. Enfin, il répond de telle manière à montrer qu'il ait compris les émotions de son patient et qu'il ait assimilé les deux premiers points. Nous approfondirons ces méthodes plus tard avec les différents composants de l'empathie (voir *infra*).

Le type de réponse empathique le plus efficace peut comporter des éléments tels que : « Vous semblez être... », « Pour vous cela doit être... », « Ça doit être angoissant pour vous que tous ces traitements n'aient pas permis d'amélioration », « Ce doit être horrible pour vous. »

Le « S » de « management Strategy » désigne le plan de prise en charge du médecin que le patient devra suivre. Durant son écoute active, le clinicien s'est renseigné des

attentes du patient en matière d'état clinique, de traitements et de résultats. Il est souhaitable de faire attention au possible décalage entre la vision du patient et la situation réelle/les faits médicaux. Faire paraître un plan logique et acceptable pour le patient est indispensable. En effet, un plan de gestion raisonnable qu'il comprend et suivra vaudra toujours mieux qu'un plan parfaitement idéal qu'il ne saisit pas et ignorera.

Le second « S » de CLASS signifie « Summary », ou comment clore l'entretien. La conclusion n'a pas à être nécessairement longue, mais elle requiert une attention et une concentration particulières de la part du clinicien. Il doit résumer les principaux points abordés, inviter le patient à poser des questions (en formulant par exemple : « Y a-t-il des problèmes ou des questions importantes dont vous voudriez discuter ? »), et enfin établir d'un prochain rendez-vous pour un futur entretien.

2. La méthode SPIKES

La seconde méthode, créée par Baile, est du même acabit que la première. Elle se dénomme la méthode SPIKES qui tient de l'acronyme anglais « Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions et Strategy & Summary » (Baile, 2000). Nous nous servons également des indications de Buckman sur cette même méthode. (Buckman, 2001)

« Setting » peut être traduit par « Paramétrer » et implique d'arranger de l'intimité entre le patient et le clinicien, d'inclure des gens importants du patient, de se connecter avec lui, de s'asseoir, de gérer la contrainte du temps et de toutes interruptions extérieures. Cette étape correspond plus ou moins au deux premières étapes de la méthode CLASS (Context, Listening Skills)

« Perception of condition/seriousness » implique de jauger et d'anticiper, de déterminer ce que le patient sait de sa condition, de ce qu'il suspecte, d'écouter passivement son niveau de compréhension et d'accepter son potentiel déni sans forcément le confronter. Cette étape est utile car le clinicien peut ainsi s'adresser au patient avec son niveau de compréhension et de connaissances.

« Invitation from the patient to give information, getting his invitation » implique d'échanger sur les termes à approfondir : le clinicien demande au propriétaire s'il veut savoir les détails de sa condition et de son traitement, et accepte que le patient refuse de savoir certains éléments tout en répondant à d'éventuelles questions. Comme vu plus tôt, notons que dissimuler des informations à l'insu du patient ou lui mentir est fortement contreproductif.

« Knowledge: giving medical facts » implique de transmettre les informations. Le clinicien se doit d'utiliser un langage adapté au client, de considérer son niveau d'éducation et son environnement socio-culturel. Tout en étant à l'écoute de son état émotionnel, le clinicien donne les informations de manière progressive et intelligible. Il vérifie que le propriétaire ait bien compris chaque étape de ce qui lui a été dit et réagit correctement à ses réactions. Il doit explorer son éventuel déni en s'armant de réponses empathiques, telle que « Ce doit être compliqué pour vous d'accepter cette situation. »

« Explore emotions and sympathize » implique de comprendre les émotions du patient et s'avère semblable à la phase Acknowledgment de la méthode CLASS. Les trois mêmes phases sont utilisées afin de répondre empathiquement : identifier l'émotion du propriétaire (tristesse, silence, choc), identifier la cause même de cette émotion, puis donner le temps au propriétaire d'exprimer ses sentiments, ainsi que montrer qu'ont été pris en compte les deux premiers points. Une réponse empathique permet de reconnaître l'émotion du patient (« Je trouve la nouvelle également très frustrante »), de calmer un moment de stress et facilite la suite de l'entretien sans lui causer plus d'angoisse.

« Strategy and summary » implique de clore l'entretien tout en clarifiant des points d'ombre ou quelconque point dont voudrait parler le patient. Le clinicien ne doit pas oublier d'établir le prochain rendez-vous éventuel à définir.

Grâce à ces protocoles, il est possible de transmettre des informations capitales avec tact, de manière à soutenir le patient en explorant et en reconnaissant ses sentiments afin de les légitimer, le tout en évitant de dissimuler l'information ou d'être malhonnête. En contexte médical, une vérité brutale et insensible peut être tout aussi blessante que des mensonges. Ces protocoles permettent aux cliniciens de dire la vérité au rythme du patient

de manière à mieux l'y préparer, ainsi qu' à mieux gérer sa condition, au lieu de le diminuer en effondrant ses espoirs. (Baile, 2000) (Buckman, 2001)

VI. L'empathie et la sympathie au cœur de la communication

A. Rappel sur des approches

Nous avons abordé l'empathie à de multiples reprises au cours de cette thèse. Nous avons vu qu'elle se définit comme une compréhension et une identification de l'état émotionnel d'autrui. Le clinicien empathique sait montrer et refléter sa compréhension des émotions de son patient. L'empathie est une façon de voir le monde du point de vue du patient, le clinicien entre de manière imaginée dans son monde sans perdre conscience de sa différence avec le sien. (Bondi, 2003) L'empathie n'a rien à voir avec les sentiments personnels du clinicien. Si le patient est triste, le clinicien n'a pas à ressentir sa tristesse. Il peut se donner une idée de cette émotion pour la reconnaître, mais jamais ne doit se faire submerger. L'empathie permet donc de reconnaître ce que l'autre ressent, ce qu'il expérimente, afin de lui montrer que ses émotions sont respectées et légitimisées.

Lors d'une consultation, une mauvaise nouvelle doit être transmise avec empathie et respect dans un langage compréhensible pour le patient, exempt de jargon médical et de terminologie technique. (Monden, 2016) En outre, le médecin doit accomplir un difficile exercice d'équilibre interne : en s'impliquant trop émotionnellement avec le patient, il peut perdre son objectivité ; en ne s'impliquant pas suffisamment, il peut être incapable de saisir l'émotion du patient. Certains chercheurs soutiennent donc qu'il n'est pas possible pour un médecin de faire preuve de véritable empathie envers chaque patient, au risque d'être émotionnellement épuisant (Zinn, 1993), et dressent le portrait d'un médecin le mieux à même de soigner ses patients en restant « cliniquement détaché ». (Halpern, 2003) Le médecin détaché est capable de prendre des décisions objectives concernant les soins de patients sans s'impliquer émotionnellement avec eux. (Hirsch, 2007)

Nous avons également vu que le seul attribut toujours mentionné nécessaire pour être un bon médecin était d'être un bon auditeur. Chaque patient veut être traité comme une personne, non comme une maladie, et veut être rassuré par rapport au fait que le

médecin comprenne bien les aspects non-médicaux de son état. Le but de la médecine étant de traiter le patient – pour soulager la souffrance et non simplement guérir la maladie – l'empathie rentre dans ces critères par le fait qu'elle a déjà été prouvée comme allégeant la peine des patients, mais également garante d'une meilleure observance de ces derniers et donc d'un succès thérapeutique accru.

Nous avons également vu qu'une approche centrée sur les émotions se caractérise par le fait que le médecin insiste sur la tristesse de son message et démontre un excès d'empathie et de sympathie. Cette approche produit le moins d'espoir et entrave l'échange d'informations appropriées. (Monden, 2016) Le meilleur entraînement se porte vers une approche centrée sur le patient que nous allons qualifier d'approche « allo-orientée ». Une telle approche garde le patient au centre de l'attention et a été prouvée garante de la plus grande satisfaction chez les patients, résultant en la perception d'un clinicien émotionnel, disponible, apporteur d'espoir et sans jamais être dominant.

B. L'empathie possède un impact établi sur la guérison du patient

Nous avons déjà abordé cette notion en admettant que de mauvaises nouvelles transmises de manière inadéquate ou insensible pouvait détériorer l'évolution du suivi d'un patient. À l'inverse, les délivrer décemment et avec respect aide à sa rémission. (Fallowfield, 1993) Quand un patient ressent qu'un médecin comprend son état et ses appréhensions, il peut se sentir plus à l'aise de se confier. Raconter son histoire peut être thérapeutique et peut aider à faciliter le processus de guérison. (Adler, 1997) En médecine, le fonctionnement émotionnel et psychologique influence grandement la santé, entravant ou accélérant le processus de récupération physique : l'incapacité à communiquer d'un clinicien peut aller jusqu'à contrecarrer ses connaissances scientifiques et ses plans thérapeutiques mis en place en raison d'un patient qui ne les suit pas. (Fine, 1977)

La gravité de la maladie ni aucune variable démographique n'a émergé comme facteur déterminant dans l'adhésion des patients aux conseils médicaux, là où il a été démontré que la relation médecin-patient influence tel comportement. (Fine, 1977) Or une telle relation fonctionne efficacement avec de l'empathie et l'alliance qui s'en découle. (Fuertes, 2009) En effet, l'empathie engendre une amélioration de la satisfaction des

patients, une meilleure concordance avec les conseils médicaux par une meilleure communication des médecins, une diminution de l'anxiété et de la détresse des patients, un diagnostic amélioré ainsi que, en conséquence, de meilleurs résultats cliniques. Ainsi, l'empathie a été prouvée capable d'aider à la bonne compliance du traitement et au succès thérapeutique associé. (Jeffrey D, 2016) Les connaissances émotionnelles peuvent et doivent donc éclairer la prise de décisions cliniques.

En outre, l'empathie est bénéfique aux cliniciens. Il a été démontré que les docteurs davantage à l'écoute des besoins psychosociaux de leurs patients sont moins susceptibles de subir un épuisement professionnel. (Anfossi, 2004) Il existe des preuves que les médecins attestant de hautes preuves d'empathie démontrent une meilleure satisfaction au travail, et donc d'un risque moindre d'épuisement professionnel. (Larson, 2005) (Thomas, 2007)

Les médecins qui se connaissent bien eux-mêmes vivent l'empathie comme un lien de guérison mutuelle avec les patients. (Kearney, 2009) L'aspect intersubjectif et relationnel de l'empathie a affirmé qu'elle nous permettait de comprendre les autres et aussi de nous comprendre à travers ceux qui interagissent avec nous. (Stein, 2012)

C. L'empathie peut se dichotomiser entre le comportement joué du clinicien et l'impact émotionnel qu'il tolère ressentir pour son patient

Nous comprenons donc l'intérêt de l'empathie au sein de la communication entre un clinicien et ses patients. Approfondissons cette notion d'empathie.

La réaction empathique peut être dichotomisée en deux facteurs : la réponse comportementale (le comportement joué du clinicien) et les facteurs émotionnels (l'impact émotionnel qu'il tolère ressentir pour le patient, et donc l'implication émotionnelle qui transpirera dans sa réaction au patient). Augmenter sa sensibilité à l'un ou l'autre améliorera sa capacité de réponse empathique : améliorer sa capacité d'observation rend plus évident la détection de l'état émotionnel d'un patient. Améliorer sa communication (par les méthodes CLASS et SPIKES vue plus haut par exemple) devrait aider les cliniciens à légitimiser et respecter les sentiments du patient. (Hirsch, 2007)

Des chercheurs ont découvert que les amis masculins dénote entre eux de plus d'empathie que des inconnus de sexe masculin entre eux. Bien que cela paraisse évident, il est intéressant de souligner qu'une meilleure empathie est corrélée à un meilleur échange d'informations plutôt qu'à une plus grande quantité d'informations. Ce meilleur échange se dénote par une capacité d'observation plus accrue envers un ami, ainsi qu'une réaction comportementale plus assumée envers celui-ci. (Stinson, 1992)

Ce résultat est particulièrement pertinent pour les cliniciens, car il indique qu'il ne suffit pas de connaître une grande quantité d'informations sur un patient. Le médecin qui comprend chaque patient à un niveau personnel a de bien meilleures chances de ressentir et de transmettre de l'empathie et, par corrélation vue plus haut, de traiter efficacement le patient et sa maladie. (Hirsch, 2007) Ainsi, le clinicien doit non seulement identifier mais aussi comprendre la base des sentiments du sujet. Il peut alors être en mesure de répondre avec empathie car il comprend et peut s'identifier à la souffrance du patient.

Enfin, dans le but de paraître empathique, le clinicien doit transmettre sa compréhension du sujet au patient. (Hirsch, 2007) En effet, il est important que le médecin possède des compétences en communication suffisantes pour transmettre le sentiment qu'il éprouve envers le patient dont il légitimise les émotions. (Hirsch, 2007) À l'inverse, en raison de mauvaises compétences en communication, il est possible pour un clinicien de ne pas être perçu comme empathique bien qu'il le soit car il est incapable de l'exprimer. Du reste, grâce à de bonnes compétences en communication, un clinicien pourrait ne pas ressentir d'empathie envers un patient, mais pourrait tout de même être capable de donner une réponse appropriée car il comprend comment il devrait se comporter dans cette situation donnée. (Hirsch, 2007)

D. L'empathie émotionnelle et l'empathie cognitive

Mettons de côté l'empathie comportementale pour nous concentrer sur l'impact émotionnel que tolère ressentir un clinicien pour son patient. Selon Jeffrey (Jeffrey D, 2016), l'impact émotionnel que ressent un clinicien (ou ce qu'il tolère ressentir) peut être lui-même dichotomisé en empathie émotionnelle et en empathie cognitive.

1. L'empathie émotionnelle

Le terme *Einführung*, soit « ressentir » en allemand, de Theodor Lipps (philosophe et psychologue allemand du XVIII^{ème} siècle) explique comment des personnes prennent conscience des états mentaux des uns des autres : l'*Einführung* est un processus de résonance intérieure avec l'autre, une « contagion émotionnelle » dirait-on, un état dans lequel l'observateur reconnaît et assume l'émotion de l'autre personne.

L'empathie émotionnelle, ou affective, pourrait être considérée son pendant. Elle est la capacité de ressentir et de partager subjectivement l'état psychologique ou les sentiments d'autrui. Le partage de cette émotion peut entraîner une détresse ou une inquiétude empathique qui précède l'aide et qui contribue à aider autrui. Pour partager l'émotion, le clinicien ressent le même type d'émotion que le patient ; ce processus implique également un aspect cognitif de la chose (voir *infra*), ainsi que de l'imagination.

Comme la perception est spécifique au contexte, l'empathie émotionnelle peut être conceptualisée comme une forme de perception où les gens peuvent littéralement ressentir les états émotionnels des autres comme les leurs. Ici, on comprend donc que le clinicien en butte à l'empathie émotionnelle tolère ressentir une part importante de l'émotion du patient. On pourra comparer plus cette tard notion d'empathie émotionnelle à celle de la sympathie. L'empathie émotionnelle contredit notamment notre précédente notion d'empathie où le clinicien devait ressentir, de manière personnelle, un minimum de l'émotion du patient. En réalité, cette définition sied davantage à l'empathie cognitive.

2. L'empathie cognitive

Dans cet aspect de l'empathie, le clinicien tolère ici seulement un certain impact émotionnel, émettant une restriction par cognition.

L'empathie cognitive est une compétence, une capacité d'identifier et de comprendre les sentiments, ainsi que la perspective d'autrui d'un point de vue objectif ; cette exigence cognitive différencie ainsi l'empathie de la sympathie.

L'empathie cognitive comprend également la capacité d'un individu à comprendre les expériences d'un autre sans évoquer une réponse émotionnelle personnelle, faisant part ainsi d'une préoccupation détachée.

Pour pouvoir comprendre les sentiments d'un autre, il faut comprendre la distinction entre une prise de perspective auto-orientée et allo-orientée : dans une mise en perspective auto-orientée, le clinicien imagine ce que cela serait pour lui d'être dans la situation du patient, telle une forme d'identification. Cette réflexion de similitude amènerait le clinicien à conclure que les autres penseront et ressentiront comme lui. Cela amène toutefois à ce que le clinicien ne parvienne pas à comprendre pleinement l'expérience du patient dans la réalité, d'autant plus que le clinicien suppose y parvenir : ce processus mène à des erreurs de prédiction, à de fausses hypothèses, à des procédés d'intention, ainsi qu'à une éventuelle détresse du clinicien. Cette perspective auto-orientée, plus illustrée par la sympathie que par l'empathie, peut se représenter par le médecin annonçant « Je sais ce que vous ressentez. » En outre, le médecin qui se concentre sur sa propre détresse peut être amené à s'éloigner du patient pour soulager son désarroi. Toutefois, la suppression de fortes émotions survenant face à la mort, à l'invalidité, à l'erreur médicale et à sa propre mortalité est épuisante et peut conduire à l'épuisement professionnel ainsi qu'à la fatigue compassionnelle. (Shapiro, 2012) Les médecins qui adoptent une perspective auto-orientée risquent non seulement de s'éloigner de leur patient, de souffrir de détresse personnelle, mais éventuellement de partir en épuisement professionnel.

La perspective allo-orientée s'avère plus efficace. Elle évite les procédés d'intention, les fausses hypothèses, les erreurs de prédiction et la détresse personnelle de ceux qui adoptent une perspective auto-orientée. L'empathie cognitive par la perspective allo-orientée commence par la curiosité et l'imagination. Il faut s'imaginer être le patient qui subit l'expérience plutôt que s'imaginer être soi-même, le clinicien, subissant l'expérience du patient. Cette approche plus sophistiquée nécessite une souplesse mentale, une capacité à réguler ses émotions et à supprimer sa propre perspective dans l'intérêt du patient. Pour adopter la perspective du patient, il faut déjà avoir une certaine connaissance de base de celui-ci et du contexte dans lequel il souffre. Halpern décrit le besoin de « décentrer » plutôt que de se détacher, de s'éloigner de sa propre perspective émotionnelle et de visualiser la

situation depuis la position du patient sans se submerger dans l'identification avec celui-ci, le tout en conservant un sens de la frontière clinicien-patient. (Halpern, 2001)

Selon Coplan, l'empathie est « un processus imaginatif complexe dans lequel un observateur simule l'état psychologique d'une autre personne (à la fois cognitif et affectif) tout en maintenant une différenciation claire entre soi et lui. » (Coplan, 2011) L'empathie implique les étapes suivantes : appariement affectif entre le clinicien et le patient, prise de perspective allo-orientée (plutôt que auto-orientée) et différenciation clinicien-patient.

Il est toutefois judicieux de préciser que Halpern, éminent éthicien en médecine, eut souligné que l'empathie doit impliquer une résonance émotionnelle, et non pas simplement une compréhension cognitive, sans quoi le clinicien ne peut saisir pleinement l'enjeu des émotions de son patient. (Halpern, 2001) L'empathie cognitive ne se suffit donc pas à elle-même. L'empathie émotionnelle se rapproche certes plus de la sympathie, mais est nécessaire *a minima* pour pouvoir comprendre son patient.

Halpern affirme également que l'empathie a besoin d'action, « l'empathie sans action n'est pas empathie. » (Halpern, 2001) L'empathie, en sus de faire comprendre au clinicien les émotions du patient, a besoin d'actes en conséquence : le clinicien doit agir pour montrer son empathie. Le troisième aspect de l'empathie rejoint donc le « comportement joué du clinicien » mentionné plus tôt : l'empathie comportementale.

E. L'empathie comportementale rejoint le modèle tridimensionnel de Irving

Nous avons déjà parlé de comportement grâce auquel le clinicien peut se rendre empathique en jouant un rôle empathique ou bien en communiquant relativement bien avec le patient. Nous parlerons donc d'empathie comportementale, troisième aspect du modèle tridimensionnel d'empathie de Irving. (Irving, 2004)

Ce modèle propose que le médecin comprenne le monde du patient (aspect cognitif), ressente avec le patient (aspect émotionnel) et communique avec celui-ci cette compréhension (aspect comportemental). (Irving, 2004) Derksen et al. Conceptualise aussi ce modèle comme comprenant les termes suivants : la compétence (aspect cognitif), l'attitude (aspect émotionnel), et l'habileté (aspect comportemental). (Derksen, 2013)

Rappelons ce que nous avons pu voir plus tôt : il est important que le médecin possède des compétences en communication suffisantes pour transmettre l'empathie qu'il éprouve envers le patient dont il légitimise les émotions. (Hirsch, 2007) Il est essentiel pour le clinicien d'agir, de porter une action dans l'empathie, sans quoi l'empathie n'est pas empathie.

Nous avons déjà évoqué le fait que les cliniciens agissant avec empathie peuvent être perçus par les patients comme véritablement empathiques. Grâce à de bonnes compétences en communication, un clinicien pourrait ne pas ressentir d'empathie envers un patient, mais pourrait tout de même être capable de donner une réponse appropriée car il comprend comment il devrait se comporter dans cette situation. (Hirsch, 2007) N'omettons toutefois pas que l'empathie doit impliquer une résonance émotionnelle selon Halpern, et non pas simplement une compréhension cognitive comme énoncé plus tôt : il apparaît évident que l'aspect comportemental ne peut être efficace à lui seul non plus. La résonance émotionnelle demeure primordiale dans le contexte comportemental de l'empathie.

Du reste, les cliniciens qui pratiquent cette technique « d'action en profondeur » peuvent même avec le temps apprendre à devenir véritablement empathiques. Enseigner le jeu d'acteur peut être une méthode directe d'enseignement de l'empathie comportementale, et donc de l'empathie si une dose émotionnelle adéquate y est instillée. (Larson, 2005) Ce phénomène contrecarrerait donc la stéréotypie du clinicien jouant purement une empathie comportementale.

Avant de voir les méthodes pour assurer au mieux de l'empathie envers un patient, voyons un quatrième et dernier type d'empathie évoqué dans la littérature : l'empathie morale.

F. L'empathie morale

La quatrième dimension de l'empathie est une motivation interne du souci de l'autre, une volonté d'agir dans le but de soulager sa souffrance en lui prêtant attention et en lui prouvant des actes d'altruisme. (Morse, 1992)

Maxwell propose que l'empathie puisse être conçue comme une compétence ou une disposition qui joue un rôle dans le jugement moral et s'avère donc fondamentale pour le fonctionnement moral. (Maxwell, 2008) Une question morale sur l'authenticité se pose ainsi en lien avec l'empathie : il ne suffit pas d'imiter les schémas de discours ou de comportements qui apparaissent empathiques pour le devenir, il faut aussi qu'il y ait une préoccupation authentique, une empathie morale. (Jamison, 2014) (Roper, 2016) Ceci résonne avec la contradiction observée plus haut : pratiquer une empathie purement comportementale n'est pas de l'empathie.

Au niveau de l'éthique des soins, être attentionné fait partie intégrante de la vie morale, et l'empathie est un élément important de cette attention. Noddings pensait que l'empathie était un outil essentiel pour développer notre compréhension des autres et nous permettre de décider de la meilleure ligne de conduite en pratique. Or être attentionné est étroitement lié à l'empathie, car cette attention dépend de la prise en compte des besoins spécifiques de patients particuliers et de la tentative de comprendre la situation du point de vue du patient. (Noddings, 1984)

Hilfiker soutient qu'un objectif fondamental de l'enseignement de l'éthique en médecine devrait être de favoriser le sentiment d'empathie. (Hilfiker, 2001) La vraie empathie avec une composante morale permet aux étudiants et aux médecins de mieux comprendre les aspects éthiques des problèmes cliniques (Maxwell, 2008), ainsi que de se concentrer sur le développement des compétences, des attitudes et des préoccupations morales, plutôt que de simplement les inciter à faire preuve de plus de compassion ou d'empathie purement comportementale. (Halpern, 2001)

L'intérêt d'un apprentissage équilibré en empathie permet de ne pas tomber dans l'antipathie, hautement contreproductive au rétablissement du patient, ou bien de ne pas tomber dans le côté inverse, la sympathie.

G. Tomber dans la sympathie

Comme vu plus haut, la notion d'empathie se situe dans l'imagination des émotions ressenties par le patient, et certains auteurs opposent ce concept à la sympathie qui s'avère définie comme éprouver les émotions d'autrui. Ainsi, un clinicien tombe dans la sympathie

lorsque son empathie penche davantage vers l'aspect émotionnel que cognitif ou comportemental. En usant d'un tel processus, Rogers craint que le clinicien tombe dans le risque de sur-identification avec le patient et voit la compréhension de son cas altéré et le processus thérapeutique menacé. (Rogers, 1961)

La sympathie peut se transformer en un sentiment de pitié pour autrui. Elle se dirige vers une perspective auto-orientée qui peut découler d'une motivation égoïste d'aider l'autre personne afin de soulager sa propre détresse que l'on ressent pour lui. En adoptant la perspective auto-orientée, le clinicien prend le risque de la sympathie, *i.e.* un léger inconfort pouvant finir en détresse et en un écrasement dû à la charge émotionnelle. (Jeffrey D, 2016)

Hojat identifie l'empathie comme un processus intellectuel objectif, rationnel et précis qui s'avère toujours bon d'utilisation pour le patient comme pour le praticien, au détriment de la sympathie, vilipendée comme une pratique émotionnelle, auto-indulgente, codépendante, voire histrionique qui conduira à l'épuisement professionnel et à la fatigue compassionnelle.

