

Table des matières

Introduction	14
PREMIERE PARTIE	
Bases et enjeux de la communication dans le domaine médical lors d'une consultation	16
I) THEORIES GENERALES DE LA COMMUNICATION	17
A) Définition de la communication.....	17
1) L'enjeu informatif.....	17
2) L'enjeu identitaire	17
3) L'enjeu d'influence	18
4) L'enjeu relationnel	18
B) Schéma de communication	18
1) Les acteurs.....	20
a. L'émetteur	20
b. Le récepteur	21
2) Le message	23
a. Définition	23
b. Déperdition de l'information	23
C) Canaux de communication.....	24
1) Communication verbale	24
a. Le verbal ou les mots prononcés	24
b. L'importance du silence.....	25
2) Communication non verbale	26
a. Le para-verbal ou vocal.....	26
b. La gestuelle et les mimiques	26
c. L'apparence.....	27
d. L'environnement.....	28
e. Les réactions non contrôlées	28
3) L'indispensable concordance entre le verbal et le non-verbal	29
D) Sources de dysfonctionnement de la communication	30

II) ANALYSE DE LA COMMUNICATION POUR LA TRANSMISSION DE MESSAGES DANS LE DOMAINE MEDICAL.....	34
A) Communication lors d'un échange médical.....	34
1) Enjeux d'un échange efficace	34
a. Aspect médical	34
b. Aspect relationnel	38
2) Quelles sont les moyens dont le professionnel médical dispose afin de maximiser l'efficacité de la relation client ?	40
a. Compétences en communication directe.....	40
b. Compétences en relation humaine	44
c. Spécificité de la médecine vétérinaire.....	46
d. Compétences en communication indirecte.....	48
3) Causes et conséquences d'un échange médical rompu.....	50
a. Approche générale de la pathologie, sans adaptation au cas par cas.	50
b. Multiples origines de l'insatisfaction des patients	50
c. Point de vue des propriétaires sur les points de discordance de la communication.....	52
d. Exemple de prise en charge d'un échange dans un contexte de conflit.....	52
B) Modèles d'étude d'une consultation	54
1) Le Modèle « <i>Calgary-Cambridge</i> ».....	55
2) RIAS ou « <i>Roter Interaction Analysis System</i> »	57
a. Communication du vétérinaire au propriétaire	57
b. Communication du propriétaire au vétérinaire	59
c. Communication du vétérinaire à l'animal.....	59
d. Décodage du dialogue médical en pratique	59
e. Exemple d'utilisation de la méthode RIAS en médecine vétérinaire	60
3) Comparaison des deux méthodes d'analyse des dialogues médicaux	61

DEUXIEME PARTIE

Etude de l'importance de la communication entre les vétérinaires et les propriétaires à l'aide d'enregistrements de consultations vaccinales de chiots	63
---	----

I) PRESENTATION DE L'ETUDE ET OBJECTIFS	64
---	----

A)	Présentation générale	64
B)	Intérêt de l'étude	64
1)	Le premier contact entre le praticien et le propriétaire	64
2)	Une multitude d'informations données.....	65
	a. La médecine somatique.....	66
	b. La médecine préventive	66
	c. Médecine comportementale	67
II)	MATERIEL ET METHODE	69
A)	Prise de contact avec les cliniques vétérinaires participantes	69
B)	Présentation d'un rendez-vous type	69
C)	Population	70
D)	Le questionnaire	70
E)	Les enregistrements.....	71
III)	METHODE D'ANALYSE.....	71
A)	Découpage des enregistrements.....	71
B)	Grille d'analyse	72
IV)	RESULTATS	75
A)	Résultats quantitatifs des analyses.....	75
1)	La durée de la consultation	75
2)	La place du propriétaire dans la discussion	76
3)	Le praticien et le chiot.....	76
4)	Les questions.....	76
5)	La rupture du dialogue	77
6)	Les thèmes abordés par le vétérinaire et retenus ou non par le propriétaire.....	78
	a. Thèmes abordés.....	78
	b. Thèmes retenus	79
	c. Thèmes non retenus.....	81
	d. Les protagonistes	81
7)	La satisfaction des propriétaires en fin de consultation	81
8)	Résumé.....	82
B)	Résultats qualitatifs des analyses	83

1) Attitudes ressenties comme positives par les propriétaires ou favorables au bon déroulement de la consultation.....	83
2) Attitudes allant à l'encontre d'une efficacité optimale de la communication.....	86
3) Organisation des consultations.....	90
V) DISCUSSIONS	91
A) Limites et biais liés au protocole.....	91
1) L'enregistrement	91
2) Le questionnaire	92
a. Biais inévitables avec un questionnaire de satisfaction	92
b. Biais modulables	92
B) Limites liées à l'échantillon	93
1) Taille de l'échantillon	93
2) Composition de la famille présente au rendez-vous	93
3) Premier chiot dans la famille	94
4) Première rencontre avec le vétérinaire.....	94
C) Limites liées à la méthode d'analyse des enregistrements.....	95
1) Réalisation de la grille d'analyse	95
2) Analyse manuelle des données	95
D) Limites liées à l'expérience du praticien.....	96
VI) PERSPECTIVES : PISTES D'AMELIORATION DE L'EFFICACITE DE LA COMMUNICATION AVEC LE PROPRIETAIRE.....	96
A) Nature des thèmes à aborder	96
1) Combien de thèmes