(Hojat, 2009)

H. Différences entre l'empathie et la compassion, un terme médicalement délaissé

Le lien entre compassion et empathie peut être confus, d'autant plus que des auteurs pensent que l'empathie fait partie de la compassion tandis que d'autres promulguent la compassion comme un résultat de l'empathie. (de Zulueta, 2013) (Jeffrey, 2016)

Chochinov définit la compassion comme une profonde conscience de la souffrance d'autrui couplée au désir de la soulager. (Chochinov, 2007) Elle sous-entend un désir d'aider mais ne se traduit pas nécessairement par la mise en place de l'action. La compassion met en évidence l'engagement à soulager la souffrance, reflétant notre besoin de relations sociales. Nous pouvons ressentir de la compassion pour autrui sans tenter de comprendre ses sentiments et son point de vue. (Jeffrey D, 2016)

La nature claire de la compassion n'est pas bien comprise. Elle implique une composante de souffrance et un désir de la soulager dans une relation dynamique avec autrui qui peut très bien changer avec le temps. Il persiste un débat pour savoir si la

compassion peut s'apprendre ou s'il s'agit simplement d'une qualité innée de la personne. La question se pose même à lier la nature intangible de la compassion à des initiatives institutionnelles pour rendre la compassion un droit.

En comparaison avec l'empathie, la compassion est plus intense et implique un plus grand degré de souffrance chez le patient et le médecin. (Nussbaum, 2003) Plus complexe et nuancée que la compassion, l'empathie est une construction plus pertinente et utile pour la pratique clinique, la recherche médicale et l'éducation. (Jeffrey, 2016) Elle comprend des éléments de sympathie et de compassion, mais elle porte également des connotations pertinentes qui manquent à la fois à ces deux notions. (Maxwell, 2008) L'empathie implique clairement une implication imaginative, et bien qu'au sein de la sympathie et la compassion peut receler une implication imaginative semblable, ces termes se réfèrent généralement à des réponses instinctives et à une détresse irréfléchie face à la souffrance d'autrui. Leurs caractéristiques ne nécessitent pas une grande perspicacité psychologique et cognitive, là où l'empathie semble suggérer une détresse réfléchie, justifiée et donc rationnelle par objectivité, c'est-à-dire une réponse à des situations plus subtiles, imperceptibles et complexes qui nécessitent des compétences à la fois affectives et cognitives pour percevoir, partager, comprendre et mettre en œuvre. (Jeffrey, 2016) Contrairement à la compassion ou à la sympathie, l'empathie n'est pas une réaction instinctive, c'est un choix à faire pour ne pas s'épancher avec le patient. Cela demande un effort conscient. (Jamison, 2014) En outre, elle donne un sens à l'expérience d'autrui et à la compréhension de l'autre, et fait ainsi partie d'une notion de prudence, de sagacité, de sagesse pratique, le tout en préservant et en respectant la différence avec le patient. Cela contraste avec la compassion qui n'implique pas nécessairement une compréhension cognitive des points de vue des autres. (Jeffrey, 2016)

L'empathie s'avère donc être une préoccupation saine pour la souffrance d'autrui. Elle motive l'aide envers autrui et doit être différenciée de la détresse personnelle découlant d'une perspective de sympathie auto-orientée qui peut tout à fait mener à un épuisement professionnel. L'empathie est une réponse qualifiée, tandis que la sympathie et la compassion sont des réponses instinctives : développer la compétence d'empathie semble être un objectif plus réaliste pour l'éducation médicale et enseigner la compassion semble

contre-intuitif. Elle se concentre sur la personne et non sur sa condition, permettant de se rapporter à une personne particulière dans une condition particulière.

Pour finir, la recherche sur la compassion en médecine est moins développée que celle sur l'empathie, donnant une raison claire et simple de préférer l'empathie à la compassion, tout en encourageant les chercheurs et les éducateurs médicaux à étudier et à enseigner le concept, là où les notions plus vagues de la compassion sont beaucoup plus difficiles à rechercher ou à enseigner. (Jeffrey, 2016)

En conclusion, l'empathie est une connexion qui implique un partage émotionnel avec le patient dans une relation à double sens ; une curiosité clinique pour mieux comprendre les préoccupations, les sentiments ainsi que la détresse du patient, et lui donner le sentiment qu'ils comptent ; une perspective allo-orientée, le médecin essaie par un effort cognitif d'imaginer ce que c'est que d'être le patient et essaie de voir le monde de son point de vue ; une différenciation entre le clinicien et le patient respecté en tant qu'individu avec dignité ; de l'attention pour agir de manière appropriée et compréhensive avec le patient.

Les quatre piliers de l'empathie peuvent également se définir par la composante émotionnelle d'abord, à savoir maîtriser afin de ne pas tomber dans la sympathie et la compassion, puis par un aspect cognitif (deuxième pilier) qui se doit d'être lié à *a minima* à de réelles émotions, mais aussi à une action, soit l'aspect comportemental de l'empathie (troisième pilier), non sans une certaine émotion, sans quoi le comportement du clinicien apparaîtra faux, le tout chapeauté par une morale (quatrième pilier) de l'autre qui régit notre éthique.

VII. Enseigner et encourager l'empathie en études médicales

A. Enseigner l'empathie

De nombreux auteurs traitant de l'empathie la désignaient autrefois comme une qualité innée à la naissance ou apprise à un très jeune âge. (Brothers, 1989) (Hodges, 1991) La réponse qui prédomine aujourd'hui contesta cette exaction et de nombreux chercheurs pensent actuellement qu'il est possible d'enseigner et d'apprendre l'empathie. (DasGupta, 2004) (Shapiro, 2002) Selon eux, un médecin qui a appris dès l'enfance par le biais de ses parents à écouter autrui et comprendre ses idées, ses sentiments et ses dilemmes est un clinicien qui eut de la chance étant petit. Or tous ne l'ont pas eue, et il est essentiel que tous les cliniciens acquièrent ces compétences pour fonctionner en tant que bons cliniciens. En outre, certains ont suivi une formation médicale abusive et dépourvue d'empathie. Certains médecins peuvent non seulement ne pas posséder ces compétences de manière innée, mais peuvent même ignorer la valeur de l'empathie ; les compétences en communication sont souvent négligées en études de médecine. (Jeffrey, 2016)

Nous avons déjà étudié l'apprentissage de l'empathie à travers le A « Acknowledgment » de CLASS et le E « Explore emotions and sympathize » de SPIKES. En déconstruisant la communication empathique en plusieurs étapes, les médecins peuvent maîtriser les parties une à une pour ensuite les assembler. Explorons l'enseignement de l'empathie à travers ces mêmes étapes : (Platt, Vaughn and Keller, 1994)

Le clinicien doit d'abord réaliser être dans le moment affectif. Il écoute les sentiments que le patient lui partage (la colère, la tristesse, le deuil, le chagrin, la peur ou la sensation d'être piégé...). Le plus souvent, le médecin est conscient du fort affect du patient, mais demeure inconscient de ses propres sentiments, ce qui peut l'amener à éviter le problème et à manquer une occasion de comprendre le patient.

La deuxième étape consiste à prendre le temps de réfléchir. Le clinicien peut avoir à arrêter l'entretien. Il étiquette l'affect du patient et trie ses propres sentiments. Il diagnostique les sentiments du patient à l'aide de possibles questions internes « comment doit se sentir le patient ? » Cette pause pour la réflexion révèle bien du processus empathique comme un événement cognitif où le clinicien se met à la place du patient en voulant comprendre ses émotions, mais sans jamais se mettre soi-même dans sa condition

pour éviter toute surcharge émotionnelle. Le processus devient si fluide avec la pratique qu'il ne semble même plus nécessiter quelconque réflexion. Le médecin semble être né avec cette faculté à savoir pourtant apprivoiser et maîtriser.

La troisième étape demande de pouvoir nommer l'affect du patient. Soit ce dernier le précise ou bien le médecin lui trouve un nom, le reconnaît, l'identifie, et montre qu'il l'a bien saisi. Au lieu de vouloir comprendre, les médecins peuvent erronément ressentir une compulsion à faire quelque chose et à se précipiter vers une action, un conseil ou un traitement thérapeutique. En outre, la simple présence du médecin peut reconforter ; ce dernier ne peut souvent rien faire de plus, et le simple fait d'être présent devient l'étape la plus thérapeutique qu'il puisse offrir.

La quatrième étape requiert de comprendre les actions passées du patient : une certaine action pouvait être sensée pour le patient à un moment donné. Par exemple, il a pu s'être trompé en suivant mal les recommandations du médecin ; il a pu devenir violent ou tenter de se suicider à cause de son perpétuel état de détresse. Le médecin n'a pas à s'inquiéter que le patient pense qu'il lui conseille tel comportement, il est donc inutile de prendre le réflexe de le réprimander pour ses actions. Non, le médecin doit simplement comprendre l'état de son patient au moment où l'action s'est produite. En reconnaissant le dilemme que vit le patient, le médecin ne sanctionne pas les comportements destructeurs.

La cinquième étape consiste à offrir de l'aide au patient ultérieurement. Le clinicien peut assurer au patient que si ce dernier se retrouve à nouveau dans une même situation compliquée, il pourra lui proposer de l'aider au téléphone comme durant un entretien en tête à tête. (Platt, Vaughn and Keller, 1994)

Collenda propose également un modèle à base de trois fonctions pour répondre avec empathie et obtenir une bonne interaction médecin-patient. La première fonction implique de rassembler des données pour comprendre les problèmes du patient, soit de prime abord le but premier de tout entretien médical. La deuxième fonction implique le développement d'un rapport médecin-patient et la réponse adéquate du médecin aux émotions de son patient, requérant donc plusieurs habiletés relationnelles de base, mais la qualité la plus importante étant la capacité à communiquer une appréciation empathique de la situation à

l'aide de cinq compétences de réponse émotionnelle : la réflexion, la légitimation, le soutien personnel, le partenariat et le respect. La troisième fonction consiste à enseigner aux patients des notions sur leur maladie et à les motiver à adhérer au traitement, la non-observance thérapeutique étant un problème majeur dans la pratique médicale. (Collenda, 1989) (Smith, 1991)

Quelques années auparavant, Collenda conceptualisait le processus empathique telle une analyse de décisions dans laquelle le thérapeute étudie le discours du patient au moyen de l'arbre de décision suivant : D'abord, « que dit le patient ? » Ensuite, « quelles sont les implications et les effets associés de ce que dit le patient ? » Pour finir, « en tant que clinicien thérapeute, comment puis-je être le plus utile au patient à ce moment précis (émettre une interprétation ou garder le silence) ? »

Lorsque le clinicien doit donner son avis, un arbre de décision similaire peut être utilisé : D'abord, « que suis-je en train de dire ? » Ensuite, « quelles sont les implications de ce que je dis ? » Enfin, « suis-je le plus utile au patient en ce moment ? »

Étant donné l'échange rapide d'informations lors d'une consultation, les interprétations ou commentaires inconsciemment faits par des cliniciens débutants peuvent abonder. Ces erreurs sont réduites grâce à ces arbres de décision en faisant en sorte que les thérapeutes soient conscients de l'état mental de leurs patients ainsi que du leur. (Collenda, 1989)

B. Des résultats favorables à enseigner l'empathie

Dans son étude « Empathy in the doctor-patient relationship: skill training for medical students » (1977) Fine utilise la *Truax Accurate Empathy Scale*, « l'échelle d'empathie précise de Truax », une échelle en neuf points largement validée en psychothérapie : le niveau 1 sur cette échelle indique un manque d'empathie (les sentiments sont ignorés). Lors du niveau 5, le médecin comprend les sentiments du patient ainsi que ses préoccupations, et le lui montre. Le niveau 9 est décrit comme le niveau empathique. Il a été

constaté que les réponses inférieures au niveau cinq ont un effet détériorant sur la relation d'aide, tandis que celles au-dessus ont un effet facilitateur.

Deux groupes furent sélectionnés lors de l'étude : le groupe contrôle qui ne suivit aucune formation et le groupe d'empathie expérimentale qui suivit une formation approfondie sur l'empathie en clinique durant douze heures. Avant la formation, moins de 25 % des deux groupes mettaient l'accent sur la considération du patient et son problème ; sur l'échelle empathique de Truax, le groupe expérimental atteignait un score de 1,95 et le groupe témoin un score de 1,72 sur 9. Après la formation, seules 27% des réponses du groupe témoin mettaient l'accent sur la considération du patient et son problème avec un score d'empathie de 1,98 sur 8, tandis que 98% des réponses du groupe expérimental étaient orientées vers le problème du patient avec un score d'empathie de 5,25 sur 9.

Le groupe expérimental s'est avéré fonctionner à un niveau d'empathie significativement plus élevé, ses participants étant ainsi plus aptes à s'occuper d'un patient atteint d'un souci médical (l'empathie ayant été prouvée aidant à la rémission), tandis que la réponse du groupe témoin demeurait principalement une discussion impersonnelle et médicale du problème uniquement. (Fine, 1977) Nous pouvons repenser aux peurs engendrées par les mauvaises nouvelles, notamment la peur du spontané où nous avons précisé que les cliniciens ont peur d'agir à base d'un comportement pour lequel ils n'ont pas reçu d'entraînement, tel que l'empathie. Ici, le groupe expérimental ayant reçu cet entraînement pénétra au sein d'un cercle vertueux et usa d'empathie pour échanger au mieux avec leur patient, là où le groupe témoin se contenta toujours de discussions formelles.

C. Le paradoxe d'enseigner l'empathie

1. L'apprentissage en médecine oriente les étudiants vers un détachement du patient

La prise de conscience de l'importance de la relation clinicien-patient a conduit les facultés de médecine des États-Unis à dispenser de cours obligatoires en communication et sur l'enseignement de l'empathie. Malheureusement, cela ne s'est pas traduit par des attitudes et des actions durables et efficaces. (Shapiro, 2012) L'empathie des étudiants diminuerait même considérablement au cours de la troisième année de la faculté de

médecine et reste faible tout au long de la quatrième année de formation. (Newton, 2008) La médecine priorisant le progrès technologique, la hiérarchie, la certitude et l'efficacité, elle encourage à conceptualiser les patients comme des objets ou des tâches dont extraire l'apprentissage. La vision la plus largement répandue est que les praticiens doivent répondre à la souffrance des patients avec objectivité et détachement. (Shapiro, 2012)

Ainsi, malgré les formations, la pédagogie médicale encourage « un souci détaché qui dévalorise la subjectivité, l'émotion, les relations et la solidarité. » (Coulehan, 2005) Lors d'une étude de 2010 basée sur des historiques cliniques en contexte universitaire reflétant l'apprentissage chez les étudiants, seulement 19% incluait un contenu émotionnel quel qu'il soit de la part du clinicien. Au cours de l'apprentissage en clinique, les élèves seraient donc tacitement conduits à réprimer leurs émotions et à éviter l'expression des sentiments, voire à ne pas reconnaître les émotions du patient. (Karnieli-Miller, 2010)

En outre, les étudiants en médecine sont particulièrement vulnérables au détachement émotionnel car ils apprennent encore à moduler leurs propres états émotionnels dans un environnement stressant et exigeant. (Shapiro, 2012). Ne sachant pas comment faire face aux sentiments intenses ressentis au quotidien, ils finissent par les nier ou les ignorer. (Jenning, 2009) La suppression d'émotions fortes s'avère néanmoins épuisante et peut conduire à l'épuisement professionnel ainsi qu'à la fatigue compassionnelle, incitant à favoriser la distanciation émotionnelle envers les patients : le cercle vicieux se met en place. (Kearney, 2009)

2. Les normes académiques se tourneraient davantage vers l'empathie cognitive

Selon Winefield, l'empathie et les émotions associées semblent imprévisibles et incontrôlables pour les enseignants en médecine. La cognition est néanmoins plus confortable et familière aux étudiants, et l'empathie est maintenant généralement enseignée comme un ensemble de compétences cognitives et comportementales. (Winefield, 2000) Sont alors enseignées aux étudiants des approches cognitivo-comportementales dans lesquelles des phrases ou des gestes verbaux et non verbaux deviennent des substituts de l'empathie, tel que : « je comprends votre inquiétude » ou bien « je comprends que vous ne vouliez pas mourir. »

Les étudiants observent et recopient les attitudes empathiques dans les services et dans les cliniques, ce qui peut être aussi positif que négatif : les étudiants sont fréquemment amenés à rencontrer des médecins impolis, dédaigneux et vides d'empathie. (Hafferty, 1988) Même les modèles positifs ne savent pas toujours comment enseigner ce qu'ils font, ce qui produit l'effet « wow » : les étudiants sont impressionnés par ces modèles exceptionnels, mais sont tout bonnement incapables d'identifier exactement ce qu'ils font. L'enseignement de l'empathie au cours de formation théorique s'avère ainsi indispensable. (Shapiro, 2002)

3. L'empathie cognitive peut mener à de la fausse empathie

Les méthodes cognitivo-comportementales de l'empathie répandues dans les années précliniques engendrent toutefois le risque de devenir de simples exercices intellectuels pour les étudiants en médecine. Une empathie exclusivement basée sur la technique peut la transformer comme un moyen, quoique approprié, d'atteindre d'autres fins plus précieuses, telle que la bonne compliance du propriétaire à son traitement plutôt qu'une fin moralement valable en soi. L'aspect cognitif peut encourager les étudiants à simplement acquérir des démonstrations mimétiques d'empathie, un langage superficiel et des gestes qui leur permettent de réussir dans un contexte d'examen, mais qui demeureront détachés du lien émotionnel sous-jacent qui tente d'être enseigné. (Levinas, 2005)

Le simple fait d'imiter un comportement compatissant n'est pas de la compassion, et la même chose pourrait être dite de l'empathie. (Pence, 1983) La composante émotionnelle de l'empathie ne devrait pas être vue comme dangereuse et à exclure car l'empathie purement cognitive sans la dose adéquate d'émotion risque d'être excessivement opérationnalisée et codifiée. (Balint, 2000) Évalués en continu sur leur comportement en clinique, les étudiants peuvent en déduire qu'il existe des façons précises et correctes d'interagir avec les patients, ce qui peut les amener à des interactions stéréotypées et impersonnelles, et donc à un apparent manque d'empathie. (Case, 2010) Lorsque l'empathie est considérée davantage comme une performance que comme un engagement profond envers une manière de se tourner vers le monde, elle peut facilement aboutir à une empathie « sélective », soit une performance générée en réponse à certaines situations d'évaluation.

Certains estiment que le langage conventionnel et formel est parfois trop banal et connu de tous pour permettre de comprendre la souffrance de l'autre et se connecter avec lui. (Brockmeier, 2008) Cela suggère que ce n'est qu'en sortant des façons routinières de parler et de penser que l'empathie peut être communiquée à un autre, là où le format standardisé d'un ECOS (Examen Clinique à Structure Objective) va directement à l'encontre de cette spontanéité et de cette originalité du langage. La vraie empathie doit être enracinée dans les attitudes et comportements internes et doit servir à reconnaître que la souffrance de l'autre compte vraiment.

4. Le rejet de l'empathie

Étant donné que la culture de la médecine ne soutient pas systématiquement les attitudes et les pratiques empathiques, les besoins d'identifier et d'exprimer l'empathie envers les patients n'ont pas tendance à obtenir un statut officiel dans l'environnement clinique. Il est alors facile pour les étudiants de voir l'empathie comme un aspect agréable, mais non essentiel à la pratique. Ainsi, l'empathie est souvent considérée par les étudiants qui l'expriment comme annexe ou sans rapport avec la « vraie » médecine, voire une façon de s'engager avec le patient dont ils devraient se méfier. En outre, les élèves ont noté que leurs enseignants semblaient parfois plus intéressés par l'apparence d'altruisme que par le sentiment réel d'empathie envers autrui. Parfois tirent-ils même la conclusion de ne pas être d'assez bonnes personnes car ils doivent suivre un programme qui essaie de leur enseigner l'empathie et ses attitudes associées.

Selon Wear, des facteurs personnels comme l'éducation par les parents ou des expériences de vie ont déjà façonné la capacité d'empathie des étudiants au moins autant, sinon plus que l'enseignement formalisé ou les cliniciens modèles. Les étudiants peuvent résister à ce qu'ils perçoivent comme des efforts qu'on tente de leur enseigner pour remodeler des valeurs existantes qu'ils considèrent déjà comme parfaitement saines. (Wear, 2008)

VIII. Une relation tripartite entre le propriétaire, son animal et le vétérinaire

A. Une évolution des relations

La médecine humaine tend à rompre avec un passé dans lequel les patients recevaient des soins de la part de médecins décidant de leur cas en intégralité. Depuis notamment la loi sur les droits des malades, une rupture de cette relation asymétrique s'impose avec pour objectif un réel partenariat. La médecine vétérinaire rurale connaissait une situation assez proche, le vétérinaire exerçait un certain ascendant sur le détenteur de l'animal. Avec le temps s'est toutefois institué un partenariat entre les deux partis, en sus d'un environnement para-agricole structuré et disposant de ressources humaines et d'organismes à vocation sanitaire. (Michel Baussier, La Prévention Médicale, 2020)

En médecine vétérinaire des animaux de compagnie, outre l'évolution de la jurisprudence en matière de responsabilité civile du propriétaire à l'animal, l'évolution des consciences et l'accès généralisé à l'information a contribué à faire évoluer la nature de la relation entre le maître de l'animal et son vétérinaire. (Michel Baussier, La Prévention Médicale, 2020) La reconnaissance croissante des animaux de compagnie comme membres de la famille implique des attentes croissantes des propriétaires pour des soins médicaux de qualité certes, mais aussi pour des soins « compatissants » et une communication respectueuse. (Blackwell, 2001)

B. Un contrat tripartite

En médecine humaine, le contrat de soins est établi entre le clinicien et le patient. En médecine vétérinaire, les soins concernent certes l'animal, un être vivant doué de sensibilité, son statut civil demeure toutefois sous le régime des biens comme nous l'avons vu au début de ce manuscrit ; le contrat passe alors par l'intermédiaire de son propriétaire, la cible principale avec qui le partenariat s'établit pour des soins de qualité. Le vétérinaire doit notamment savoir l'impliquer dans les soins prodigués.

Pour approfondir cette conception du contrat, l'animal lui-même est à impliquer dans les soins apportés. Par exemple, les animaux sauvages élevés en captivité au sein de parcs

zoologiques peuvent être conditionnés à recevoir des soins afin d'éviter l'anesthésie générale. Le phénomène est comparable avec les animaux de compagnie et l'utilisation d'entraînement médical (« medical training »), une voie à valoriser auprès du maître qui voit son animal traité en toute quiétude au cours des consultations. La relation n'en devient que plus amicale avec l'homme, dont le vétérinaire, les soins s'avérant plus efficaces et moins dangereux. Tous les partis du contrat tripartite y gagnent. (Michel Baussier, La Prévention Médicale, 2020)

C. Le bon cours de l'information

Pour le bon déroulement du contrat tripartite, le consentement du propriétaire est primordial. En agissant ainsi, le vétérinaire rend sa pratique plus collaborative et cherche à faire du propriétaire un partenaire des soins de son animal. La première étape est de l'informer avant de décider et d'agir, soit faire usage de l'information précontractuelle. Celle-ci permet d'obtenir son consentement sur la base de son bon éclairage quant aux enjeux lors des moyens mis en œuvre pour le diagnostic, puis lors d'un éventuel traitement. Le vétérinaire s'assure une sécurité juridique en prévenant le propriétaire, ainsi qu'une sécurité lors des phases de soin sur une base d'informations devenues contractuelles.

Informé s'avère ainsi primordial, par oral d'abord dans le cadre de la consultation, puis possiblement par écrit à l'aide de documents telle qu'une ordonnance ou une fiche explicative. Certains cas vont jusqu'à un réel contrat de soins tangible écrit et signé des deux parties. Ainsi, le vétérinaire s'adonne à l'obligation déontologique d'expliquer le fonctionnement de son établissement dont le client prend connaissance dans l'optique de soins de qualité.

Pareillement à la médecine humaine, il faut informer, expliquer et vérifier que les explications concernant l'animal ont bien été saisies par le propriétaire. En outre, le vétérinaire empathique se doit d'être à l'écoute de son interlocuteur, parfois dépassé. Il peut l'impliquer au déroulement thérapeutique de son animal, le questionne et lui demande explicitement son avis. La confiance se renforce et le propriétaire se sent impliqué et responsable. Celui-ci peut être amené à cumuler les fonctions d'infirmier et d'aide-soignant

à la maison, et le vétérinaire peut se voir à devoir le « former » un minimum à l'administration de médicaments ou à la réalisation de simples soins. Le propriétaire pourra également devoir surveiller, voire consigner, certains signes exprimés par l'animal. Le suivi et l'observance du traitement dépendront de cette collaboration, le vétérinaire empathique à l'écoute de ses patients bénéficiant d'autant plus d'une entente efficace, d'une bonne compliance et d'un succès thérapeutique accru. (Michel Baussier, La Prévention Médicale, 2020)

D. L'empathie en médecine vétérinaire

À l'instar de la médecine humaine, le vétérinaire faisant preuve d'empathie obtient une précision diagnostique accrue, une compliance au traitement augmentée, ainsi qu'une meilleure satisfaction en général. (Shaw, 2012) (McArthur, 2012)

Bien des vétérinaires ont néanmoins du mal à faire preuve d'empathie. Pour pouvoir comparer à la médecine humaine, voyons brièvement quelques techniques démontrées efficaces pour agir davantage comme tel : le vétérinaire doit demeurer objectif sans s'immiscer dans la souffrance du propriétaire afin de ne pas trop s'investir émotionnellement ; il doit reconnaître et légitimer ses sentiments sans vouloir trop le rassurer ; il doit se montrer empathique verbalement et physiquement (contact visuel, expression du visage, posture, absence d'objets physiques entre les interlocuteurs) ; il doit poser des questions ouvertes pour comprendre au mieux le propriétaire, et éviter les questions empreintes de jugements « pourquoi n'aviez-vous pas fait vacciner votre chien plus tôt ? » ; il doit écouter activement le propriétaire avant de se lancer dans la résolution du cas clinique, le couper trop tôt peut mener à de fausses hypothèses et à des pistes de diagnostic erronées (en moyenne, les vétérinaires interrompent leurs clients au bout de 15,3 secondes de parole). (Vetxinternational, 2021) Shaw, auteur cité plus haut, fit notamment mention de la méthode SPIKES dans son article à but d'enseigner aux vétérinaires comment faire preuve d'une communication efficace lors de démarches de fin de vie d'un animal. (Shaw, 2007)

Lorsqu'un vétérinaire consulte au cas par cas, il lui est difficile d'être humainement présent pour chacun de ses clients. Pratiquer correctement l'empathie, c'est-à-dire comprendre les propriétaires sans subir leur lourd tribut émotionnel, aide ces derniers, leurs animaux, ainsi que le vétérinaire moins enclin à la fatigue compassionnelle, réel problème pour de nombreux professionnels. (Vetxinternational, 2021) Une carrière plus durable dans la profession est ainsi possible, là où il a été prouvé que soutenir les propriétaires de manière purement émotionnelle, ce de manière quotidienne, implique toujours un fort stress au sein de la sphère vétérinaire. (Shaw, 2007)

Nous saisissons donc la similitude de l'empathie entre la médecine humaine et vétérinaire. Nous comprenons que la communication au sein de ces deux domaines se ressemble en de multiples points. Le vétérinaire doit être tout autant à l'écoute du propriétaire même si ce dernier n'est pas le patient en tant que tel. En effet, celui-ci le représente et peut essuyer de fortes détresses en fonction de l'état clinique de son animal de compagnie, parfois même plus importantes que si lui-même était atteint d'une affection. Ses sentiments devront être légitimés par le vétérinaire.

Ainsi, les notions d'écoute active et de méthode comportementale du clinicien, la légitimisation des émotions du propriétaire respecté et la bonne compliance au traitement se retrouve en médecine vétérinaire. Les notions d'empathie du clinicien de médecine humaine pour son patient s'extrapolent également en médecine vétérinaire envers l'animal et son propriétaire. Promouvoir une telle ambiance respectueuse et empathique sert à des soins de qualité envers les animaux d'abord, mais à la satisfaction des propriétaires également. (Shaw, 2007) (Michel Baussier, La Prévention Médicale, 2020)

E. L'euthanasie en médecine vétérinaire

Nous discutons de multiples points communs entre les médecines humaine et vétérinaire, mais ce qui les distingue notamment est la complète possibilité de l'euthanasie de l'animal de compagnie, quoiqu'une récente session de la Convention citoyenne d'avril 2023 s'est prononcée en faveur du développement des soins palliatifs et de l'ouverture, sous conditions, du suicide assisté et de l'euthanasie en médecine humaine en France. (Vie

publique, 2023) L'euthanasie se présente comme le dernier recours thérapeutique et plane souvent au-dessus des animaux aux résultats cliniques sans certitude et de grande souffrance. Un vétérinaire se doit de savoir accompagner avec empathie un propriétaire dont l'animal est en vue d'être euthanasié : environ 50 % des participants d'une étude ont déclaré se sentir coupables d'avoir fait euthanasier leur animal, or la manière dont le vétérinaire gère un client a le potentiel d'atténuer ou d'aggraver sa peine. (Adams, 2000) Converser avec empathie sur la fin de vie d'un animal peut rendre le tribut moins lourd à porter, influencer les résultats cliniques, ainsi que créer une relation vétérinaire-client durable. Un tel phénomène peut engendrer la satisfaction du client, mais aussi celle du vétérinaire, moins en proie à l'épuisement professionnel. (Rosenbaum, 2004) En effet, instiller une telle pratique qui promeut de l'attention pour soi-même et un bon équilibre de vie avec son travail est essentiel pour prévenir le stress, la fatigue compassionnelle et l'épuisement. (Mannette, 2004) D'autant plus que les vétérinaires sont cinq fois plus présents que les cliniciens de médecine humaine lors de la mort de leurs patients. (Hart, 1987)

Les facteurs d'inconforts du clinicien en médecine humaine à l'annonce de mauvaises nouvelles se retrouvent chez le vétérinaire : le manque d'entraînement, un temps restreint, la culpabilité, la sensation d'échec, le sentiment de malaise face à la mort et la maladie, l'inconfort avec le fait de ne pas savoir, la préoccupation de la qualité de vie du patient, le souci de la réponse émotionnelle du propriétaire, ainsi que la peur d'être jugé. (Gorman, 2005) En outre, de nombreux praticiens vétérinaires déclarent ne pas avoir reçu d'entraînement approprié et ne se sentent pas préparés à engager de telles conversations. (Tinga, 2001) Toutefois, les compétences en communication et les relations avec les clients sont répertoriées comme compétences les plus importantes pour réussir dans la pratique vétérinaire. (Bristol, 2002) En outre, les sondages indiquent que les étudiants vétérinaires comprennent la nécessité de fournir un soutien lors de la perte d'un animal de compagnie. (Adams, 2004)

Ainsi, nous comprenons qu'il est essentiel de fournir une formation appropriée aux étudiants vétérinaires dans le but de savoir accompagner un propriétaire d'un animal euthanasié ; d'abord de la première étape, celle de lui transmettre la mauvaise nouvelle, soit lui évoquer pertinemment l'euthanasie de son animal atteint d'une affection de pronostic

sombre, jusqu'à l'étape de l'euthanasie en elle-même. Nous nous concentrerons sur l'évocation de l'euthanasie lors de la consultation d'un animal atteint d'une affection de pronostic sombre, et plus précisément du point de vue des étudiants, forts d'un manque d'apprentissage en la matière. Nous allons notamment étudier leurs avis sur la question de l'empathie et de la sympathie à l'annonce de cette mauvaise nouvelle, voir une éventuelle disparité entre les années d'étude ou le sexe, constater si les étudiants anticipent un éventuel épuisement professionnel en fonction de la mentalité du vétérinaire, et conclure si un apprentissage de l'annonce des mauvaises nouvelles s'avère nécessaire, voire primordiale.

I. Introduction et objectifs

Lors de l'annonce de mauvaises nouvelles, adresser de l'empathie à l'égard du propriétaire s'avère conseillé pour ce dernier, mais aussi pour le vétérinaire. Néanmoins, si tant de praticiens souffrent d'épuisement professionnel, il se dénote une méconnaissance généralisée de l'empathie qui pourrait aider à alléger leur peine. Cette méconnaissance commence assurément lors des études. Nous pouvons donc nous demander si, au cours de la partie expérimentale de cette thèse, des indices quant à cette méconnaissance chez les étudiants vétérinaires peuvent être révélés.

Durant leur formation, les étudiants vétérinaires reçoivent des formations théoriques et pratiques (« savoir » et « savoir faire »), mais sont également évalués sur leur comportement (« savoir être »), cette dernière notion étant plus impalpable et plus délicate à enseigner. Au sein des cliniques, les étudiants demeurent en position d'apprenant passif (lors d'exposé et d'observation de consultations ou d'actes) et d'acteur, ce qui permet à l'équipe d'encadrement de les évaluer sur tous les plans. Cependant, lors de proposition d'euthanasie, jamais effectuée en pratique par des étudiants de second cycle, le respect des propriétaires implique que le nombre de personnes assistant à l'entretien reste limité, ce qui peut limiter l'exposition des étudiants à l'abord de cette question délicate. Le but de cette étude était donc de proposer aux étudiants des scènes leur permettant de visualiser différents types de comportement lors d'une telle annonce, tout en respectant l'éthique professionnelle. Il nous a également paru intéressant de voir si des facteurs individuels (sexe, année d'étude...) pouvaient influencer sur les appréciations des différentes attitudes. Nous nous pencherons sur la capacité des étudiants à se douter de la bonne démarche à suivre concernant la manière d'annoncer la mauvaise nouvelle, et s'ils peuvent présumer des bénéfices de l'usage de l'empathie.

II. Matériel et méthodes

A. Moyen d'étude

Le moyen d'expérimentation utilisé dans cette thèse est un questionnaire Sphinx® évaluant les réponses d'étudiants réagissant à différentes attitudes de vétérinaires évoquant l'euthanasie. Il comprend un total de 63 questions et se déroule sur le lien Sphinx® suivant : <https://educ.sphinxonline.net/surveyserver/s/ENVT-OPEN/Questionnaireannonceeuthanasieetetudiants/questionnaire.htm>

Rédigé dans son intégralité et mis en ligne par le Docteur Vétérinaire Armelle Diquelou, ce questionnaire a été testé en premier lieu par des membres du service de médecine interne de l'école vétérinaire de Toulouse puis, suite à quelques modifications, a pu être partagé en ligne auprès de l'école grâce au réseau des boîtes mail, mais également à l'aide des réseaux sociaux. L'étude a été réservée à l'école vétérinaire de Toulouse pour pouvoir s'approcher d'un échantillon représentatif d'une population totale réservée à une seule école vétérinaire. Les réponses ont été récoltées du 15 juin 2023 au 13 juillet 2023, avec un total de 226 réponses, 35 étant des participants hommes, soit 15,5% des participants totaux, et 191 des femmes, soit 84,5% d'entre eux. Or les écoles vétérinaires françaises se composaient de 76,2% de femmes et de 23,8% d'hommes en 2021. (Observatoire National Démographique de la Profession Vétérinaire, 2021) Une abstention masculine se profile donc au sein des réponses de ce questionnaire.

B. Construction du questionnaire

Le questionnaire ci-joint en Annexe 1 est construit en deux parties. La première partie vise essentiellement à savoir qui sont les participants du questionnaire : sexe, âge, année d'étude, enfance avec ou sans animaux de compagnie et espèce(s) éventuelle(s), vie actuelle avec ou sans animaux de compagnie et espèce(s) éventuelle(s). Est également requis leur avis sur l'importance des animaux de compagnie par rapport à des membres de leur famille proche et ce que représente l'euthanasie à leurs yeux. Leur est également demandé s'ils ont déjà assisté à une euthanasie. Toutes les années d'étude sont invitées à participer au questionnaire, des A1 aux internes/diplômes d'École. Les « diplômés d'École » seront appelés par l'abréviation « DE ».

Lors de la seconde partie du questionnaire, les étudiants ont à évaluer cinq attitudes de cinq vétérinaires annonçant l'euthanasie d'un animal de compagnie atteint d'un lymphome de pronostic sombre. Pour pouvoir donner vie à ces attitudes vétérinaires, il a été décidé de réaliser cinq saynètes d'une minute chacune environ. D'abord rédigées par le Docteur Vétérinaire Armelle Diquelou, elles ont ensuite été mises en scène sous sa direction par cinq étudiants du club théâtre de l'école vétérinaire de Toulouse. Lors d'une consultation fictive filmée et mise en vidéo, chacun des cinq élèves joue le rôle d'un seul vétérinaire incarnant une attitude. Une chienne a été empruntée à son réel propriétaire pour le tournage des saynètes, et le comportement joué du vétérinaire à l'endroit du chien dépendait du personnage et de l'attitude du vétérinaire joué. Fictif, le propriétaire n'apparaît pas sur la vidéo et peut être incarné par l'étudiant répondant au questionnaire.

Le texte rédigé des saynètes est en Annexe 2. Les cinq attitudes sont une idée du Docteur Vétérinaire Armelle Diquelou qui a décidé de choisir les attitudes antipathique, factuelle, neutre, empathique et sympathique. Chacune de ces attitudes a une manière propre d'annoncer l'euthanasie comme un choix pertinent au propriétaire. Les termes ont déjà été définis plus tôt au cours de cette thèse ; la manière antipathique est froide et n'a aucun contact avec le chien. La manière factuelle présente beaucoup de chiffres statistiques dans son discours. Le vétérinaire neutre annonce l'euthanasie pertinente du même ton qu'il emploierait pour annoncer le diagnostic d'une simple cystite. L'attitude empathique joue un rôle compréhensif et empathique sans se tourner vers la sympathie, et l'attitude sympathique transpire de sympathie jusqu'à un trop-plein de compassion.

L'étudiant répondant au questionnaire regarde la vidéo qui représente une attitude et doit répondre à dix questions qui ont pour but d'évaluer la manière avec laquelle il perçoit chacune des attitudes : s'il la recommande, s'il la trouve appropriée à la situation, s'il perçoit de l'empathie ou de l'implication émotionnelle de la part du vétérinaire joué, etc. Une fois chose faite, l'attitude suivante s'en suit et l'étudiant doit répondre aux mêmes dix questions que précédemment quant à son appréciation de cette nouvelle attitude, et ce répétitivement jusqu'à la cinquième attitude.

C. Analyse statistique des résultats de l'étude

Les résultats de l'étude ont été essentiellement analysés à l'aide du logiciel Excel®. Les réponses seront comparées à l'aide du test du Student afin de comparer leurs moyennes avec la variabilité intrasite (variabilité interindividuelle) pour savoir si la différence entre les moyennes est significative ou si elle est due à une différence d'échantillonnage. Pour cela, nous aurons plusieurs conditions à vérifier. D'abord, nous prouverons l'homoscédasticité des variances (les variances des résultats comparés sont homogènes) à l'aide d'un test bilatéral de Fisher. Ensuite, le cas échéant, nous devons avoir une indépendance des observations entre deux individus d'un même groupe et entre deux individus de groupes différents.

Concernant le test de Student, nous nous baserons sur des tests bilatéraux et à variances égales si le test de Fisher prouve l'homoscédasticité des variances, ou bien à variances différentes si hétéroscédasticité il y a.

Nous pourrions également faire un test de Khi-deux pour refuter l'hypothèse nulle d'absence de relation entre deux variables catégorielles (telles que le sexe des participants sur l'importance estimée des animaux de compagnie) et vérifier l'hypothèse d'indépendance de ces variables. Le test du Khi-deux n'est valable que pour des variables qualitatives nominales, avec n individus indépendants (n étant supérieur à 20) n'ayant reçu qu'une seule mesure et seulement si les effectifs théoriques sont tous supérieurs à 5. Dans notre seul cas où il aurait pu être d'usage, certains effectifs s'avèrent néanmoins inférieurs à 5 : nous avons donc dû nous servir du test de Fisher exact à la place à l'aide du logiciel R®.

III. Résultats de l'enquête

A. Caractérisation des étudiants répondants

1. Identité des participants

Le questionnaire a récolté 226 réponses, soit plus de 25% de la population cible. Parmi les étudiants ayant répondu, 85,3% sont des femmes, soit 191 femmes, et 14,7% des hommes, soit 35 hommes en tout. La moyenne d'âge est de 23,49 ans avec un écart-type de 2,39 années, le minimum d'âge étant à 18 ans et le maximum à 35. La répartition des années

d'étude des participants est hétérogène avec une majorité de A6 à 24,0% des participants, puis 20,4% de A3, 17,3% de A2, 16,0% de A4, 12,4% de A5, 8,0% d'Internes/DE et enfin 1,8% de A1. La diffusion de l'enquête a été propagée sur des pages de réseaux sociaux restreintes à l'école vétérinaire de Toulouse.

2. Les animaux à l'enfance des participants

94,2% des participants, soit 213 d'entre eux, ont grandi avec un ou plusieurs animaux de compagnie, contrairement à 5,8% des répondants, soit 13 d'entre eux. L'espèce majoritaire était le chat à 71,7% du temps, le chien étant à la seconde place à 63,7% du temps. Le catégorie « Autre » obtient un pourcentage non négligeable de 41,5%, soit 93 des participants totaux. Parmi cette catégorie « Autre », l'espèce principale présente à l'enfance des participants est le lapin chez 44% de ces participants. L'espèce suivante est le cheval à 21%, s'ensuit le hamster à 20%, puis la tortue et la poule à 16,5%. Le reste des espèces possédées à l'enfance se trouve sur la figure ci-contre :

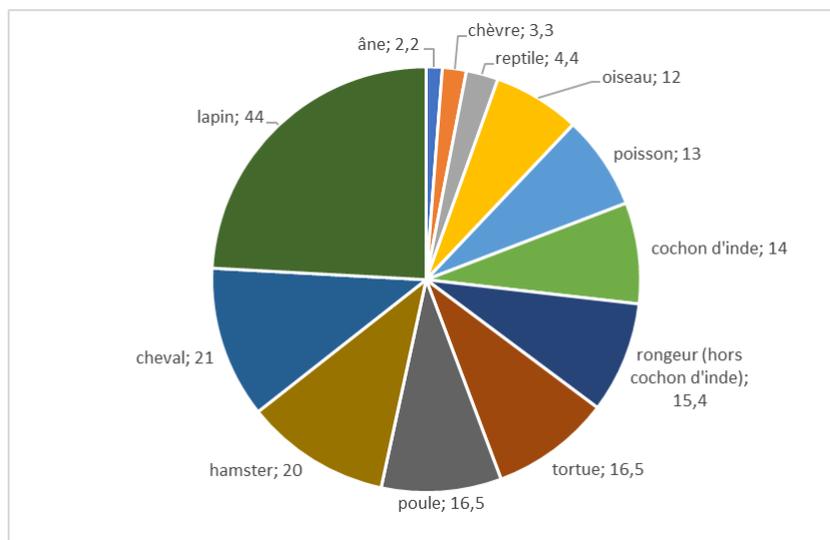


Figure 2 : Proportion des animaux classés « Autre » présents à l'enfance de 41,7% des participants totaux (en pourcentage)

3. La possession actuelle d'animaux de compagnie des participants

Actuellement, 74,2% des participants de l'étude, soit 167 d'entre eux, vivent avec un ou plusieurs animaux de compagnie, au contraire de 25,8% d'entre eux, soit 58 participants.

L'espèce majoritaire reste le chat à 65,2% du temps, puis le chien à 54,3% du temps, et enfin la catégorie « Autre » obtient un pourcentage non négligeable de 26,8% des participants.

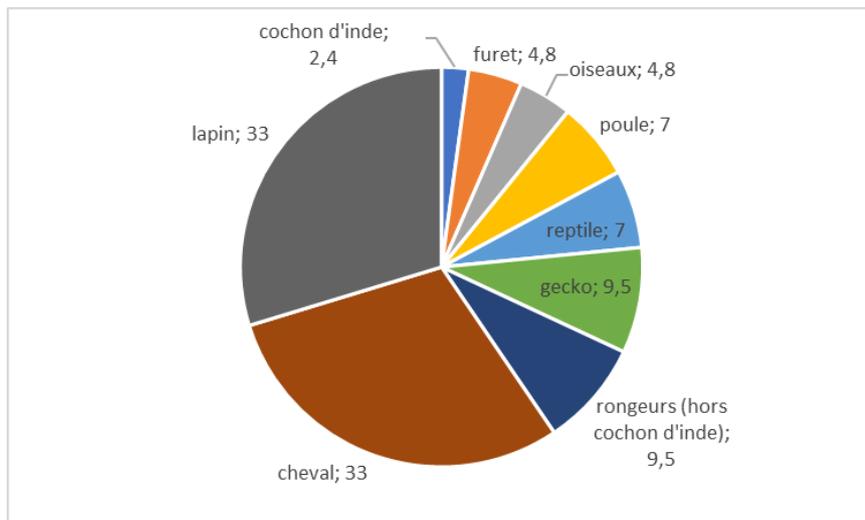


Figure 3 : Proportion des animaux catégorisés « Autre » actuellement possédés par les participants de cette catégorie (en pourcentage)

Encore une fois, les animaux principalement possédés sont le lapin et le cheval à 33% des participants ayant précisé posséder un animal de la catégorie « Autre » que chien et chat. S'ensuivent le rongeur et le gecko possédés par 9,5% de ces participants, divers reptiles et la poule à 7%, le furet et les oiseaux en général (perruche, perroquet, etc.) à 4,8%, et le cochon d'inde qui n'est plus qu'à 2,4%. La tortue, la chèvre et l'âne ont disparu du sondage.

B. L'importance des animaux de compagnie perçue en fonction de l'enfance, de la possession actuelle d'un animal de compagnie et du sexe

1. En fonction du sexe

Au cours du questionnaire, la dixième question demandait aux participants de partager l'importance portée à leurs animaux de compagnie par rapport à des membres de leur famille proche. 2,7% des participants considèrent leurs animaux « plus importants » que des membres de famille proche, 49,6% les considèrent « aussi importants », 46,9% les considèrent « importants mais moins », 0,9% les considère « peu importants » et aucun participant ne répondit « sans importance ».

Essayons de distinguer divers profils de participants à travers cette estimation d'importance des animaux de compagnie.

Nous pouvons d'abord nous demander si les hommes et les femmes jugent différemment l'importance des animaux de compagnie. 191 femmes ont répondu au questionnaire contre 35 hommes.

	Femme (191)	Homme (35)
Plus importants	3,1% (6/191)	2,9% (1/35)
Aussi importants	53,9% (103/191)	22,9% (8/35)
Importants mais moins	42,9% (82/191)	68,6% (24/35)
Peu importants	0	5,7% (2/35)
Sans importance	0	0

Tableau 1 : Tableau récapitulatif de la proportion des femmes et des hommes estimant l'importance de leur animaux de compagnie

Les femmes semblent les estimer de manière plus importante que les hommes, mais n'y a-t-il pas un souci de représentabilité avec seulement 35 hommes étudiés contre 191 femmes ? Nous allons analyser ces données de manière statistique à l'aide du logiciel Excel® afin de savoir si les interprétations sont possibles ou non.

a) Test de Student

Pour pouvoir effectuer des tests sur Excel®, nous avons besoin de transformer le score de l'estimation d'importance des animaux en chiffres. Nous établirons la note de 5 pour l'estimation « Plus importants », 4 pour « Aussi importants », 3 pour « Importants mais moins », 2 pour « Peu importants », et 1 pour « Sans importance », bien qu'aucun participant n'ait jamais répondu à un tel critère.

Nous distinguons ensuite les hommes et des femmes en deux colonnes, une colonne donnant toutes les notes attribuées à l'importance des animaux par les hommes et l'autre par les femmes.

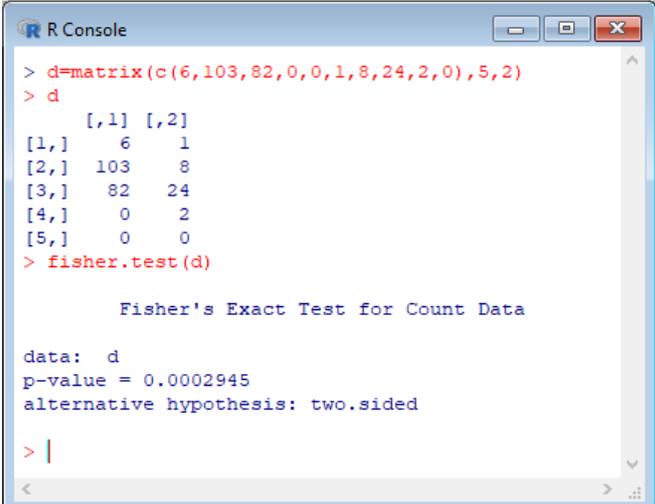
Afin de pouvoir comparer les deux colonnes à l'aide d'un test de Student, nous effectuons un test de Fisher afin de pouvoir valider le premier point du test de Student : l'homoscédasticité (l'homogénéité des variances). Le test de Fisher se révèle à 0,5 ($> 0,05$), l'hypothèse nulle (les variances sont identiques) ne peut donc être rejetée et les variances s'avèrent identiques.

Nous effectuons ensuite un test de Student à variances égales sur test bilatéral : la moyenne des femmes de 3,6 s'avère sans surprise supérieure à celle des hommes de 3,22, avec une variance respective de 0,30 et de 0,36. La p-valeur est de 0,0003, inférieure à 0,05 : le résultat s'avère donc statistiquement significatif, les femmes participant au questionnaire estiment plus importants que les hommes du questionnaire les animaux de compagnie.

b) Test de Fisher exact

Pour ce test, nous utilisons uniquement les effectifs du tableau précédent du tableau 1. Par erreur, un test de Khi-deux a voulu être effectué mais des effectifs théoriques étaient inférieurs à 5 (tels que 0, 1 et 2). Nous nous sommes donc penchés sur le test de Fisher exact.

Celui-ci manquant sur Excel®, nous nous sommes penchés sur le logiciel R® pour pouvoir y parvenir. Nous entrons en matrice le tableau des effectifs précédents de l'importance estimée des animaux de compagnie en fonction des femmes et des hommes, puis nous y attribuons le test de Fisher. La p-valeur s'avère une nouvelle fois de 0,0003, le résultat est significativement interprétable.



```
> d=matrix(c(6,103,82,0,0,1,8,24,2,0),5,2)
> d
      [,1] [,2]
[1,]    6    1
[2,]  103    8
[3,]   82   24
[4,]    0    2
[5,]    0    0
> fisher.test(d)

      Fisher's Exact Test for Count Data

data:  d
p-value = 0.0002945
alternative hypothesis: two.sided

> |
```

Figure 4 : Test de Fisher exact sur logiciel R

2. En fonction de la présence d'animaux à l'enfance

Nous avons parlé de la présence d'animaux de compagnie au cours de l'enfance des participants. Nous pouvons nous demander si le fait d'avoir eu un animal à l'enfance joue sur l'importance attribuée aux animaux de compagnie. Distinguons une nouvelle fois le sexe des

participants, puis dichotomisons chaque catégorie par sous-catégories en fonction de la présence d'animaux à l'enfance, puis regardons l'importance accordée aux animaux de compagnie par les participants :

		Plus importants	Aussi importants	Importants mais moins	Peu importants
Femme (191)	Pas d'animaux à l'enfance (10/191)	0/10 0%	4/10 40%	6/10 60%	0/10 0%
	Animaux à l'enfance (181/191)	6/181 3,3%	100/181 55,2%	75/181 41,4%	0/181 0%
Homme (35)	Pas d'animaux à l'enfance (3/35)	0/3 0%	0/3 0%	2/3 66,6%	1/3 33,3%
	Animaux à l'enfance (32/35)	1/32 3%	8/32 25%	22/32 68,8%	1/32 3,1%

Tableau 2 : Tableau récapitulatif de la proportion des hommes et des femmes estimant l'importance des animaux de compagnie en fonction de la présence d'animaux à l'enfance

a) Chez les hommes

Grâce au tableau, semble se distinguer chez les hommes une tendance à estimer les animaux de compagnie plus importants lorsqu'ils ont grandi avec des animaux.

Pour pouvoir effectuer des tests sur Excel®, nous avons à nouveau besoin de transformer le score de l'estimation d'importance des animaux en chiffres. Nous établirons la note de 5 pour l'estimation « Plus importants », 4 pour « Aussi importants », 3 pour « Importants mais moins », 2 pour « Peu importants », et 1 pour « Sans importance » bien qu'aucun participant n'ait jamais répondu un tel critère.

Nous effectuons un test (bilatéral) de Fisher sur Excel avec pour première matrice les notes d'importance estimée des animaux de compagnie de la part des hommes du questionnaire n'ayant pas grandi avec des animaux de compagnie, et pour seconde matrice les résultats de ceux ayant grandi avec. Le résultat du test de Fisher étant supérieur à 0,05, nous obtenons des variances égales et pouvons effectuer un test de Student : la moyenne de l'importance estimée de la part des hommes n'ayant pas grandi avec des animaux est de 2,7 et ceux ayant grandi avec est de 3,2, leur variance respective étant de 0,33 et 0,34. La p-

valeur s'avère de 0,09, supérieur à 0,05 : les résultats ne sont pas statistiquement significatifs et nous ne pouvons avancer que les hommes de ce questionnaire ayant grandi avec des animaux de compagnie estiment plus importants les animaux de compagnie que ceux n'ayant pas grandi avec. Le manque de réponses de la part des hommes à ce questionnaire joue sur ce manque de représentabilité.

b) Chez les femmes

Chez les femmes ayant répondu au questionnaire, le constat semble similaire d'après le tableau plus haut : les animaux semblent être davantage appréciés lorsque les participants ont grandi en présence d'animaux de compagnie. Nous nous assurons une fois de plus de la représentabilité de ce simili-résultat et effectuons les mêmes tests qu'avec la catégorie des hommes. Le test de Student obtient une p-valeur de 0,0006, inférieur à 0,05, d'où la preuve que les femmes de ce questionnaire ayant grandi avec des animaux de compagnie les estiment plus importants que celles n'ayant pas grandi avec. Nous pouvons imputer cette meilleure représentativité chez les femmes grâce à un plus grand échantillon que chez les hommes.

c) Entre hommes et femmes

Entre les hommes et les femmes qui ont grandi avec des animaux de compagnie, il semble se présenter grâce au tableau une plus grande tendance chez les femmes à les estimer aussi importants que des proches ; et à l'inverse à les estimer moins importants chez les hommes. Comparons donc cette fois l'importance estimée des animaux de compagnie de la part des hommes et des femmes ayant grandi avec des animaux de compagnie au moyen d'Excel. La moyenne de l'importance estimée chez les hommes est de 3,28 et chez les femmes de 3,65. La p-valeur s'avère de 0,0008, inférieure à 0,05 : les femmes du questionnaire ayant grandi avec des animaux de compagnie leur accordent une plus grande importance que les hommes du questionnaire ayant également grandi avec.

Nous pourrions néanmoins noter chez les hommes, malgré un échantillon restreint par rapport aux femmes, que se dénotent deux votes estimant les animaux de compagnie peu importants.

3. En fonction de la possession actuelle d'animaux de compagnie

Nous nous sommes posés la question de l'influence de la présence d'animaux de compagnie à l'enfance sur leur importance estimée par les étudiants, nous pouvons faire de même avec le fait de vivre actuellement avec un animal de compagnie.

		Plus importants	Aussi importants	Importants mais moins	Peu importants
Femme (191)	Vie sans animal de compagnie (40/191)	0/40 0%	17/40 42,5%	23/40 57,5%	0/40 0%
	Vie avec animal de compagnie (151/191)	6/151 4%	95/151 68,9%	50/151 38,4%	0/151 0%
Homme (35)	Vie sans animal de compagnie (18/35)	1/18 5,6%	2/18 11,1%	13/18 72,2%	2/18 11,1%
	Vie avec animal de compagnie (17/35)	0/17 0%	6/17 35,3%	11/17 64,7%	0/17 0%

Tableau 3 : Tableau récapitulatif de la proportion d'hommes et de femmes estimant l'importance des animaux de compagnie en fonction de leur possession actuelle d'un animal

Chez les hommes, la p-valeur du test de Student (bilatéral) est de de 0,24, supérieur à 0,05 : le résultat est à nouveau non significatif.

Chez les femmes, les pourcentages sont déjà assez éloquentes. Celles qui vivent avec des animaux de compagnie semblent les voir aussi importants que des humains (voire plus importants pour six d'entre elles). La p-valeur s'avère de 0,01, inférieure à 0,05 : le résultat est donc significatif, les femmes du questionnaire possédant des animaux de compagnie les estiment plus importants que celles n'en possédant pas.

En comparant les hommes et les femmes possédant actuellement des animaux de compagnie à l'aide d'un nouveau test de Student, nous obtenons la moyenne des hommes à 3,35 et des femmes à 3,66, avec des variances respectives de 0,24 et 0,3. La p-valeur s'avère également de 0,03, d'où un résultat significatif : les femmes du questionnaire possédant des animaux les estiment plus importants que les hommes possédant aussi des animaux.

C. La perception de l'euthanasie

Parmi les participants du questionnaire, 95,1% ont déjà assisté à une euthanasie d'un animal de compagnie, soit 215 d'entre eux, contre 4,9% qui n'y ont jamais assisté, soit 11 personnes.

100% des participants perçoivent l'euthanasie comme un moyen d'abrèger les souffrances d'un animal, 88% des participants la perçoivent comme une responsabilité particulière du vétérinaire, et 74,2% comme un acte appartenant pleinement à la pratique vétérinaire.

10,7% des participants voient également l'euthanasie comme un fardeau, et 2% la voient jusqu'à être un échec, soit 5 participants. Les 23 étudiantes percevant l'euthanasie telle un fardeau étaient tous des femmes.

Année d'étude	Effectif total d'étudiantes de chaque année (191 au total)	Étudiantes percevant l'euthanasie comme un fardeau (23/191)	Pourcentage de l'effectif de chaque année
A1	3	0	0%
A2	32	3	9,4%
A3	44	5	11,4%
A4	29	3	10,3%
A5	25	1	4%
A6	46	8	17,4%
Internes/DE	14	3	21,4%

Tableau 4 : Répartition en années d'études des participantes percevant l'euthanasie comme un fardeau

Parmi ces 23 étudiantes percevant l'euthanasie comme un fardeau, 11 d'entre elles estiment l'animal de compagnie comme « importants mais moins » par rapport à des membres de famille proche, 11 d'entre elles les perçoivent « aussi importants » que des membres de famille proche, et une d'entre elles les perçoit « plus importants ». Ces 23 étudiantes ont grandi avec des animaux de compagnie.

Une catégorie « Autre » était disponible à la question aux choix multiples de la perception de l'euthanasie, et sont les suivantes les précisions apportées par quatre étudiants : l'euthanasie peut être considérée comme « une preuve d'amour pour son animal », « un moyen de soulager le propriétaire », « un acte à fort impact émotionnel », ainsi qu'un « acte qui devrait être médicalement justifié. »

À présent, nous allons nous intéresser à l'évaluation des différentes attitudes de la part des étudiants en fonction de l'année d'étude. Nous appuierons nos résultats à l'aide du logiciel Excel® comme précédemment.

D. Évaluation des différents scénarios par les étudiants en fonction de l'année d'étude

Au cours de la seconde partie du questionnaire, il a été demandé aux étudiants de noter les cinq attitudes vétérinaires. Dix questions leur étaient posées pour chaque attitude. Une réponse était attendue pour chacune d'entre elles sous la forme d'une notation de 1 à 5 ou 1 à 10.

La première question demandait au participant de juger de manière générale l'attitude du vétérinaire sur une note de 1 (Très incorrecte) à 10 (Très bien).

Les quatre suivantes demandaient de noter la qualité de la transmission de l'information, le professionnalisme du vétérinaire, son niveau d'empathie, ainsi que son efficacité de communication, chacun estimé sur une note de 1 à 5.

Ensuite, les participants estimaient la place du vétérinaire vis-à-vis du propriétaire sur une note de 1 à 5 (5 étant très éloigné et 1 très proche) puis les participants donnaient une appréciation de cette distance sur une note de 1 (Pas du tout appropriée) à 10 (Très appropriée). L'implication émotionnelle du vétérinaire à l'égard du propriétaire fictif était aussi jugée sur une note de 1 à 10.

La pénultième question requérait l'avis du participant quant à sa volonté d'être confronté à une telle attitude vétérinaire en donnant une note de 1 à 5, 1 étant une volonté très faible, 5 très forte.

Enfin, le participant partageait son avis sur le risque d'épuisement professionnel à long terme chez un vétérinaire adoptant au quotidien ladite attitude. La note de 1 signifie un faible risque de burn-out, et la réponse 5 un fort risque.

Concernant ces deux dernières questions, il est à savoir que la présentation de leurs résultats diverge des précédentes. En effet, chaque note de 1 à 5 détient un pourcentage de réponses de la part des participants.

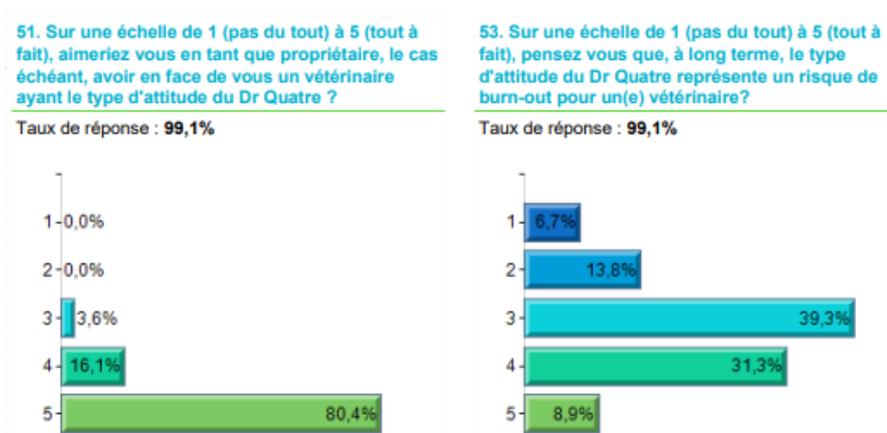


Figure 5 : Exemple de présentation des résultats des deux dernières questions dans le cas de l'attitude empathique

En faisant la moyenne des notations données à chaque attitude vétérinaire, nous obtenons les résultats ci-contre du tableau 5. Les écart-types « Sd » se rapportent à la valeur précédente, non inscrits dans la même colonne pour davantage de lisibilité.

	Jugement général		Qualité information		Professionalisme		Empathie		Efficacité communication	
	/10	Sd	/5	Sd	/5	Sd	/5	Sd	/5	Sd
ANTIPATHIQUE	1,48	± 0,76	2,18	± 1,03	1,42	± 0,69	1,02	± 0,14	1,86	± 1,01
FACTUEL	4,46	± 1,68	3,74	± 1,19	3,47	± 0,98	2,05	± 0,93	2,20	± 1,02
NEUTRE	6,62	± 1,84	4,04	± 0,88	3,96	± 0,78	3,12	± 0,90	3,87	± 0,92
EMPATHIQUE	9,24	± 1,08	4,67	± 0,60	4,74	± 0,56	4,63	± 0,55	4,70	± 0,55
SYMPATHIQUE	5,90	± 1,77	3,56	± 0,91	2,95	± 0,91	4,78	± 0,61	3,26	± 0,91

	Place du vétérinaire		Appréciation distance		Implication émotionnelle		Envie de cette attitude		Danger perçu	
	/5	Sd	/10	Sd	/10	Sd	/5	Sd	/5	Sd
ANTIPATHIQUE	4,82	± 0,60	1,97	± 1,34	1,24	± 0,85	1,07	± 0,29	1,93	± 1,03
FACTUEL	3,80	± 0,90	4,38	± 2,07	2,44	± 1,50	2,86	± 1,01	2,20	± 0,94
NEUTRE	3,16	± 0,72	6,57	± 2,02	4,80	± 1,70	3,56	± 1,00	2,40	± 0,87
EMPATHIQUE	2,36	± 0,78	8,63	± 1,55	6,88	± 1,45	4,80	± 0,50	3,23	± 1,02
SYMPATHIQUE	1,69	± 0,93	4,66	± 2,20	9,26	± 0,95	2,91	± 1,09	4,55	± 0,71

Tableau 5 : Tableaux des moyennes aux réponses du questionnaire des cinq attitudes en fonction des critères du questionnaire

Nous détaillerons les résultats du questionnaire dans la partie suivante. Voyons ici les résultats en détails des réponses en fonction de l'année d'étude des participants :

ANITIPATHIQUE										
Jugement général /10	Qualité information /5	Professionnalisme /5	Empathie /5	Efficacité communication /5	Place du vétérinaire /5	Appréciation distance /10	Implication émotionnelle /10	Envie de cette attitude /5	Danger perçu /5	
A1 (4)	2	2,75	1,5	1	2,5	5	3,25	1	1,5	
A2 (39)	1,54	2,31	1,51	1,00	2,11	4,83	1,13	1,00	2,05	
A3 (46)	1,28	2,10	1,40	1,00	1,95	4,85	1,39	1,07	2,17	
A4 (36)	1,42	2,20	1,49	1,00	1,74	4,89	1,17	1,03	2,06	
A5 (28)	1,50	2,11	1,43	1,04	1,61	4,75	1,36	1,11	1,93	
A6 (54)	1,49	2,17	1,36	1,04	1,77	4,91	1,07	1,11	1,64	
Int (19)	1,75	2,11	1,28	1,06	1,94	4,44	1,10	1,15	1,80	
FACTUEL										
Jugement général /10	Qualité information /5	Professionnalisme /5	Empathie /5	Efficacité communication /5	Place du vétérinaire /5	Appréciation distance /10	Implication émotionnelle /10	Envie de cette attitude /5	Danger perçu /5	
A1 (4)	5	4,5	3,5	2	3,75	4	3,25	2,75	2,25	
A2 (39)	4,26	3,44	3,38	2,32	2,18	3,62	3,05	2,31	2,13	
A3 (46)	4,24	3,39	3,26	2,18	2,10	3,85	2,78	2,38	2,40	
A4 (36)	4,69	3,80	3,57	2,06	2,26	3,54	3,08	2,53	2,31	
A5 (28)	4,32	3,96	3,46	1,71	2,11	3,93	2,57	2,46	2,29	
A6 (54)	4,64	3,91	3,57	2,08	2,25	3,91	2,96	2,48	1,95	
Int (19)	4,55	3,94	3,59	1,67	2,06	4,00	2,35	2,50	2,30	
NEUTRE										
Jugement général /10	Qualité information /5	Professionnalisme /5	Empathie /5	Efficacité communication /5	Place du vétérinaire /5	Appréciation distance /10	Implication émotionnelle /10	Envie de cette attitude /5	Danger perçu /5	
A1 (4)	7,25	4,5	4,5	3,75	4,5	2,75	5,75	4	2,5	
A2 (39)	7,03	4,21	4,06	3,26	4,03	3,15	4,79	3,74	2,47	
A3 (46)	6,47	4,08	3,87	3,03	3,77	3,23	4,69	3,38	2,33	
A4 (36)	6,42	4,03	3,86	3,09	3,71	3,09	4,89	3,43	2,44	
A5 (28)	6,86	3,89	4,00	3,18	3,89	3,00	4,75	3,61	2,46	
A6 (54)	6,33	4,00	3,98	2,96	3,83	3,30	4,76	3,55	2,20	
Int (19)	6,90	3,94	3,94	3,33	4,00	3,06	4,90	3,80	2,55	

Tableau 6 : Tableaux des moyennes aux réponses du questionnaire des attitudes antipathique, factuelle et neutre en fonction de l'année d'étude des participants (NB : « Int » pour internes/DE)

EMPATHIQUE										
	Jugement général /10	Qualité information /5	Professionnalisme /5	Empathie /5	Efficacité communication /5	Place du vétérinaire /5	Appréciation distance /10	Implication émotionnelle /10	Envie de cette attitude /5	Danger perçu /5
A1 (4)	9,5	5	5	4,75	5	1,75	8,75	7,75	5	3,25
A2 (39)	9,00	4,65	4,68	4,47	4,71	2,36	8,63	6,71	4,66	3,21
A3 (46)	9,31	4,79	4,74	4,62	4,67	2,26	8,49	6,91	4,76	3,20
A4 (36)	9,03	4,49	4,63	4,69	4,56	2,37	8,19	7,22	4,83	3,25
A5 (28)	9,39	4,75	4,79	4,57	4,75	2,68	9,04	6,68	4,82	3,21
A6 (54)	9,44	4,64	4,83	4,72	4,81	2,34	9,18	6,69	4,87	3,13
Int (19)	9,15	4,67	4,72	4,67	4,56	2,29	7,65	7,20	4,45	3,55
SYMPATHIQUE										
	Jugement général /10	Qualité information /5	Professionnalisme /5	Empathie /5	Efficacité communication /5	Place du vétérinaire /5	Appréciation distance /10	Implication émotionnelle /10	Envie de cette attitude /5	Danger perçu /5
A1 (4)	5,75	3,75	2,5	5	3,25	1	4,5	9,75	3	5
A2 (39)	5,79	3,41	2,94	4,79	3,15	1,74	4,87	8,97	2,68	4,47
A3 (46)	5,71	3,59	2,77	4,64	3,28	1,56	4,13	9,33	2,80	4,53
A4 (36)	5,64	3,40	2,60	4,71	2,91	1,85	4,42	9,53	2,75	4,47
A5 (28)	6,82	3,86	3,43	4,89	3,71	2,11	5,82	9,04	3,43	4,50
A6 (54)	6,15	3,64	3,19	4,83	3,38	1,49	4,69	9,24	3,22	4,62
Int (19)	5,05	3,39	2,67	4,78	3,00	1,67	4,20	9,45	2,30	4,65

Tableau 7 : Tableaux des moyennes aux réponses du questionnaire des attitudes empathique et sympathique en fonction de l'année d'étude des participants (NB : « Int » pour internes/DE)

À gauche se présente la colonne de l'année d'études des participants ainsi que leur effectifs respectifs entre parenthèses. Chaque attitude présente dix colonnes qui correspondent aux notes de chacune des questions en fonction de l'année d'étude des participants. Avant d'utiliser Excel® et de procéder à des tests, nous pouvons d'abord observer des tendances.

1. Observation de tendances

Les internes/DE sont ceux qui présentent le plus d'écart en terme de notes avec les autres promotions.

Nous pouvons remarquer qu'ils semblent juger moins négativement l'attitude antipathique que les autres années d'étude (1,75/10) et semblent la trouver moins distante vis-à-vis du propriétaire (4,44/5). L'appréciation de cette distance est néanmoins aussi dépréciée (2,25/10) que chez les autres promotions, de même quant à l'envie d'être confronté à une telle attitude vétérinaire (1,15/5). Les internes/DE perçoivent autant le danger à l'adoption de cette attitude que plusieurs autres promotions, sinon moins (1,80/5).

Concernant l'attitude factuelle, nous pouvons déceler chez les internes/DE une tendance à lui imputer moins d'empathie (1,67/5) et d'implication émotionnelle (2,35/10) que chez les autres promotions, sans pour autant moins désirer être confronté à un tel vétérinaire (2,50/5).

Quant à l'attitude neutre, les internes/DE apprécient davantage la distance du vétérinaire (place du vétérinaire notée à 3,06/5 et appréciation de cette distance à 7,05/10) que les autres promotions à l'exception des A1, et désirent un peu plus cette attitude (3,80/5), bien que le danger perçu d'adopter cette attitude soit perçu plus important (2,55/5) que chez les autres promotions.

Les internes/DE semblent moins apprécier la place de l'attitude empathique à l'égard du propriétaire que les autres années (appréciation de cette distance à 7,65/10), ils la trouvent plus impliquée émotionnellement (7,20/10) que la majorité des autres promotions, et désireraient moins être confrontés à cette attitude que les autres promotions (4,45/5). En outre, le danger est perçu de manière plus importante (3,55/5) chez les internes/DE que chez les autres promotions.

Enfin, concernant l'attitude sympathique, les internes/DE sont la promotion à la juger avec la moins bonne note (5,05/10), ainsi qu'à la désirer le moins (2,30/5). Comme la majorité des autres promotions, ils y déclarent une haute empathie (4,78/5) et une place proche à l'égard du propriétaire (1,67/5), bien qu'ils soient de ceux à le moins apprécier cette distance (4,20/10) avec les A3. En outre, à l'exception de la promotion des A1, les internes perçoivent le plus le danger que cette attitude implique (4,65/5).

Après l'observation de ces quelques tendances, ici arbitrairement centrée sur les internes/Diplômes d'École, nous pouvons nous poser la question de la représentabilité de ces résultats. Le problème principal de scinder l'effectif total des participants du questionnaire en années d'étude est l'effectif restreint et différent de chacune d'entre elles. En effet, seulement 4 participants en A1 ont répondu au questionnaire. À la réserve de ces derniers, les internes/DE présentent l'effectif le moins important avec seulement 19 participants. Ainsi, la question de la significativité de ces résultats se pose réellement. Effectuons donc des tests bilatéraux de Student afin de comparer ses moyennes et approuver ou non de la légitimité de ses résultats grâce aux p-valeurs. Comme vu plus tôt, un test de Fisher sera automatiquement effectué pour approuver de l'égalité des variances des deux groupes comparés.

2. Représentabilité des moyennes de chaque année d'étude

Pour cela, nous n'utiliserons pas les tableaux vus plus haut, mais les notes des participants au questionnaire en fonction de l'année d'étude. Nous devons comparer toutes les notes d'une seule réponse à la fois, en comparant seulement deux promotions. Les moyennes des réponses de chaque promotion (déjà connues) seront ainsi données par le test de Student, mais également les variances et la p-valeur associée. Par exemple, comparons les notes des A6 et des internes/DE à la première question de la seconde partie du questionnaire, soit de juger de manière générale l'attitude antipathique.

Pour nous assurer de cela, nous pouvons également utiliser le test ANOVA à un facteur (ou Analyse de variances à un facteur) sur Excel® pour pouvoir comparer plusieurs promotions entre elles à l'égard d'une réponse du questionnaire. Pour varier les critères, nous sélectionnons cette fois les avis de toutes les promotions quant à l'implication émotionnelle de l'attitude empathique. Le résultat se présente comme suit :

Implication émotionnelle de l'attitude Empathique						
Analyse de variance : un facteur						
RAPPORT DÉTAILLÉ						
Groupes	Nombre d'échantillons	Somme	Moyenne	Variance		
int	19	144	7,20	2,06		
A6	54	368	6,69	1,48		
A5	28	187	6,68	2,74		
A4	36	260	7,22	1,83		
A3	46	311	6,91	2,22		
A2	38	255	6,71	2,54		
A1	4	31	7,75	3,58		
ANALYSE DE VARIANCE						
Source des variations	Somme des carrés	Degré de liberté	Moyenne des carrés	F	Probabilité	Valeur critique pour F
Entre Groupes	13,52	6,00	2,25	1,07	0,38	2,14
A l'intérieur des groupes	459,49	219,00	2,10			
Total	473,01	225,00				

Figure 6 : Démonstration du test ANOVA à un facteur des résultats de toutes les promotions quant à la question de l'implication émotionnelle de l'attitude empathique

Nous obtenons une p-valeur de 0,38, toujours supérieure à 0,05. En outre, la valeur F (correspondant à la division de la moyenne des carrés d'entre les groupes avec celle d'à l'intérieur des groupes) est supérieure à la valeur critique pour F en cas de représentativité des résultats. Les résultats entre promotions ne sont pas significatifs.

Comme précédemment, nous pouvons essayer de prendre les promotions avec le plus d'effectifs pour gagner en représentativité, soit les A6 (54 participants), les A4 (36 participants), et les A3 (46 participants) et effectuer un nouveau test ANOVA sur un facteur. La p-valeur descend jusqu'à 0,188 mais n'atteint pas 0,05. La valeur F demeure inférieure à la valeur critique pour F.

Nous pouvons en conclure que les moyennes des résultats ne peuvent être comparées entre les promotions avec les effectifs mis à contribution et les moyens employés, et qu'aucune tendance ne peut être confirmée en fonction des années d'étude.

3. Calculs de tailles correctes d'échantillons

Nous utiliserons la formule suivante pour calculer un échantillon correcte d'une population donnée (une population étant une promotion ici).

$$\text{Taille de l'échantillon} = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N} \right)}$$

Figure 7 : Formule du calcul de l'effectif d'un échantillon d'une population donnée

N représente la taille totale de la population (soit d'une promotion dans ce cas précis), z ou le *z-score* représente le nombre d'écarts standard d'une proportion donnée par rapport à la moyenne (soit la valeur de 1,96 pour un niveau de confiance de 95%), e la marge d'erreur estimée à 5%, soit de 0,05. Le niveau de confiance est la probabilité que l'échantillon reflète fidèlement les comportements de la population, fixé à la norme de l'industrie à 95%, et reflète le degré de certitude de la marge d'erreur. La marge d'erreur représente l'écart éventuel (en pourcentage) entre les réponses de la population et celles de l'échantillon (5% ici). p vaut 0,5.

Les A6 forment une promotion d'environ 160 élèves. D'après la précédente formule, avec une marge d'erreur à 5% et un niveau de confiance à 95%, la taille d'un échantillon représentatif des A6 s'élève à 114 participants. Nous disposons de 54 participants en A6. Le constat est similaire pour les autres promotions de 160 étudiants (à l'exception des A1) dont l'effectif des participants au questionnaire ne dépasse pas celui des A6 : l'effectif de chaque promotion au questionnaire n'est pas suffisant pour obtenir des résultats significatifs. Concernant les A1, leur effectif de 40 étudiants environ requiert un échantillon de 37 participants, là où nous n'en avons que 4.

À présent, nous pouvons également nous demander si nous avons assez de participants au questionnaire toute année d'étude confondue par rapport au nombre total d'étudiants au sein de l'école vétérinaire. Cette dernière comporte 873 étudiants au total (environ 160 étudiants par promotion de la A2 à la A6, 20 internes/DE et 40 élèves de la première année d'étude A1). Avec un niveau de confiance de 95% et une marge d'erreur de 5%, la taille de l'échantillon doit s'élever à 267 participants, plus que nos 226. En effectuant le processus inverse, si nous considérons nos 873 étudiants, nos 226 participants et un niveau de confiance de 95%, la marge d'erreur que nous imputons à nos résultats passe à 5,62%. Ainsi, nos critères de représentabilité de résultats ne suivront pas la norme académique, bien que des tendances intéressantes pourront être observées dans le jugement des étudiants toute année confondue vis-à-vis des différentes attitudes vétérinaires.

Avant d'étudier les évaluations des étudiants sans considération de leur année d'étude, voyons si le sexe des participants peut influencer leur jugement.

E. Évaluation des différents scénarios par les étudiants en fonction du sexe

Utilisons tout de suite la formule du calcul de l'effectif d'un échantillon de la figure 7.

Nous avons 191 femmes participant au questionnaire. Nous avons vu plus tôt que 75,6% des étudiants vétérinaires étaient de sexe féminin en 2021, et que l'école comportait environ 860 étudiants : l'école vétérinaire de Toulouse accueille donc environ 650 étudiantes. Pour une telle taille de population avec un niveau de confiance de 95% et une marge d'erreur de 5%, la taille de l'échantillon féminin répondant au questionnaire devrait être de 242 participantes, supérieure à notre effectif de 191 participantes.

Concernant les hommes, ils constituent 24,4% des étudiants vétérinaire français, soit 210 étudiants à l'école vétérinaire de Toulouse. Nous en avons 35 ayant répondu au questionnaire, or nous aurions eu besoin de 137 participants au questionnaire pour obtenir un résultat représentatif.

Nos effectifs en fonction du sexe ne sont pas représentatifs des deux populations totales de l'école vétérinaire de Toulouse.

Essayons d'appliquer nos tests précédents ici. Comme précédemment, nous établissons en colonnes les notes des participants et dichotomisons cette fois-ci en fonction du sexe (voir figure 8, à gauche). Le premier exemple fut pris pour la perception de l'empathie chez l'attitude empathique par les hommes et les femmes du questionnaire. Sans surprise, les p-valeurs des tests de Student et ANOVA à un facteur s'avèrent supérieures à 0,05. En raison de nos effectifs réduits, nous ne pouvons étudier en deux groupes distincts les notes des hommes et des femmes afin d'y déceler des différences entre les sexes.

Femmes	Hommes	FISHER		0,901 > 0,05 : variances égales				
4	5	STUDENT		Test d'égalité des espérances : deux observations de variances égales				
5	4							
5	5							
4	5							
5	5							
5	4	Moyenne	4,633	4,618				
5	5	Variance	0,302	0,304				
4	4	Observations	191	35				
5	5	Variance pondérée	0,302					
4	4	Différence hypothétique des moyennes	0					
5	5	Degré de liberté	223					
5	5	Statistique t	0,147					
4	5	P(T<=t) unilatéral	0,442					
5	5	Valeur critique de t (unilatéral)	1,652					
5	4	P(T<=t) bilatéral	0,883					
4	5	Valeur critique de t (bilatéral)	1,971					
4	5	ANOVA à un facteur		Analyse de variance : un facteur				
4	3							
5	5							
5	5							
3	4	RAPPORT DÉTAILLÉ						
4	5	Groupes	Nombre d'échantillons	Somme	Moyenne	Variance		
5	4	Femmes	191	881	4,636	0,301		
5	5	Hommes	35	155	4,606	0,309		
5	4							
5	5							
4	4	ANALYSE DE VARIANCE						
5	5	Source des variations	Somme des carrés	Degré de liberté	Moyenne des carrés	F	Probabilité	Valeur critique pour F
4	5	Entre Groupes	0,026	1	0,026	0,084	0,772	3,887
5	4	A l'intérieur des groupes	62,606	207	0,302			
5	4	Total	62,632	208				

Figure 8 : Présentation des tests effectués sur les effectifs hommes et femmes notant le critère « Empathie » de l'attitude empathique du questionnaire

F. Présentation de l'évaluation des différentes attitudes vétérinaires sans distinction de l'année d'étude ou du sexe

À présent que nous avons voulu voir si le sexe ou l'année d'étude influençait les résultats du questionnaire, analysons ces résultats sans aucune distinction. Nous savons que notre taille d'échantillon de 226 participants est inférieure au 267 requis pour une population de 873 étudiants, avec un niveau de confiance de 95% et une marge d'erreur de 5%. Notre marge d'erreur s'avère en réalité de 5,62%. Nous pourrions ainsi avoir un écart

entre les réponses de la population de l'école vétérinaire de Toulouse et celles de l'échantillon à hauteur de 5,62%.

Reprenons le tableau des résultats au questionnaire vu plus haut et analysons chaque attitude au cas par cas :

	Jugement		Qualité		Professionalisme		Empathie		Efficacité com-	
	général	/10 Sd	information	/5 Sd	/5	Sd	/5	Sd	munication	/5 Sd
ANTIPATHIQUE		1,48 ± 0,76		2,18 ± 1,03		1,42 ± 0,69		1,02 ± 0,14		1,86 ± 1,01
FACTUEL		4,46 ± 1,68		3,74 ± 1,19		3,47 ± 0,98		2,05 ± 0,93		2,20 ± 1,02
NEUTRE		6,62 ± 1,84		4,04 ± 0,88		3,96 ± 0,78		3,12 ± 0,90		3,87 ± 0,92
EMPATHIQUE		9,24 ± 1,08		4,67 ± 0,60		4,74 ± 0,56		4,63 ± 0,55		4,70 ± 0,55
SYMPATHIQUE		5,90 ± 1,77		3,56 ± 0,91		2,95 ± 0,91		4,78 ± 0,61		3,26 ± 0,91

	Place du		Appréciation		Implication		Envie de cette		Danger perçu	
	vétérinaire	/5 Sd	distance	/10 Sd	émotionnelle	/10 Sd	attitude	/5 Sd	/5	Sd
ANTIPATHIQUE		4,82 ± 0,60		1,97 ± 1,34		1,24 ± 0,85		1,07 ± 0,29		1,93 ± 1,03
FACTUEL		3,80 ± 0,90		4,38 ± 2,07		2,44 ± 1,50		2,86 ± 1,01		2,20 ± 0,94
NEUTRE		3,16 ± 0,72		6,57 ± 2,02		4,80 ± 1,70		3,56 ± 1,00		2,40 ± 0,87
EMPATHIQUE		2,36 ± 0,78		8,63 ± 1,55		6,88 ± 1,45		4,80 ± 0,50		3,23 ± 1,02
SYMPATHIQUE		1,69 ± 0,93		4,66 ± 2,20		9,26 ± 0,95		2,91 ± 1,09		4,55 ± 0,71

Tableau 5 : Tableaux des moyennes aux réponses du questionnaire des cinq attitudes en fonction des critères du questionnaire

À l'instar de nos travaux précédents, nous pouvons effectuer des tests ANOVA à un facteur sur Excel® sur chaque critère du questionnaire (jugement général, qualité de l'information, etc.) en prenant en compte les cinq attitudes. Nous obtenons les dix fois des p-valeurs inférieures à 0,05 : il demeure des différences significatives dans la perception des attitudes par les étudiants. Analysons les dans les sous-parties suivantes.

1. L'attitude antipathique

Cette attitude détient la somme des écart-types la plus faible des cinq : les étudiants semblent y réagir de manière plus unanime qu'aux autres. Sans surprise, elle est mal appréciée de ces derniers, obtenant une note globale de 1,48/10. L'information est jugée mal transmise avec une qualité de la transmission de l'information à 2,18/5. En outre, peu de professionnalisme est ressenti par les étudiants qui lui attribuent une note de 1,42/5, et l'empathie ressentie de ce comportement est au plus faible, jugée à 1/5. Sans surprise, l'efficacité de la communication obtient une faible note de 1,86/5.

Par rapport au propriétaire fictif, les étudiants estiment que l'attitude antipathique communique de manière distante avec le propriétaire, sa place étant estimée à 4,82/5 (1 étant très proche et 5 très éloigné). Cette distance est néanmoins mal appréciée (1,97/10), et sans surprise l'implication émotionnelle ressentie de ce genre de comportement avoisine les plus mauvaises notes de ce questionnaire, jugée ici à 1,24/10.

La volonté d'être confronté à un tel vétérinaire ne s'élève pas à plus de 1/5 pour 93,8% d'entre eux. Le risque perçu d'épuisement professionnel est faible, estimé à 1/5 de la part de 42,7% des participants et à 2/5 par 32,9% de ces derniers.

2. L'attitude factuelle

Les résultats de cette attitude s'avèrent plus controversés. En effet, la somme de tous les écart-types est la plus élevée des cinq attitudes : une disparité des réactions est à noter de la part des étudiants. L'appréciation générale de cette attitude suit un semblant de loi normale avec une moyenne de 4,46/10 et un écart-type de 1,68. La qualité de la transmission de l'information est élevée (3,74/5), de même pour le professionnalisme (3,47/5), mais l'efficacité de la communication est jugée plus basse (2,20/10), avec un manque d'empathie notable évaluée à 2,05/5.

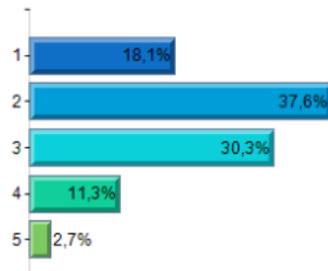
Le vétérinaire factuel est vu distant envers le propriétaire avec une place estimée à 3,80/5 (5 étant le plus éloigné). L'appréciation de cette distance semble suivre une loi normale avec une moyenne à 4,38/10 et un écart-type de 2,07. L'implication émotionnelle est jugée faible (2,44/10).

La volonté des étudiants d'être confrontés à ce type de vétérinaire est également controversée, les résultats ressemblent à une loi normale et se dispersent à travers les différentes notes : pour ce vétérinaire, 18,1% des participants jugent leur volonté d'y être confrontés de la note de 1/5, 37,6% la note de 2/5, 30,3% la note de 3/5, 11,3% la note de 4/5, et 2,7% la note de 5/5.

Enfin, le risque d'épuisement professionnel estimé est faible avec 46,9% des participants votant 2/5, puis 22,3% et 22,8% votant respectivement 1/5 et 3/5. Pour plus de clarté sur les deux dernières réponses au questionnaire, voici leurs deux diagrammes explicatifs :

31. Sur une échelle de 1 (pas du tout) à 5 (tout à fait), aimeriez vous en tant que propriétaire, le cas échéant, avoir en face de vous un vétérinaire ayant le type d'attitude du Dr Deux?

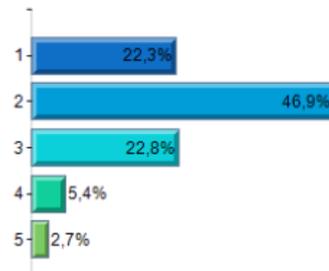
Taux de réponse : 97,8%



Volonté d'être confronté à l'attitude factuelle

33. Sur une échelle de 1 (pas du tout) à 5 (tout à fait), pensez vous que, à long terme, le type d'attitude du Dr Deux représente un risque de burn-out pour un(e) vétérinaire?

Taux de réponse : 99,1%



Risque d'épuisement professionnel estimé par les étudiants

Figure 9 : Diagrammes explicatifs de deux résultats du questionnaire : volonté des étudiants d'être confrontés à l'attitude factuelle et estimation du risque d'épuisement professionnel par les étudiants de l'adoption de cette attitude

Les étudiants évaluèrent généralement l'attitude neutre à 6,62/10. La qualité de transmission de l'information s'avère de 4,04/10, le professionnalisme de 3,96/5, le tout mâtiné d'une efficacité de la communication à 3,87/5, malgré une moindre empathie ressentie à 3,12/5. Nous pouvons voir que, selon les étudiants, l'empathie ne semble pas jouer autant que la qualité de l'information (transmise sobrement) et le professionnalisme dans l'efficacité de la communication. Nous préciserons cela plus tard dans la partie correspondant à l'interprétation des résultats du questionnaire.

Le vétérinaire à l'attitude neutre est vu assez distant du propriétaire avec une place estimée à 3,16/5 (5 étant le plus éloigné), malgré une appréciation de cette distance à 6,57/10 par les participants.

Parmi les étudiants, la volonté d'être confronté à ce vétérinaire se disperse moins dans les différents pourcentages que l'attitude factuelle : 13,9% des étudiants jugent leur volonté d'y être confrontés de la note de 2/5, 29,6% de la note de 3/5, 36,8% de la note de 4/5, et 17,9% de la note de 5/5. Le diagramme se trouve ci-dessous pour expliquer ces pourcentages (figure 10).

L'implication émotionnelle de l'attitude neutre jugée par les participants semble suivre une loi normale avec pour moyenne 4,80 et un écart-type de 1,70. Concernant le risque d'épuisement professionnel de cette attitude neutre perçu par les étudiants, il

s'accentue par rapport à l'attitude factuelle, avec cette fois-ci un plus grand pourcentage de réponses pour la réponse 3/5 (à 41,5%). Le diagramme explicatif se trouve ci-contre, en sus de la volonté des étudiants d'être confronté à une telle attitude. Globalement, sans trop de surprises eu égard à notre bibliographie, l'attitude neutre est appréciée des étudiants de médecine vétérinaire.

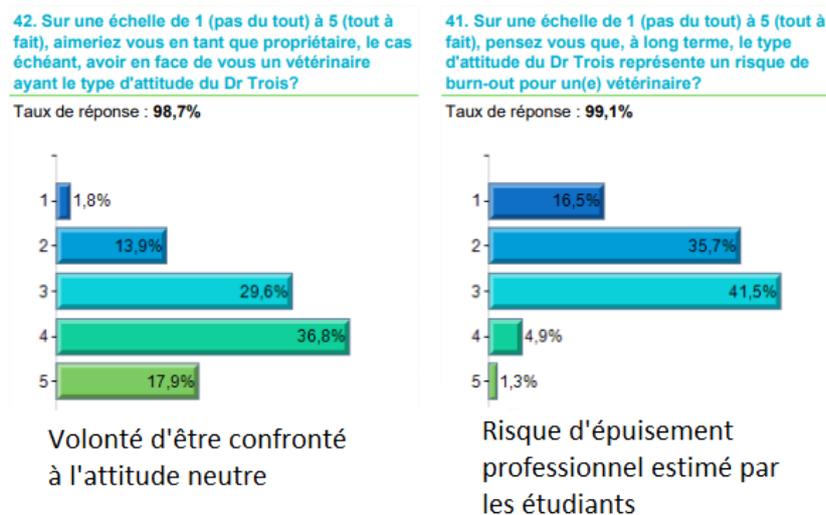


Figure 10 : Diagrammes explicatifs de deux résultats du questionnaire : volonté des étudiants d'être confrontés à l'attitude neutre et estimation du risque d'épuisement professionnel par les étudiants de l'adoption de cette attitude

4. L'attitude sympathique

La notation générale de l'attitude sympathique obtient une moindre note (5,90/10) par rapport à notre précédente attitude, l'attitude neutre (6,62/10). En outre, la qualité de la transmission de l'information est notée à 3,56/5, le professionnalisme à 2,95/5 et l'efficacité de communication à 3,26/5, efficacité qui s'avère inférieure à celle ressentie pour l'attitude neutre (3,87/5) malgré une estimation de l'empathie de l'attitude sympathique (4,78/5) plus importante que celle de l'attitude neutre (3,12/5). Un excès d'empathie ne semble donc pas être forcément apprécié des étudiants. Nous en reparlerons plus bas.

Le score d'empathie perçue par les étudiants s'avère ainsi important, en plus d'une implication émotionnelle jugée de 9,26/10. Le risque d'épuisement professionnel est majoritairement évalué à 5/5 par 65,6% des participants, sinon à 4/5 pour 25,4% d'entre eux (voir figure 11).

La place du vétérinaire est estimée très proche du propriétaire avec une moyenne de 1,69/5 (5 étant le plus éloigné et 1 le plus proche), avec toutefois une appréciation médiocre de cette distance jugée par les étudiants d'une note de 4,66/10.

Quant à la volonté d'être confronté à une telle attitude vétérinaire, le jugement des étudiants semble suivre une loi normale que nous pouvons voir dans la figure ci-dessous. Nous interpréterons plus avant ces riches informations dans la partie suivante.

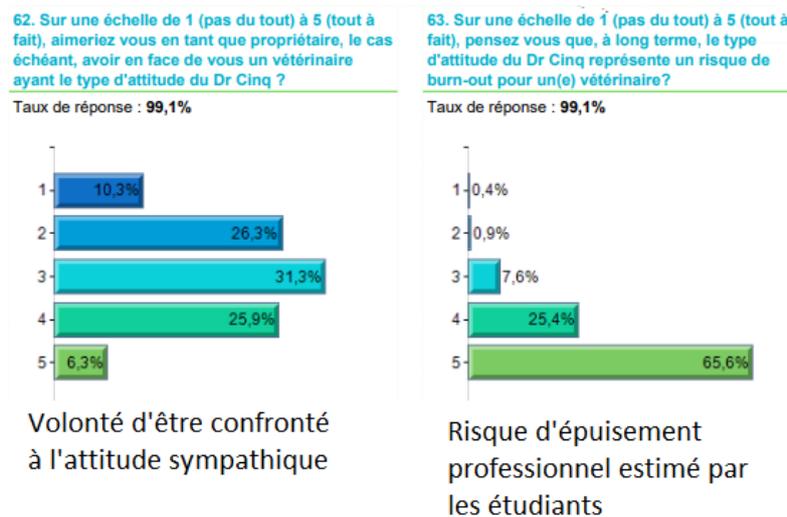


Figure 11 : Diagrammes explicatifs de deux résultats du questionnaire : volonté des étudiants d'être confrontés à l'attitude sympathique et estimation du risque d'épuisement professionnel par les étudiants de l'adoption de cette attitude

5. L'attitude empathique

L'attitude empathique détient la meilleure note à l'évaluation générale de l'attitude des étudiants avec une note de 9,24/10. Nous observons une volonté écrasante d'être confronté à ce type de vétérinaire en comparaison aux autres : 80,4% des participants y octroient un avis de 5/5, là où l'attitude neutre n'a récolté que 17,9% des avis à la note de 5/5, et seulement 6,3% des avis quant à l'attitude sympathique.

Elle détient également la meilleure qualité de transmission de l'information, notée à 4,67/5, avec une efficacité de communication évaluée à 4,70/5, grâce à un professionnalisme de 4,74/5 et en plus de cela une empathie ressentie par les étudiants à 4,63/5.

Contrairement à l'attitude sympathique, la place du vétérinaire empathique est évaluée à 2,36/5 (1 étant le plus proche), soit vu comme non envahissant par les étudiants, avec une appréciation de celle-ci à 8,63/10.

En outre, l'implication émotionnelle ressentie par les étudiants est de 6,88/10, inférieure à celle de l'attitude sympathique (9,26), bien que l'empathie ressentie des deux attitudes ne soient pas si différentes en terme de notes (4,63/5 pour l'attitude empathique et 4,78/5 pour la sympathique). Cette notion sera interprétée ci-dessous.

Quant au risque d'épuisement professionnel, l'histogramme répartit homogènement l'avis des étudiants sur les cinq notes (voir figure 12) avec la note de 3/5 à 39,3% des votes. Globalement, l'attitude empathique possède les meilleurs avis des étudiants.

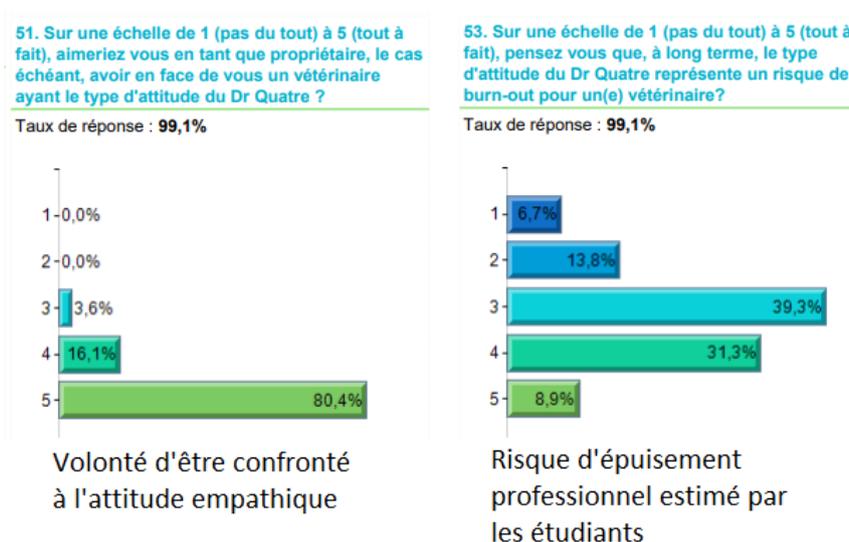


Figure 12 : Diagrammes explicatifs de deux résultats du questionnaire : volonté des étudiants d'être confrontés à l'attitude empathique et estimation du risque d'épuisement professionnel par les étudiants de l'adoption de cette attitude

G. Comparaisons des résultats du questionnaire, toute année d'étude confondue et indépendamment du sexe des participants

1. Comparaison de la qualité de l'information entre les attitudes factuelle et neutre

La qualité de transmission de l'information de l'attitude factuelle est estimée à 3,74/5 par les étudiants, inférieure à celle de l'attitude neutre à 4,04/5. Il en est de même pour l'évaluation du professionnalisme (3,47/5 pour l'attitude factuelle et 3,96/5 la neutre), et d'autant plus pour l'efficacité de la communication jugée respectivement à 2,2/5 et

3,87/5. Nous pouvons en penser que selon les étudiants, la qualité de l'information prévaut sur la quantité.

Ceci fait également écho avec notre précédente partie bibliographique : une meilleure empathie est corrélée à un meilleur échange d'informations plutôt qu'à une plus grande quantité d'informations. L'attitude neutre présentant plus d'empathie ressentie (3,12/5) de la part des étudiants que le factuel (2,05/5), cela peut jouer à le considérer davantage professionnel.

Nous venons de voir que l'attitude neutre obtient de la part des étudiants une correcte évaluation en terme de transmission de l'information et de professionnalisme. L'efficacité de la communication s'en retrouve correctement évaluée malgré une empathie ressentie inférieure à celle des attitudes empathique et sympathique : selon les étudiants, l'empathie peut être modérée sans pour autant diminuer le professionnalisme et la qualité de l'information sobrement et correctement transmise.

2. Comparaison de l'attitude neutre à l'attitude sympathique

Chez le vétérinaire sympathique, la qualité de transmission de l'information, le professionnalisme ainsi que l'efficacité de la communication résultante obtiennent toutes des valeurs inférieures à celles de l'attitude neutre, ce malgré une empathie ressentie plus importante chez le sympathique (4,78/5, comparé au neutre à 3,12/5). Nous pouvons en penser qu'un excès d'empathie n'est pas apprécié des étudiants.

En outre, l'attitude générale du sympathique, évaluée à 5,90/10 par les étudiants, ainsi que l'appréciation de sa place par rapport au propriétaire (1,69/5 en moyenne, soit très proche) évaluée à 4,66/10, obtiennent toutes deux une évaluation moindre que celle de l'attitude neutre (attitude évaluée à 6,62 et appréciation à 6,57/10 de sa distance au propriétaire évaluée à 3,16/5). Du reste, les chiffres témoignent d'une volonté accrue de la part des étudiants d'être confrontés à un vétérinaire à l'attitude plutôt neutre que sympathique. Nous pouvons en conclure que les étudiants préfèrent la neutralité émotionnelle à un trop-plein d'émotions. De plus, les étudiants estiment très important, à juste titre, le risque d'épuisement professionnel de l'attitude sympathique, majoritairement évalué à 5/5 à 65,6%.

3. Comparaison de l'attitude neutre à l'attitude empathique

En comparaison de l'attitude neutre, l'attitude empathique est jugée garante d'une meilleure qualité de transmission de l'information selon les étudiants, d'un meilleur professionnalisme, aboutissant à une efficacité de communication jugée meilleure pour l'empathique que le neutre. De plus, les étudiants ressentent une empathie accrue de la part de l'attitude empathique par rapport à la neutre. Ainsi, l'empathie se présente potentiellement comme le levier d'une meilleure communication entre le vétérinaire et le propriétaire – nous l'avons notamment supposé entre les attitudes factuelle et neutre. En outre, les étudiants témoignent d'une écrasante volonté d'être plutôt confrontés à un vétérinaire empathique (80,4% des étudiants y attribuèrent la note de 5/5, contre seulement 17,9% pour l'attitude neutre et 6,3% pour la sympathique). Ce témoignage évoque une envie des étudiants d'incorporer plus tard cette attitude empathique en tant que praticien.

Ces différences entre l'attitude neutre et les attitudes empathique et sympathique dénotent qu'un certain niveau d'empathie est fort apprécié des étudiants et atteste d'une meilleure efficacité en terme de communication, mais également que l'empathie ne doit pas être utilisée avec abus, auquel cas les étudiants préféreront toujours la neutralité émotionnelle à l'exagération émotionnelle chez le vétérinaire. Lorsque ce n'est pas le cas, les étudiants préfèrent une attitude empathique, soit la sobriété émotionnelle à la neutralité émotionnelle.

IV. Discussions

A. Limites de l'étude

Comme vu plus tôt, notre étude s'avère limitée par le nombre d'étudiants ayant répondu au questionnaire. En effet, les effectifs de chaque promotion sont trop restreints pour pouvoir y déceler des comportements entre années d'étude. Toute année confondue, notre échantillon de 226 réponses s'est également avéré trop restreint par rapport à l'estimation nécessaire de 267 participants. Notre marge d'erreur n'a donc pas suivi la norme académique de 5% avec un niveau de confiance de 95%. Nous nous sommes plutôt référés à une marge d'erreur de 5,62% avec un niveau de confiance de 95%. Certes cela ne

suit pas le paradigme des recherches, mais des tendances ont pu être observées et le mode de réflexion des étudiants davantage compris.

Quant à la différence entre les sexes, l'évaluation des cinq attitudes n'a pu être étudiée en fonction du caractère homme/femme. En revanche, il a été possible de prouver que les femmes du questionnaire estiment les animaux de compagnie plus importants que les hommes du questionnaire. Peut-être est-ce dû à une meilleure homogénéisation des valeurs dans le cas de l'estimation des animaux de compagnie, ou d'erreurs de tests Excel®.

Nous avons également observé une sous-représentativité des hommes au surplus, or la visibilité du questionnaire sur les réseaux n'était pas influencée par le sexe des potentiels participants. Les hommes ont donc été moins enclins à y répondre malgré de multiples relances. Cela corrobore une étude qui prouva que les hommes étaient moins volontaires à participer à des questionnaires en ligne que les femmes. (Smith, 2008)

Nous pouvons également mentionner la promotion de A1 dont le nombre de participants ne s'éleva qu'à quatre participants. Certes leur promotion ne figure qu'une quarantaine d'élèves, leur nombre de participants au questionnaire ne demeure néanmoins pas proportionnel au nombre de participants d'autres promotions en regard de l'effectif de leur promotion : une forte abstention des A1 s'est révélée, possiblement établie par la récente mise en place de cette année d'étude et de sa tendance à la séparation avec le reste de l'école. Les réponses des quatre participants ne peut refléter leur promotion et toute mention précédente des A1 aux résultats du questionnaire ne mérite pas d'attention.

B. Nécessité d'enseigner les dangers de l'attitude antipathique

Les étudiants se figurent qu'adopter une attitude antipathique possède un faible taux de risque d'épuisement professionnel, or l'inverse a été prouvé. En effet, nous avons vu que la suppression d'émotions fortes s'avère épuisante et peut conduire à l'épuisement professionnel ainsi qu'à la fatigue compassionnelle, incitant à favoriser la distanciation émotionnelle envers les patients. Nous avons vu qu'un cercle vicieux se met ainsi en place : le bien-être du clinicien est altéré par les mauvaises nouvelles, il tente de se protéger lors de futures interactions (et peut aller jusqu'à l'antipathie), cela peut être pris par de la froideur par le patient, les interactions se déroulent d'autant plus mal et le bien-être du clinicien

gérant mal le plan émotionnel de sa relation clinicien-patient n'en est que plus altéré. (Kearney, 2009)

C. Capacité des étudiants à distinguer empathie/sympathie

Lors de notre expérimentation, nous avons vu que l'empathie ressentie par les étudiants chez l'attitude empathique a été estimée à 4,63/5. Quant à l'empathie ressentie chez l'attitude sympathique, estimée à 4,78/5, son résultat ne se distingue pas particulièrement du premier. Toutefois, l'implication émotionnelle de l'attitude empathique a été estimée à 6,88/10, inférieure à celle de la sympathique, estimée à 9,26/10. Les étudiants perçoivent donc chez l'attitude empathique un aspect distinct de la pure implication émotionnelle dans le but de paraître empathique : l'empathie comportementale et cognitive, là où la simili-empathie chez l'attitude sympathique s'avère en réalité purement émotionnelle. Sans y avoir été instruits, les étudiants remarquent donc un comportement particulier de l'attitude empathique, particulièrement saine pour la santé des vétérinaires. Nourrir cette intuition à travers un module d'apprentissage et lui accorder davantage de crédit au sein de la pratique vétérinaire serait fortement bénéfique pour les étudiants qui ont déjà obtenu de par leur éducation des bases la notion d'empathie. Cette composante intrinsèque pourrait être l'empathie morale mentionnée plus tôt au cours de notre bibliographie.

D. La tendance à la distance émotionnelle des internes/DE

Le paragraphe suivant ne relève que de l'hypothétique. En effet, à l'aune de l'impossibilité précédemment mise en lumière d'analyser les résultats du questionnaire promotion par promotion, nous ne pouvons affirmer sans risque que les internes/DE s'accordent plus à un comportement qu'à un autre.

Nous avons préalablement observé des tendances aux réponses du questionnaire et les internes/DE présentaient le plus d'écart en termes de note avec les autres promotions. Selon ces précédentes observations, les internes/DE semblaient déceler moins d'émotions de la part de l'attitude factuelle que les autres promotions, sans pour autant moins la désirer.

Quant à l'attitude neutre, ils semblaient davantage apprécier la distance du vétérinaire que les autres promotions. En outre, la place du vétérinaire empathique fut moins appréciée par les internes/DE que le reste des promotions et ils le trouvèrent plus émotionnel. Ils furent également la promotion à présenter le moins d'envie d'y être confrontés et à y donner la plus haute note en terme de risque d'épuisement professionnel. Le constat est le même pour l'attitude sympathique.

Tous ces critères pourraient ainsi amener à penser que les internes/DE sont plus enclins à se méfier de l'impact émotionnel que provoque une consultation à des fins d'euthanasie. Bien qu'ils approuvent l'empathie, les internes/DE semblent être ceux à promouvoir le plus la neutralité émotionnelle. Ceci pourrait être en raison d'une expérience accrue en comparaison des autres promotions en la matière vétérinaire, et de potentielles conséquences émotionnelles générées au cours de stages et de remplacements. À la lumière de leur estimation du risque d'épuisement professionnel de l'attitude empathique, les internes/DE demeurent des récents diplômés non formés à l'usage de l'empathie et des bénéfices associés. Nous pouvons donc comprendre que leur expérience a pu leur faire subir des épisodes sentimentaux ou même traumatisants, et qu'ils désirent davantage faire fi de l'émotion, voire la rejeter, au cours de leur pratique vétérinaire.

E. La prédominance de la neutralité émotionnelle

Nous avons étudié au cours de notre expérimentation la notion de distance émotionnelle. Celle-ci peut parfois se traduire par la distance physique que nous avons abordée dans les concepts CLASS et SPIKES, et dont nous pouvons préciser la définition par « un type de communication non linguistique établi par des signes constitués par des configurations spatiales. » (Ortuño, 2019)

De manière plus générale, la distanciation émotionnelle est une stratégie défensive auto-contrôlée impliquant une séparation émotionnelle des patients pour maintenir la neutralité émotionnelle. Ceci peut permettre aux professionnels de la santé de protéger leur santé mentale tout en fournissant les meilleurs soins aux patients. (Kim, 2020) Nous ne serons donc pas surpris que les étudiants aient jugé l'attitude neutre plutôt distante du propriétaire avec une implication émotionnelle jugée en-dessous de la moyenne, mais que le

jugement général des étudiants prévaut sur celui de l'attitude sympathique. Nous l'avons vu, les étudiants préfèrent la neutralité émotionnelle à un trop-plein d'émotions. Il est ainsi intéressant de constater que le concept de distanciation émotionnelle traverse les domaines humain et vétérinaire.

Les méthodes CLASS et SPIKES enseignent les prémices de la communication en médecine humaine afin de savoir gérer au mieux la relation clinicien-patient. Au vu de notre paragraphe précédent, il n'est pas non plus surprenant de constater une efficacité de la communication accrue chez l'attitude qui avance la neutralité émotionnelle en comparaison de la sympathique. Pour aller plus loin, nous avons vu que la qualité de l'information prévaut sur la quantité, les participants du questionnaire l'attestent formellement en approuvant davantage le message de l'attitude neutre que celui de l'attitude factuelle. En parallèle de cela, l'empathie du factuel fut jugée significativement faible : un trop-plein d'informations délivré froidement est tout aussi inefficace, sinon moins qu'un trop-plein d'émotions.

La littérature de médecine humaine prône l'empathie à travers un lot d'articles présentés au cours de ce manuscrit, et les étudiants, bien que non informés en la matière, ont attesté de cette préférence de l'empathie au détriment de la neutralité émotionnelle. Cette dernière prévaut donc certes sur le trop-plein d'informations et d'émotions, mais une dose adéquate d'empathie restera la meilleure option selon les étudiants.

F. Les risques d'épuisement des attitudes neutre et empathique

Selon les résultats de la présente étude, 41,5% des étudiants jugent le risque d'épuisement professionnel de l'attitude neutre à 3/5, 35,7% d'entre eux le jugent à 2/5 et 16,5% à 1/5. Les notes 4 et 5/5 dépassent à peine 6% à elles deux. Quant à l'attitude empathique, 39,3% des étudiants jugent le risque à 3/5, 31,3% d'entre eux à 4/5, et 8,9% à 5/5. Ainsi, les étudiants témoignent considérer l'attitude neutre moins susceptibles d'épuisement professionnel que l'attitude empathique. Or nous venons de voir que les étudiants préfèrent un comportement empathique à la neutralité, et seraient donc plus à même de se tourner vers cette attitude à l'avenir. Les étudiants seraient donc conscients de se tourner vers un comportement davantage susceptible de les guider vers l'épuisement

professionnel. Par peur de ce risque, nous pouvons supposer que les étudiants finiraient par se tourner vers l'antipathie, n'accentuant que plus avant leur potentiel épuisement professionnel. Informer les étudiants que l'empathie a été prouvée susceptible de diminuer le risque d'épuisement professionnel est ainsi nécessaire. En conséquence, il apparaît aussi primordial de leur enseigner comment correctement faire usage d'empathie à l'égard du propriétaire.

Attardons-nous quelque peu sur l'attitude neutre. Nous venons de voir que le risque d'épuisement professionnel associé a été majoritairement estimé entre 2/5 (35,7%) et 3/5 (41,5%). D'un côté, nous pouvons percevoir la neutralité comme un moyen de dissimuler l'antipathie. D'un autre côté, elle peut venir de vouloir ne prendre aucun parti pris en dissimulant ses émotions par peur de les montrer ou de ne pas savoir les maîtriser. Or nous avons vu que la suppression de fortes émotions survenant face à la mort et à l'invalidité est épuisante et peut conduire à l'épuisement professionnel ainsi qu'à la fatigue compassionnelle. (Shapiro, 2012) Ainsi, à la manière de l'attitude antipathique, l'attitude neutre peut s'avérer fortement à risque d'épuisement professionnel.

À l'inverse, une neutralité avérée par un sincère manque d'émotions envers l'animal et son propriétaire endeuillé ne peut pas amener en ce sens à l'épuisement professionnel. Le problème peut toutefois survenir de la part du propriétaire endeuillé qui y perçoit à la place une attitude antipathique. Or nous avons vu que cela peut dégrader la relation clinicien-patient et peut amener le vétérinaire dans un cercle vicieux, ainsi qu'à l'épuisement professionnel.

G. Intérêts de l'étude

Nous avons pu voir que toutes les attitudes, à l'exception de l'empathique, sont susceptibles d'épuisement professionnel, bien que l'attitude antipathique ne soit pas reconnue comme telle par les étudiants. L'attitude empathique présente le plus d'avantages à l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Elle génère d'abord une bonne relation propriétaire-vétérinaire qui ne pèse pas sur la conscience de ce dernier, ainsi qu'une meilleure compliance de la part du propriétaire. En effet, cette compliance peut se traduire ici par une

approbation de l'euthanasie sans obstacles de la part du propriétaire, rendant la consultation moins dure pour lui, et pour le vétérinaire qui ne se heurte pas à un obstacle humain au cours d'une consultation déjà éprouvante.

L'empathie préserve la santé mentale des vétérinaires, mais elle n'apparaît pas bien maîtrisée au sein d'une sphère vétérinaire française souffrant d'un fort taux de dépression et de suicide. Cette composante du métier devrait être enseignée comme toute autre matière : au cours de la formation étudiante. Il était intéressant de cerner l'avis des étudiants quant à la question de l'empathie et constater leur méconnaissance du bénéfice de sa pratique, bien qu'ils seront tout à fait susceptibles, comme d'autres avant eux, de souffrir mentalement de leur métier.

Sans y avoir précédemment été instruits, les étudiants ont tout de même remarqué un comportement particulier de l'attitude empathique en comparaison de l'attitude sympathique. Il apparaît donc primordial de leur enseigner les tenants et aboutissants, de les informer de ce comportement susceptible de les prévenir de l'épuisement professionnel pour pouvoir les maintenir autant que faire se peut sur la voie de l'épanouissement durant leur pratique vétérinaire. Par exemple, le minimum à savoir serait que le vétérinaire empathique se doit de toujours faire preuve de perspective allo-orientée par le biais d'un effort cognitif. Un tel processus permet de se mettre à la place du propriétaire et d'imaginer ses émotions afin de les légitimer, le tout sans jamais imaginer sa propre personne dans cette situation donnée, sans que le vétérinaire n' imagine la manière avec laquelle il réagirait à celle-ci, et sans jamais prendre personnellement les émotions du propriétaire.

H. Recul sur l'étude

De manière plus générale, l'empathie peut servir à comprendre autrui dans des cadres autres que l'euthanasie, et même hors de la pratique vétérinaire. Se mettre à la place d'autrui pour comprendre ses émotions et son avis peut aider à résoudre bien des conflits au sein de son cercle familial et amical, ou bien au travail et envers toute personne étrangère. Les opinions divergent fréquemment entre individus et se mettre à la place de l'autre en tant que personne à la pensée légitimisée peut aider à trouver un terrain d'entente.

À l'inverse, l'empathie ne pourra tout résoudre. Son usage ne sauvera pas le praticien dépressif dont bien des éléments négatifs gravitent autour de son mal-être, mais l'empathie pourra-t-elle peut-être l'aider en sus d'autres aides dont il aurait grandement besoin.

Conclusion

L'euthanasie des animaux de compagnie est une pratique courante chez les vétérinaires qui se doivent de savoir gérer le plan émotionnel de leurs interactions avec des propriétaires endeuillés. L'attitude auto-orientée, soit l'attitude sympathique, est tout sauf efficace et dénote d'un excès d'empathie jusqu'à ressentir pleinement les émotions du propriétaire. L'attitude empathique, soit l'attitude allo-orientée parcourue au cours de cette thèse, est à privilégier afin de préserver sa santé mentale, mais également afin que le propriétaire se sente écouté, le tout générant une relation de confiance particulièrement bénéfique à l'état mental du vétérinaire.

La pratique de l'euthanasie est responsable d'une détresse morale chez les vétérinaires non négligeable. Or la profession subit des états dépressifs plus fréquents que chez le reste de la population, ainsi que d'un taux de suicide plus important que la moyenne. (Rollin, 2011 ; Tran et al., 2014) Le bon usage de l'empathie apparaît primordial. Celle-ci peut se diviser en quatre piliers. L'empathie cognitive représente la capacité allo-orientée en tant que telle. Cette dernière permet de comprendre un propriétaire d'un point de vue objectif et détaché en conservant une frontière clinicien-patient. À ce but, une composante émotionnelle, l'empathie émotionnelle, reste nécessaire afin de comprendre le propriétaire. Une échelle mesurée reste cependant primordiale afin d'éviter tout excès menant à la sympathie. Afin de témoigner de cette empathie, une action est nécessaire : l'empathie comportementale. Cette dernière se doit de préserver une composante émotionnelle sans quoi le vétérinaire paraîtra machinal. Enfin, l'empathie morale, plus idiosyncrasique, permet de cerner l'éthique des problèmes cliniques et l'intérêt de l'aide pour autrui.

Le questionnaire basé sur nos cinq saynètes a permis de constater bien d'autres éléments. Les étudiants ont cerné la différence entre les attitudes empathique et sympathique et y ont même décelé une composante autre que l'aspect émotionnel. Ils comprirent que l'attitude sympathique est à même de créer une souffrance importante chez le vétérinaire, mais ils se figurèrent également, certes à moindre mesure, que l'attitude empathique était génératrice de détresse émotionnelle, là où elle s'avère le plus bénéfique aux vétérinaires. Les étudiants estimèrent à tort les autres attitudes moins génératrice de

détresse, et ce particulièrement pour l'attitude antipathique pourtant hautement susceptible de générer un épuisement professionnel à long terme.

À défaut d'empathie, les étudiants préféreront une neutralité émotionnelle à un trop-plein d'émotions. L'attitude tout à fait neutre ne semble pas présenter de danger émotionnel en soi, mais lorsqu'elle dissimule une antipathie ou de fortes émotions, le risque d'épuisement professionnel passe à la hausse.

Ainsi, au vu des conséquences psychologiques dramatiques que peuvent occasionner les euthanasies au sein d'une pratique vétérinaire déjà hautement susceptible de générer une détresse chez les praticiens, et de l'apparente méconnaissance des étudiants en butte à en souffrir au cours de leur future carrière, un module d'apprentissage sur l'annonce des mauvaises nouvelles et de l'usage quotidien de l'empathie apparaît fortement utile.

Bibliographie

Adams CL, Bonnett BN, Meek AH. Predictors of owner response to companion animal death in 177 clients from 14 practices in Ontario. *J Am Vet Med Assoc.* 2000 Nov 1;217(9):1303-9. doi: 10.2460/javma.2000.217.1303. PMID: 11061379.

Adams CL, Conlon PD, Long KC. Professional and veterinary competencies: addressing human relations and the human-animal bond in veterinary medicine. *J Vet Med Educ.* 2004 Spring;31(1):66-71. doi: 10.3138/jvme.31.1.66. PMID: 15962252.

Adler HM. The history of the present illness as treatment: who's listening, and why does it matter? *J Am Board Fam Pract.* 1997;10(1):28-35.

Agard Olivier, « De l’Einfühlung à la sympathie : Lipps et Scheler », *Revue de métaphysique et de morale*, 2017/4 (N° 96), p. 461-476. DOI : 10.3917/rmm.174.0461. URL : <https://www.cairn.info/revue-de-metaphysique-et-de-morale-2017-4-page-461.htm>

Agledahl KM, Gulbrandsen P, Førde R, Wifstad Å. Courteous but not curious: how doctors' politeness masks their existential neglect. A qualitative study of video-recorded patient consultations. *J Med Ethics.* 2011 Nov;37(11):650-4. doi: 10.1136/jme.2010.041988. Epub 2011 May 24. PMID: 21610269; PMCID: PMC3198010.

Anfossi M, Numico G. Empathy in the doctor-patient relationship. *J Clin Oncol.* 2004 Jun 1;22(11):2258-9; author reply 2259-60. doi: 10.1200/JCO.2004.99.302. PMID: 15169824.

Baile WF, Gliber GA, Lenzi R, Beale EA, Kudelka AP. Discussing disease progression and end-of-life decisions. *Oncology (Williston Park).* 1999 Jul;13(7):1021-31; discussion 1031-6, 1038. PMID: 10442349.

Baile, Walter F., Buckman, Robert, Lenzi, Renato, Gliber, Gary, Beale, Estela A. Et Kudelka, Andrzej P., 2000. SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist.* 1 août 2000. Vol. 5, n° 4, pp. 302-311. DOI 10.1634/theoncologist.5-4-302.

Balint, M. 2000 [1957]. *The Doctor, His Patient and the Illness*, 2nd ed. London: Churchill Livingstone.

Bartram, D.J., Yadegarfar, G. et Baldwin, D.S., 2009. A cross-sectional study of mental health and well-being and their associations in the UK veterinary profession. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* décembre 2009. Vol. 44, n° 12, pp. 1075-1085. DOI 10.1007/s00127-009-0030-8.

Benson J, Britten N. Respecting the autonomy of cancer patients when talking with their families: qualitative analysis of semistructured interviews with patients. *BMJ.* 1996 Sep 21;313(7059):729-31. doi: 10.1136/bmj.313.7059.729. PMID: 8819445; PMCID: PMC2352086.

Bertrand, A., 2014. Les facteurs de stress en cabinet vétérinaire. Aurore Bertrand. Thèse d'exercice, médecine vétérinaire. École Nationale Vétérinaire d'Alfort

- Blackwell MJ.** Beyond philosophical differences: the future training of veterinarians. *J Vet Med Educ.* 2001 Winter;28(3):148-52. doi: 10.3138/jvme.28.3.148. PMID: 11721241.
- Bondi, Liz.** (2003). Empathy and Identification: Conceptual Resources for Feminist Fieldwork1. *ACME: An international e-journal for critical geographers.* 2.
- Bristol DG.** Using alumni research to assess a veterinary curriculum and alumni employment and reward patterns. *J Vet Med Educ.* 2002 Spring;29(1):20-7. doi: 10.3138/jvme.29.1.20. PMID: 11932836.
- Brockmeier, Jens.** 2008. Language, experience, and the “traumatic gap”: How to talk about 9/11? In *Health, illness and culture: Broken narratives*, ed. L.-C. Hyden and J. Brockmeier. New York: Routledge.
- Brothers L.** A biological perspective on empathy. *Am J Psychiatry.* 1989 Jan;146(1):10-9. doi: 10.1176/ajp.146.1.10. PMID: 2643353.
- Buckman, R,** 1984. Breaking bad news: why is it still so difficult? *British Medical Journal (Clinical research ed.)*. 26 mai 1984. Vol. 288, n° 6430, pp. 1597-1599.
- Buckman R.** Communication skills in palliative care: a practical guide. *Neurol Clin.* 2001 Nov;19(4):989-1004. doi: 10.1016/s0733-8619(05)70057-8. PMID: 11854110.
- Buckman, R.** Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *Community Oncology* 2005; 2: 183-142.
- Buis C, de Boo T, Hull R.** Touch and breaking bad news. *Fam Pract.* 1991 Dec;8(4):303-4. doi: 10.1093/fampra/8.4.303. PMID: 1800190.
- Case GA, Brauner DJ.** Perspective: The doctor as performer: a proposal for change based on a performance studies paradigm. *Acad Med.* 2010 Jan;85(1):159-63. doi: 10.1097/ACM.0b013e3181c427eb. PMID: 20042843.
- Charon R.** The patient-physician relationship. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA.* 2001 Oct 17;286(15):1897-902. doi: 10.1001/jama.286.15.1897. PMID: 11597295.
- Chochinov H.** Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care. *BMJ* 2007; 335: 184–187.
- CNRTL, EMPATHIE :** Définition de EMPATHIE, [sans date]. [en ligne]. [Consulté le 9 mai 2023]. Disponible à l’adresse : <https://www.cnrtl.fr/definition/academie9/empathie>.
- CNRTL, SYMPATHIE :** Définition de SYMPATHIE, [sans date]. [en ligne]. [Consulté le 9 mai 2023]. Disponible à l’adresse : <https://www.cnrtl.fr/definition/sympathie>.
- Collenda CC 3rd.** Training in empathy. *Am J Psychiatry.* 1989 Jan;146(1):125-6. doi: 10.1176/ajp.146.1.125c. PMID: 2912240.
- Comité d’Ethique Animal, Environnement, Santé.** (2020). Avis du 30 septembre 2020 relatif à l’euthanasie animale. En ligne sur le site internet de l’Ordre des Vétérinaires : 142 <https://www.veterinaire.fr/actualites/le-comite-dethique-animal-environnementsante.html>. Consulté le 22/10/2020.

Coplan, Amy, and Peter Goldie (eds), *Empathy: Philosophical and Psychological Perspectives* (Oxford, 2011; online edn, Oxford Academic, 19 Jan. 2012), <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199539956.001.0001>.

Coren, Health and Psychological Benefits of Bonding with a Pet Dog, *Psychology Today*, [2009]. [en ligne]. [Consulté le 24 avril 2023]. Disponible à l'adresse : <https://www.psychologytoday.com/intl/blog/canine-corner/200906/health-and-psychological-benefits-bonding-pet-dog>.

Coulehan, J. 2005. Viewpoint: Today's professionalism: Engaging the mind but not the heart. *Academic Medicine* 80: 892–898

DasGupta S, Charon R. Personal illness narratives: using reflective writing to teach empathy. *Acad Med*. 2004 Apr;79(4):351-6. doi: 10.1097/00001888-200404000-00013. PMID: 15044169.

Decety J, Echols S, Correll J. The blame game: the effect of responsibility and social stigma on empathy for pain. *J Cogn Neurosci*. 2010 May;22(5):985-97. doi: 10.1162/jocn.2009.21266. PMID: 19425830.

de Haan J. The ethics of euthanasia: advocates' perspectives. *Bioethics*. 2002 Apr;16(2):154-72. doi: 10.1111/1467-8519.00276. PMID: 12083156.

Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2013; 63: 76–84.

de Zulueta P. Compassion in 21st century medicine: is it sustainable? *Clin Ethics* 2013; 8: 119–128

Eiglier, P., 2010. La logique Services. *Economica*

Fallowfield L. Giving sad and bad news. *Lancet*. 1993 Feb 20;341(8843):476-8. doi: 10.1016/0140-6736(93)90219-7. PMID: 8094499.

FACCO, Fédération des fabricants d'aliments pour chiens, chats, oiseaux et autres animaux familiers, « LES FRANÇAIS AUX PETITS SOINS AVEC LEURS CHIENS ET LEURS CHATS ! ENQUETE FACCO / KANTAR » Communiqué de presse. 9 juin 2022. [en ligne]. [Consulté le 23 juillet 2023]. Disponible à l'adresse : http://www.facco.fr/wp-content/uploads/2021/06/Facco-CP-etude-Kantar-nutrition-_V1.pdf

Fine VK, Therrien ME. Empathy in the doctor-patient relationship: skill training for medical students. *J Med Educ*. 1977 Sep;52(9):752-7. doi: 10.1097/00001888-197709000-00005. PMID: 886588.

Fine RL. Personal choices--communication among physicians and patients when confronting critical illness. *Tex Med*. 1991 Sep;87(9):76-82. PMID: 1759256.

Ford S, Fallowfield L, Lewis S. Can oncologists detect distress in their out-patients and how satisfied are they with their performance during bad news consultations? *Br J Cancer*. 1994 Oct;70(4):767-70. doi: 10.1038/bjc.1994.393. PMID: 7917937; PMCID: PMC2033394.

Francis, Robert, 2013. The Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry: executive summary. Presented to Parliament pursuant to Section 26 of the Inquiries Act 2005. London : Stationery Office. ISBN 978-0-10-298147-6.

Frankel RM, Beckman HB. The pause that refreshes. *Hosp Pract (Off Ed)*. 1988 Sep 30;23(9A):62, 65-7. PMID: 3138269.

Fuertes JN, Boylan LS, Fontanella JA. Behavioral indices in medical care outcome: the working alliance, adherence, and related factors. *J Gen Intern Med*. 2009 Jan;24(1):80-5. doi: 10.1007/s11606-008-0841-4. Epub 2008 Oct 30. PMID: 18972089; PMCID: PMC2607493.

Girgis A, Sanson-Fisher RW. Breaking bad news: consensus guidelines for medical practitioners. *J Clin Oncol*. 1995 Sep;13(9):2449-56. doi: 10.1200/JCO.1995.13.9.2449. PMID: 7666105.

Gorman TE, Ahern SP, Wiseman J, Skrobik Y. Residents' end-of-life decision making with adult hospitalized patients: a review of the literature. *Acad Med*. 2005 Jul;80(7):622-33. doi: 10.1097/00001888-200507000-00004. PMID: 15980078.

Gorodetsky E. Epidemiology of dog and cat euthanasia across Canadian prairie provinces. *Can Vet J*. 1997 Oct;38(10):649-52. PMID: 9332753; PMCID: PMC1576864.

Grand Robert, sympathie - Définitions, synonymes, conjugaison, exemples | Dico en ligne Le Robert, [sans date]. [en ligne]. [Consulté le 23 mai 2023]. Disponible à l'adresse : <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/sympathie>

Hafferty, F. W. 1988. Cadaver stories and the emotional socialization of medical students. *Journal of Health and Social Behavior* 29: 344–356.

Halpern J. *From Detached Concern to Empathy: Humanizing Medical Practice*, New York: Oxford University Press, 2001.

Hardman A, Maguire P, Crowther D. The recognition of psychiatric morbidity on a medical oncology ward. *J Psychosom Res*. 1989;33(2):235-9. doi: 10.1016/0022-3999(89)90051-2. PMID: 2724199.

Hart L. A., Hart B. L. (1987). Grief and stress from so many animal deaths. *Companion Animal Practice*, 1, 20–21.

Haslam, D. "More than kindness". *J of Compassionate Health Care* 2, 6 (2015). <https://doi.org/10.1186/s40639-015-0015-2>.

Hilfiker D. From the victim's point of view. *J Med Human* 2001; 22: 255–263.

Hirsch, The Role of Empathy in Medicine: A Medical Student's Perspective, *Virtual Mentor*. 2007;9(6):423-427. doi: 10.1001/virtualmentor.2007.9.6.medu1-0706.

Hirschman, E. C. (1994). Consumers and their animal companions. *Journal of Consumer Research*, 20(4), 616–632. <https://doi.org/10.1086/209374>.

Hodges, Selwyn A, 1991. An experiment in the development of empathy in student nurses. *Journal of Advanced Nursing*. novembre 1991. Vol. 16, n° 11, pp. 1296-1300. DOI 10.1111/j.1365-2648.1991.tb01557.x.

Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, et al. The Devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med* 2009; 84: 1182–1191.

Ifop, Tel maître, tel chien ou chat ? Les Français et leurs animaux de compagnie Animaux de compagnie : les Français les adorent ! Sondage 22/07/2020. En partenariat avec Woopets. [en ligne]. [Consulté le 23 juillet 2023]. Disponible à l'adresse : <https://www.ifop.com/publication/tel-maitre-tel-chien-ou-chat-les-francais-et-leurs-animaux-de-compagnie/>

Irving P, Dickson D. Empathy: towards a conceptual framework for health professionals. *Int J Health Care Qual Assur* 2004; 17: 212–220.

Jacobs Katherine, Schree George, Pets and Happiness: Examining the Association between Pet Ownership and Wellbeing, May 2016, *Anthrozoös* 29(2):283-296, DOI : 10.1080/08927936.2016.1152721.

Jamison, L. (2014). *The empathy exams: essays*. Minneapolis, MN, Graywolf Press.

Jeffrey. Empathy, sympathy and compassion in healthcare: Is there a problem? Is there a difference? Does it matter? *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2016;109(12):446-452. doi:10.1177/0141076816680120.

Jeffrey D. Books: Compassion: Compassion, Continuity and Caring in the NHS: Intelligent Kindness. *Br J Gen Pract*. 2016 Jun;66(647):320. doi: 10.3399/bjgp16X685561. PMID: 27231299; PMCID: PMC4871296.

Jennings, M. L. 2009. Medical student burnout: Interdisciplinary exploration and analysis. *Journal of Medical Humanities* 30: 253–269.

Karnieli-Miller, O., R. Vu, M. C. Holtman, S. G. Clyman, and T. S. Inui. 2010. Medical students' professionalism narratives: A window on the informal and hidden curriculum. *Academic Medicine* 85: 124–133.

Kearney, M. K., R. B. Weininger, M. L. Vachon, R. L. Harrison, and B. M. Mount. 2009. Self-care of physicians caring for patients at the end of life: "Being connected... a key to my survival." *Journal of the American Medical Association* 301: 1155–1164, E1.

Kim J, Kim S, Byun M. Emotional distancing in nursing: A concept analysis. *Nurs Forum*. 2020 Nov;55(4):595-602. doi: 10.1111/nuf.12475. Epub 2020 Jun 7. PMID: 32506492.

Lalande André, Follon Jacques., *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*. Texte revu par les membres et correspondants de la Société française de philosophie et publié avec leurs corrections et observations. Avant-propos de René Poirier. In: *Revue Philosophique de Louvain*. Quatrième série, tome 91, n°91, 1993.

Larousse. (2011). *Euthanasie*. Le Petit Larousse illustré.

Larson E, Yao X. Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *JAMA* 2005; 293: 1100–1106.

Le Point Vétérinaire, Les Français consacrent 1224 euros chaque année à leur animal - Le Point Vétérinaire.fr, [01/03/2022]. [en ligne]. [Consulté le 23 juillet 2023]. Disponible à l'adresse : <https://www.lepointveterinaire.fr/actualites/actualites-professionnelles/les-francais-consacrent-1224-euros-chaque-annee-a-leur-animal.html>

Légifrance. « Arrêté du 25 octobre 1982 relatif à l'élevage, à la garde et à la détention des animaux » s.d. Consulté le 02 mai 2023, 25 octobre 1982, https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000020874124

Légifrance. « Article 515-14 - Code civil - Légifrance ». s. d. Consulté le 02 mai 2023, 18 février 2015, https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000030250342

Légifrance. « Animal domestique, sauvage, apprivoisé, de compagnie : quelles différences ? » Vérifié le 27/04/2021 - Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre), consulté le 02 mai 2023, <https://www.demarches.interieur.gouv.fr/particuliers/animal-domestique-sauvage-apprivoise-compagnie-quelles-differences>

Levinas, E. 2005. *Humanism of the Other*. translated by N. Poller. Champaign: University of Illinois Press.

Lloyd, Ciaran et Campion, Deirdre P., 2017. Occupational stress and the importance of self-care and resilience: focus on veterinary nursing. *Irish Veterinary Journal* [en ligne]. décembre 2017. Vol. 70, n° 1. DOI 10.1186/s13620-017-0108-7.

Maguire P. Barriers to psychological care of the dying. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1985 Dec 14;291(6510):1711-3. doi: 10.1136/bmj.291.6510.1711. PMID: 3935253; PMCID: PMC1418798.

Manette CS. A reflection on the ways veterinarians cope with the death, euthanasia, and slaughter of animals. *J Am Vet Med Assoc*. 2004 Jul 1;225(1):34-8. doi: 10.2460/javma.2004.225.34. PMID: 15239470.

Maxwell, Professional Ethics Education: Studies in Compassionate Empathy, Springer Science+Business Media B.V. 2008, DOI <https://doi.org/10.1007/978-1-4020-6889-8>.

McArthur ML, Fitzgerald JR. Companion animal veterinarians' use of clinical communication skills. *Aust Vet J*. 2013 Sep;91(9):374-80. doi: 10.1111/avj.12083. PMID: 23980830.

McMillan FD. Quality of life in animals. *J Am Vet Med Assoc*. 2000 Jun 15;216(12):1904-10. doi: 10.2460/javma.2000.216.1904. PMID: 10863585.

McNicholas J, Gilbey A, Rennie A, Ahmedzai S, Dono JA, Ormerod E. Pet ownership and human health: a brief review of evidence and issues. *BMJ*. 2005 Nov 26;331(7527):1252-4. doi: 10.1136/bmj.331.7527.1252. PMID: 16308387; PMCID: PMC1289326.

Meredith C, Symonds P, Webster L, Lamont D, Pyper E, Gillis CR, Fallowfield L. Information needs of cancer patients in west Scotland: cross sectional survey of patients' views. *BMJ*. 1996 Sep 21;313(7059):724-6. doi: 10.1136/bmj.313.7059.724. PMID: 8819442; PMCID: PMC2352093.

Miranda, J, Brody, RV. (1992). Communicating bad news. . 156(1), 83-85.

- Monden**, Kimberley R., Gentry, Lonnie et Cox, Thomas R., 2016. Delivering Bad News to Patients. *Baylor University Medical Center Proceedings*. janvier 2016. Vol. 29, n° 1, pp. 101-102. DOI 10.1080/08998280.2016.11929380.
- Moreau**, P. et Nap, R.C., 2011. *L'essentiel du Management Vétérinaire*. Pfizer Santé Animal.
- Morse** JM, Anderson G, Bottorff JL, Yonge O, O'Brien B, Solberg SM, et al. Exploring empathy: a conceptual fit for nursing practice? *Image* 1992; 24: 273–280.
- Newton**, B. W., L. Barber, J. Clardy, E. Cleveland, and P. O'Sullivan. 2008. Is There Hardening of the heart during medical school? *Academic Medicine* 83: 244–249
- National Institute of Health**, News in Health, The Power of Pets | [2018]. [en ligne]. [Consulté le 15 juin 2023]. Disponible à l'adresse : <https://newsinhealth.nih.gov/2018/02/power-pets>.
- Noddings** N. *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*, Berkeley, CA: University of California Press, 1984.
- Nussbaum** MC. *Upheavals of Thought: The Intelligence of Emotions*, Cambridge: Cambridge University Press, 2003.
- Observatoire National Démographique de la Profession Vétérinaire**, Atlas Démographique de la Profession Vétérinaire, 2021. [en ligne]. [Consulté le 15 juin 2023] Disponible à l'adresse : <https://www.veterinaire.fr/system/files/files/2021-11/ODV-ATLAS-NATIONAL-2021.pdf>
- Ordre National des vétérinaires**. (2020). Communiqué du 12 octobre 2020 relatif à l'Euthanasie d'animaux non justifiée par des raisons médicales. En ligne sur le site internet de l'Ordre des Vétérinaires : <https://www.veterinaire.fr/actualites/euthanasie-danimaux-non-justifiee-par-des-raisons-medicales.html>. Consulté le 01/05/2023.
- Orlander** JD, Fincke BG, Hermanns D, Johnson GA. Medical residents' first clearly remembered experiences of giving bad news. *J Gen Intern Med*. 2002 Nov;17(11):825-31. doi: 10.1046/j.1525-1497.2002.10915.x. PMID: 12406353; PMCID: PMC1495131.
- Ortuño**, Elena Catalá et Guardiola, Carlota Ibáñez, [2019]. Affective distance in the Doctor-patient relationship. Importance in the evolution of the disease.
- Pence** GE. Can compassion be taught? *J Med Ethics*. 1983 Dec;9(4):189-91. doi: 10.1136/jme.9.4.189. PMID: 6668583; PMCID: PMC1059297.
- Peteet** JR, Abrams HE, Ross DM, Stearns NM. Presenting a diagnosis of cancer: patients' views. *J Fam Pract*. 1991 Jun;32(6):577-81. PMID: 2040882.
- Platt**, Frederic W. et Keller, Vaughn F., 1994a. Empathic communication: A teachable and learnable skill. *Journal of General Internal Medicine*. avril 1994. Vol. 9, n° 4, pp. 222-226. DOI 10.1007/BF02600129.
- Platt** B., Hawton K., Simkin S. et Mellanby R. J., 2010. Systematic review of the prevalence of suicide in veterinary surgeons *Occupational Medicine*. 1 septembre 2010. Vol. 60, n° 6, pp. 436-446. DOI 10.1093/occmed/kqq044.

Pollak KI, Arnold RM, Jeffreys AS, Alexander SC, Olsen MK, Abernethy AP, Sugg Skinner C, Rodriguez KL, Tulsy JA. Oncologist communication about emotion during visits with patients with advanced cancer. *J Clin Oncol*. 2007 Dec 20;25(36):5748-52. DOI : 10.1200/JCO.2007.12.4180. PMID: 18089870.

La Prévention Médicale, Michel Baussier - Pourquoi et comment impliquer le maître dans les soins médicaux à son animal, [2020]. [en ligne]. [Consulté le 19 juin 2023]. Disponible à l'adresse : <https://www.prevention-medicale.org/actualites-revues-de-presse-et-evenements/toutes-les-actualites/Veterinaire/impliquer-maitre-soins-animal>.

Ptacek, J T, Fried, E A, Eberhardt, T L et Ptacek, J J, [1999]. Breaking bad news to patients: physicians' perceptions of the process.

Qureshi AI, Memon MZ, Vazquez G, Suri MF. Cat ownership and the Risk of Fatal Cardiovascular Diseases. Results from the Second National Health and Nutrition Examination Study Mortality Follow-up Study. *J Vasc Interv Neurol*. 2009 Jan;2(1):132-5. PMID: 22518240; PMCID: PMC3317329.

Rabow MW, McPhee SJ. Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. *West J Med*. 1999 Oct;171(4):260-3. PMID: 10578682; PMCID: PMC1305864.

Rebuelto, Marcela, 2008. Ethical Dilemmas in Euthanasia of Small Companion Animals. *The Open Ethics Journal*. 30 octobre 2008. Vol. 2, n° 1, pp. 21-25. DOI 10.2174/1874761200802010021.

Rogers CR. *On Becoming a Person*, London: Constable, 1961.

Roper L, Foster K, Garlan K, Jorm C. The challenge of authenticity for medical students. *Clin Teach* 2016; 13: 130–133.

Roulin, C, 2006. *Étude des liens entre comportement suicidaire, motivation à vivre, anxiété et dépression dans un échantillon de 94 vétérinaires*. Mémoire en vue de l'obtention du doctorat de psychologie cognitive. Université Toulouse II-Mirail.

Rosenbaum ME, Ferguson KJ, Lobas JG. Teaching medical students and residents skills for delivering bad news: a review of strategies. *Acad Med*. 2004 Feb;79(2):107-17. doi: 10.1097/00001888-200402000-00002. PMID: 14744709.

Rycroft, C. (1968). *Anxiety and Neurosis* (1st ed) Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429471858>.

Sartre Jean-Paul, *L'Être et le Néant*, 1943

Schonfeld IS, Bianchi R, Palazzi S. What is the difference between depression and burnout? An ongoing debate. *Riv Psichiatr*. 2018 Jul-Aug;53(4):218-219. doi: 10.1708/2954.29699. PMID: 30087493.

Shapiro, J. 2002. How do physicians teach empathy in the primary care setting? *Academic Medicine* 77: 323–328.

Shapiro, Johanna, [2012]. 16 The Paradox of Teaching Empathy in Medical Education.

Shaw JR, Lagoni L. End-of-life communication in veterinary medicine: delivering bad news and euthanasia decision making. *Vet Clin North Am Small Anim Pract.* 2007 Jan;37(1):95-108; abstract viii-ix. doi: 10.1016/j.cvsm.2006.09.010. PMID: 17162114.

Shaw JR, Adams CL, Bonnett BN, Larson S, Roter DL. Veterinarian satisfaction with companion animal visits. *J Am Vet Med Assoc.* 2012 Apr 1;240(7):832-41. doi: 10.2460/javma.240.7.832. PMID: 22443436.

Sheehan KH, Sheehan DV, White K, Leibowitz A, Baldwin DC Jr. A pilot study of medical student 'abuse'. Student perceptions of mistreatment and misconduct in medical school. *JAMA.* 1990 Jan 26;263(4):533-7. PMID: 2294325.

Silver HK, Glick AD. Medical student abuse. Incidence, severity, and significance. *JAMA.* 1990 Jan 26;263(4):527-32. PMID: 2294324.

Smith M. The Medical Interview: The Three-Function Approach. *Yale J Biol Med.* 1991 Sep-Oct;64(5):546-7. PMCID: PMC2589485.

Smith, W.G. Does Gender Influence Online Survey Participation? A Record-Linkage Analysis of University Faculty Online Survey Response Behavior. 2008; PhD submission. Available online: <https://eric.ed.gov/?id=ED501717> (accessed on 27 July 2023)

Statham H, Dimavicius J (1992) Commentary: how do you give the bad news to parents? *Birth* 19:103-104

Stead AC. Euthanasia in the dog and cat. *J Small Anim Pract.* 1982 Jan;23(1):37-43. doi: 10.1111/j.1748-5827.1982.tb01633.x. PMID: 7057625.

Stein Edith et al. "Le problème de l'empathie [Texte imprimé]." ad Solem les Éd. du Cerf Éd. du Carmel, 2012. Print.

Stinson L, Ickes W. Empathic accuracy in the interactions of male friends versus male strangers. *J Pers Soc Psychol.* 1992;62(5):787-797.

Strauss RP, Sharp MC, Lorch SC, Kachalia B. Physicians and the communication of "bad news": parent experiences of being informed of their child's cleft lip and/or palate. *Pediatrics.* 1995 Jul;96(1 Pt 1):82-9. PMID: 7596729.

Tinga CE, Adams CL, Bonnett BN, Ribble CS. Survey of veterinary technical and professional skills in students and recent graduates of a veterinary college. *J Am Vet Med Assoc.* 2001 Oct 1;219(7):924-31. doi: 10.2460/javma.2001.219.924. PMID: 11601787.

Thomas MR, Dyrbye LN, Huntington JL, Lawson KL, Novotny PJ, Sloan JA, Shanafelt TD. How do distress and well-being relate to medical student empathy? A multicenter study. *J Gen Intern Med.* 2007 Feb;22(2):177-83. doi: 10.1007/s11606-006-0039-6. PMID: 17356983; PMCID: PMC1824738.

Tran, Lily, Monique Crane, et Jacqueline Phillips. 2014. « The Distinct Role of Performing Euthanasia on Depression and Suicide in Veterinarians ». *Journal of occupational health psychology* 19 (mars). <https://doi.org/10.1037/a0035837>

Tupin, D., 2005. *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants ou burn out chez les vétérinaires*. [enligne]. Thèse d'exercice, médecine vétérinaire. Ecole Nationale Vétérinaire de Toulouse.

VetxInternational, Five Ways To Communicate Empathy In Vet Medicine- Without Burning Out, [2021]. [en ligne]. [Consulté le 19 juin 2023]. Disponible à l'adresse : <https://www.vetxinternational.com/five-ways-to-communicate-empathy-in-vet-medicine-without-burning-out/>.

Vie publique. « Fin de vie : remise des conclusions de la Convention citoyenne » La Rédaction. [3 avril 2023]. [en ligne]. [Consulté le 26 juin 2023]. Disponible à l'adresse : <https://www.vie-publique.fr/en-bref/288862-fin-de-vie-remise-des-conclusions-de-la-convention-citoyenne>

Walsh, Froma. 2009. « Human-Animal Bonds I: The Relational Significance of Companion Animals ». *Family Process* 48 (4): 462-80. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2009.01296.x>

Wear D, Zarconi J. Can compassion be taught? Let's ask our students. *J Gen Intern Med*. 2008 Jul;23(7):948-53. doi: 10.1007/s11606-007-0501-0. PMID: 18612722; PMCID: PMC2517940.

Winefield, H. R., and A. Chur-Hansen. 2000. Evaluating the outcome of communication skill teaching for entry-level medical students: Does knowledge of empathy increase? *Medical Education* 34: 90–94.

Zinn W. The empathic physician. *Arch Intern Med*. 1993 Feb 8;153(3):306-12. PMID: 8427535.

Annexe 1 – Questionnaire

A. Qui êtes-vous ?

1. Êtes-vous ?

Un homme / Une femme

2. Quel âge avez-vous ?

3. Quel est votre année d'études vétérinaires ?

A1 / A2 / A3 / A4 / A5 / A6 / Internes, Diplômes d'École

4. Avez-vous grandi avec des animaux familiers ?

Oui / Non

5. De quelle espèce s'agissait-il ? (plusieurs réponses possibles)

Chien / Chat / Autre

6. Précisez la catégorie « Autre »

7. Actuellement, vivez-vous avec un ou plusieurs animaux familiers ?

Oui / Non

8. De quelle(s) espèce(s) s'agit-il ? (plusieurs réponses possibles)

Chien / Chat / Autre

9. Précisez la catégorie « Autre »

10. Par rapport à des membres de votre famille proche, considérez-vous les animaux familiers comme :

Plus importants / Aussi importants / Importants mais moins / Peu importants / Sans importance

B. Vous et l'euthanasie :

11. Selon ? vous l'euthanasie présente (plusieurs réponses possibles) :

La possibilité d'abrèger les souffrances d'un animal / Un acte appartenant pleinement à la pratique vétérinaire / Une responsabilité particulière des vétérinaires / Un fardeau / Un échec / Un acte répréhensible / Un acte qui devrait être interdit / Autre

12. Précisez la catégorie « Autre »

13. Avez-vous déjà assisté à l'euthanasie d'un animal de compagnie ?

Oui / Non

C. Évocation euthanasie : Attitude 1

14. Sur une échelle de 1 à 10, comment jugez-vous l'attitude du vétérinaire ?

1 Très incorrecte / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10 Très bien

15. Selon vous, sur une échelle de 1 à 5, le 5 représentant la plus grande intensité, quelles sont les caractéristiques de la communication du vétérinaire lors de cette évocation d'une possible euthanasie ?

Information du propriétaire : 1 / 2 / 3 / 4 / 5

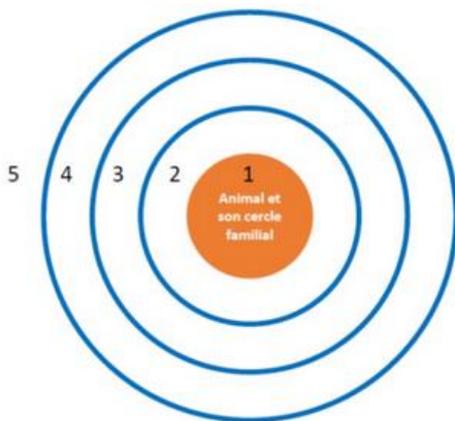
Professionalisme du vétérinaire : 1 / 2 / 3 / 4 / 5

Empathie : 1 / 2 / 3 / 4 / 5

Efficacité de la communication : 1 / 2 / 3 / 4 / 5

19. Selon, vous dans ce diagramme schématisant la distance vis-à-vis du cercle familial et de l'animal, où situeriez-vous la place du Dr Un, telle que peut la percevoir le propriétaire ?

Place du vétérinaire : 1 / 2 / 3 / 4 / 5



20. Sur une échelle de 1 à 10, quelle est votre appréciation de la distance du Dr Un vis-à-vis du propriétaire et de son animal ?

1 Pas du tout approprié / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10 Très approprié

21. Sur une échelle de 1 (pas du tout) à 5 (tout à fait), aimeriez-vous en tant que propriétaire, le cas échéant, avoir en face de vous un vétérinaire ayant le type d'attitude du Dr Un ?

1 / 2 / 3 / 4 / 5

22. Selon vous, sur une échelle de 1 (pas du tout) à 10 (trop), comment estimez-vous l'implication émotionnelle du Dr Un dans l'annonce de cette possible euthanasie ?

1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10

23. Sur une échelle de 1 (pas du tout) à 5 (tout à fait), pensez-vous que, à long terme, le type d'attitude du Dr Un représente un risque de burn-out (épuisement professionnel) pour un(e) vétérinaire ?

1 / 2 / 3 / 4 / 5

D. Évocation euthanasie : Attitude 2

24. Sur une échelle de 1 à 10, comment jugez-vous l'attitude du vétérinaire ?

1 Très incorrecte / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10 Très bien

25. Selon vous, sur une échelle de 1 à 5, le 5 représentant la plus grande intensité, quelles sont les caractéristiques de la communication du vétérinaire lors de cette évocation d'une possible euthanasie ?

Information du propriétaire : 1 / 2 / 3 / 4 / 5

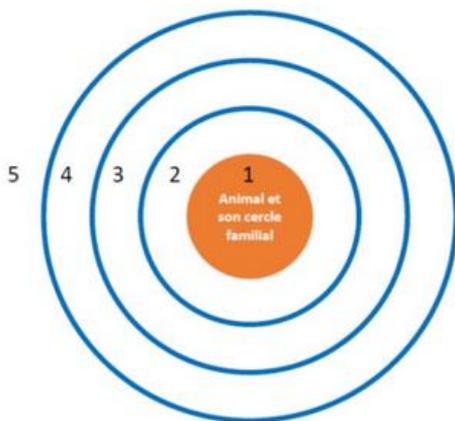
Professionalisme du vétérinaire : 1 / 2 / 3 / 4 / 5

Empathie : 1 / 2 / 3 / 4 / 5

Efficacité de la communication : 1 / 2 / 3 / 4 / 5

29. Selon, vous dans ce diagramme schématisant la distance vis-à-vis du cercle familial et de l'animal, où situeriez-vous la place du Dr Deux, telle que peut la percevoir le propriétaire ?

Place du vétérinaire : 1 / 2 / 3 / 4 / 5



30. Sur une échelle de 1 à 10, quelle est votre appréciation de la distance du Dr Deux vis-à-vis du propriétaire et de son animal ?

1 Pas du tout approprié / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10 Très approprié

31. Sur une échelle de 1 (pas du tout) à 5 (tout à fait), aimeriez-vous en tant que propriétaire, le cas échéant, avoir en face de vous un vétérinaire ayant le type d'attitude du Dr Deux ?

1 / 2 / 3 / 4 / 5

32. Selon vous, sur une échelle de 1 (pas du tout) à 10 (trop), comment estimez-vous l'implication émotionnelle du Dr Deux dans l'annonce de cette possible euthanasie ?

1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10

33. Sur une échelle de 1 (pas du tout) à 5 (tout à fait), pensez-vous que, à long terme, le type d'attitude du Dr Deux représente un risque de burn-out (épuisement professionnel) pour un(e) vétérinaire ?

1 / 2 / 3 / 4 / 5

E. Évocation euthanasie : Attitude 3

34. Sur une échelle de 1 à 10, comment jugez-vous l'attitude du vétérinaire ?

1 Très incorrecte / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10 Très bien

35. Selon vous, sur une échelle de 1 à 5, le 5 représentant la plus grande intensité, quelles sont les caractéristiques de la communication du vétérinaire lors de cette évocation d'une possible euthanasie ?

Information du propriétaire : 1 / 2 / 3 / 4 / 5

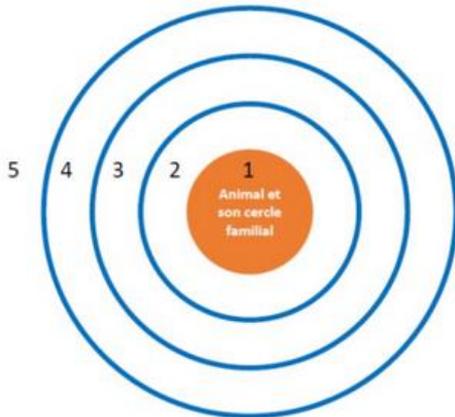
Professionalisme du vétérinaire : 1 / 2 / 3 / 4 / 5

Empathie : 1 / 2 / 3 / 4 / 5

Efficacité de la communication : 1 / 2 / 3 / 4 / 5

39. Selon, vous dans ce diagramme schématisant la distance vis-à-vis du cercle familial et de l'animal, où situeriez-vous la place du Dr Trois, telle que peut la percevoir le propriétaire ?

Place du vétérinaire : 1 / 2 / 3 / 4 / 5



40. Sur une échelle de 1 à 10, quelle est votre appréciation de la distance du Dr Trois vis-à-vis du propriétaire et de son animal ?

1 Pas du tout approprié / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10 Très approprié

41. Sur une échelle de 1 (pas du tout) à 5 (tout à fait), aimeriez-vous en tant que propriétaire, le cas échéant, avoir en face de vous un vétérinaire ayant le type d'attitude du Dr Trois ?

1 / 2 / 3 / 4 / 5

42. Selon vous, sur une échelle de 1 (pas du tout) à 10 (trop), comment estimez-vous l'implication émotionnelle du Dr Trois dans l'annonce de cette possible euthanasie ?

1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10

43. Sur une échelle de 1 (pas du tout) à 5 (tout à fait), pensez-vous que, à long terme, le type d'attitude du Dr Trois représente un risque de burn-out (épuisement professionnel) pour un(e) vétérinaire ?

1 / 2 / 3 / 4 / 5

F. Évocation euthanasie : Attitude 4

44. Sur une échelle de 1 à 10, comment jugez-vous l'attitude du vétérinaire ?

1 Très incorrecte / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10 Très bien

45. Selon vous, sur une échelle de 1 à 5, le 5 représentant la plus grande intensité, quelles sont les caractéristiques de la communication du vétérinaire lors de cette évocation d'une possible euthanasie ?

Information du propriétaire : 1 / 2 / 3 / 4 / 5

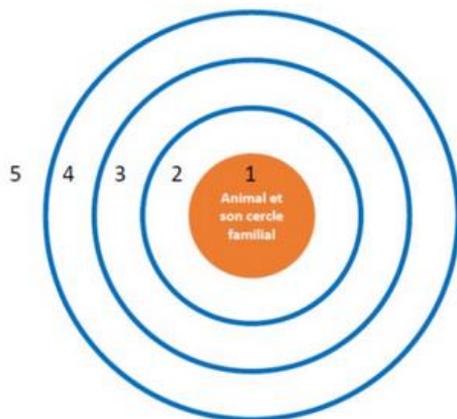
Professionalisme du vétérinaire : 1 / 2 / 3 / 4 / 5

Empathie : 1 / 2 / 3 / 4 / 5

Efficacité de la communication : 1 / 2 / 3 / 4 / 5

49. Selon, vous dans ce diagramme schématisant la distance vis-à-vis du cercle familial et de l'animal, où situeriez-vous la place du Dr Quatre, telle que peut la percevoir le propriétaire ?

Place du vétérinaire : 1 / 2 / 3 / 4 / 5



50. Sur une échelle de 1 à 10, quelle est votre appréciation de la distance du Dr Quatre vis-à-vis du propriétaire et de son animal ?

1 Pas du tout approprié / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10 Très approprié

51. Sur une échelle de 1 (pas du tout) à 5 (tout à fait), aimeriez-vous en tant que propriétaire, le cas échéant, avoir en face de vous un vétérinaire ayant le type d'attitude du Dr Quatre ?

1 / 2 / 3 / 4 / 5

52. Selon vous, sur une échelle de 1 (pas du tout) à 10 (trop), comment estimez-vous l'implication émotionnelle du Dr Quatre dans l'annonce de cette possible euthanasie ?

1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10

53. Sur une échelle de 1 (pas du tout) à 5 (tout à fait), pensez-vous que, à long terme, le type d'attitude du Dr Quatre représente un risque de burn-out (épuiement professionnel) pour un(e) vétérinaire ?

1 / 2 / 3 / 4 / 5

G. Évocation euthanasie : Attitude 5

54. Sur une échelle de 1 à 10, comment jugez-vous l'attitude du vétérinaire ?

1 Très incorrecte / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10 Très bien

55. Selon vous, sur une échelle de 1 à 5, le 5 représentant la plus grande intensité, quelles sont les caractéristiques de la communication du vétérinaire lors de cette évocation d'une possible euthanasie ?

Information du propriétaire : 1 / 2 / 3 / 4 / 5

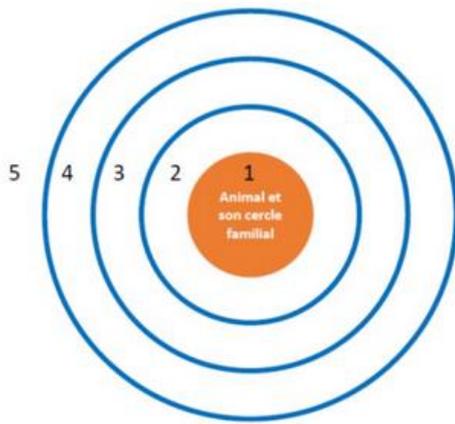
Professionalisme du vétérinaire : 1 / 2 / 3 / 4 / 5

Empathie : 1 / 2 / 3 / 4 / 5

Efficacité de la communication : 1 / 2 / 3 / 4 / 5

59. Selon, vous dans ce diagramme schématisant la distance vis-à-vis du cercle familial et de l'animal, où situeriez-vous la place du Dr Cinq, telle que peut la percevoir le propriétaire ?

Place du vétérinaire : 1 / 2 / 3 / 4 / 5



60. Sur une échelle de 1 à 10, quelle est votre appréciation de la distance du Dr Cinq vis-à-vis du propriétaire et de son animal ?

1 Pas du tout approprié / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10 Très approprié

61. Sur une échelle de 1 (pas du tout) à 5 (tout à fait), aimeriez-vous en tant que propriétaire, le cas échéant, avoir en face de vous un vétérinaire ayant le type d'attitude du Dr Cinq ?

1 / 2 / 3 / 4 / 5

62. Selon vous, sur une échelle de 1 (pas du tout) à 10 (trop), comment estimez-vous l'implication émotionnelle du Dr Cinq dans l'annonce de cette possible euthanasie ?

1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10

63. Sur une échelle de 1 (pas du tout) à 5 (tout à fait), pensez-vous que, à long terme, le type d'attitude du Dr Cinq représente un risque de burn-out (épuisement professionnel) pour un(e) vétérinaire ?

1 / 2 / 3 / 4 / 5

Annexe 2 – Scénarios

Cinq différents scénarios sur la manière de proposer l'euthanasie comme alternative thérapeutique à un propriétaire de chien, Joy, atteint d'un lymphome à un stade avancé.

1. Dr Un, attitude antipathique :

Attitude corporelle fermée, regarde peu le client ou l'animal.

« Ah, bonjour. Voilà, suite à la consultation de la semaine dernière, j'ai un diagnostic : votre animal a un lymphome, c'est-à-dire un cancer. C'est très grave, il n'y a quasiment rien à faire. Le mieux est de l'euthanasier, si vous ne voulez pas trop qu'il souffre. Nous pouvons le faire aujourd'hui, ou sinon organiser ça dans la semaine. Dites moi. »

2. Dr Deux, attitude factuelle :

Peu de contact avec animal, ton professoral.

« Bonjour. Nous avons fait une cytoponction des nœuds lymphatiques et du foie de votre chien la semaine dernière, et j'ai eu les résultats aujourd'hui. Votre chien a un lymphome aigu centroblastique de type B de stade IV, dont le pronostic à court terme en évolution spontanée est très mauvais avec une durée moyenne de survie sans traitement de 4 semaines. Une chimiothérapie est possible, à base de LAsparaginase, associée à des traitements journaliers per os et des injections de doxorubicine en hospitalisation toutes les 3 semaines, avec un suivi biologique la semaine suivante. 85 % des chiens présentent une amélioration clinique et biologique rapide, toutefois votre animal est à un stade IV, voire V... Pour le vérifier il faudrait que nous fassions un myélogramme, mais de toutes façons le pronostic est très sombre. Sa durée de vie avec chimiothérapie est de 10 mois maximum, et la plupart des chiens subissent une récurrence. Vu tout ceci, et compte tenu du coût de tous ces soins, une euthanasie est envisageable, c'est la solution que choisissent 67% des propriétaires lors du diagnostic. A vous de me dire ce que vous envisagez. »

3. Dr Trois, attitude neutre :

Attitude corporelle neutre, quelques contacts visuels avec le propriétaire et avec le chien.

« Bonjour Mme Martin. Je suis désolé d'avoir à vous annoncer que j'ai reçu les résultats des analyses de Joy., et que votre animal est atteint d'un lymphome à un stade avancé. Il s'agit d'un cancer des cellules sanguines, avec des métastases hépatiques. Honnêtement, il a peu de chance de s'en sortir. Nous pouvons toujours essayer un traitement, mais je ne vous cache pas qu'il est assez lourd pour Joy, et qu'il revient cher. Nous pouvons en discuter, ou vous pouvez consulter un spécialiste de cancérologie. Comme le pronostic reste malgré tout sombre, l'euthanasie est une solution raisonnable à envisager. »

4. Dr Quatre, attitude empathique :

Contact physique avec l'animal, regard et attention envers le propriétaire.

« Bonjour Mme Martin, merci d'être revenue. Voilà, j'ai reçu les résultats des analyses que nous avons faites sur Joy la semaine dernière, et il faut que nous en discutons. Joy est atteint d'un lymphome à un stade avancé, c'est-à-dire qu'il a un cancer des cellules sanguines, et que malheureusement celui-ci s'est disséminé un peu partout dans l'organisme. C'est grave, son état va empirer rapidement si on ne fait rien... Il existe malgré tout différentes options, dont une chimiothérapie. Si vous le souhaitez, je peux vous adresser à un spécialiste de cancérologie qui vous donnera son avis et vous proposera le meilleur traitement disponible à l'heure actuelle. Je dois vous avertir que le traitement peut être lourd en termes de frais ou de stress, et que cela ne marche pas toujours. Il faut que vous soyez consciente que ses jours sont comptés. On peut tenter un traitement palliatif pour assurer son confort tant que cela durera. Je sais que c'est difficile d'apprendre une telle nouvelle, et que vous avez peut-être besoin de temps pour y réfléchir. Lorsque la qualité de vie de Joy ou la vôtre sera trop impactée, ou maintenant si cela vous est trop difficile, il y a également la possibilité de le faire partir sans douleur : c'est l'euthanasie. Je sais que c'est brutal comme annonce, mais nous pouvons discuter de toutes ces options. »

5. Dr Cinq, attitude sympathique :

Éploré, fréquentes caresses à l'animal, regards désolés vers animal et pptr.

« (au chien) Bonjour toi ! Bonjour Mme Martin. Bon alors voilà, j'ai une très mauvaise nouvelle. (au chien) Mon pauvre petit, tes analyses sont arrivées, c'est terrible ! (à la propriétaire) Je suis désolé de ce vous allez avoir à traverser, mais Joy est atteint d'un lymphome à un stade avancé, ce sont les cellules sanguines qui sont devenues cancéreuses et ont tout envahi. Ce pauvre petit, c'est très grave. Si on veut essayer de lui procurer encore un peu de bonheur, il faut mettre en œuvre un traitement par chimiothérapie, le mieux dans ce cas est d'aller voir un spécialiste. J'en ai un très bon à vous recommander, il a traité ma chienne pour ça l'an dernier. Mais il faut voir ce que c'est ! Des hospitalisations, des effets secondaires... Le prix s'est assez conséquent aussi. Mais on les aime tellement ces petites bêtes ! (au chien) Est-ce que tu veux vraiment passer par là, toi ? (à la propriétaire) C'est très dur à vivre, moi-même j'ai trouvé ça difficile alors que hein, je suis quand même vétérinaire !... Mais on peut espérer avec tout ça lui donner encore quelques mois en famille ! Sinon, on peut lui permettre de partir au paradis tranquillement, en s'endormant : c'est l'euthanasie. Mon pauvre Joy, je suis tellement désolé ! »

Nom : DURAND

Prénom : Julien

Titre : Attitude du vétérinaire lors de l'évocation de l'euthanasie d'un animal à son propriétaire : évaluation par les étudiants.

Résumé : Le risque d'épuisement professionnel et le taux de suicide chez les vétérinaires sont supérieurs à ceux de la population française. Le métier de vétérinaire peut s'avérer en effet particulièrement éprouvant, et l'euthanasie des animaux de compagnie, pratique courante du métier, peut tout à fait contribuer à l'épuisement d'un praticien. Afin d'alléger sa peine, la pratique de l'empathie à l'annonce de la mauvaise nouvelle et lors de l'euthanasie a été prouvée bénéfique au propriétaire endeuillé certes, mais aussi au vétérinaire praticien. L'empathie doit toutefois être correctement utilisée, et autour de cet usage correct gravite un flou qui a été mis en évidence par l'étude de cette thèse des étudiants vétérinaires toulousains. Un apprentissage de l'empathie au cours de leurs études s'avérerait intéressant afin de potentiellement prévenir en amont tout risque d'épuisement professionnel associé à ou amplifié par l'euthanasie des animaux de compagnie.

Title : Attitude of the veterinarian when mentioning the euthanasia of a pet to its owner: assessment by the students.

Summary : The risk of burnout and the suicide rate among veterinarians are higher than those of the French population. Indeed, the profession of veterinarian can prove to be particularly trying, and the euthanasia of pets, a common practice in the profession, can quite contribute to the exhaustion of a practitioner. In order to alleviate his pain, the practice of empathy during the delivery of bad news and during euthanasia itself has been proven beneficial to the bereaved owner, but also to the veterinary practitioner. Empathy must however be used correctly, and around this correct use gravitates a vagueness which has been highlighted by the study of this thesis of the veterinary students from Toulouse. Learning empathy during their studies would be interesting in order to prevent upstream any risk of burnout associated with or amplified by the euthanasia of pets.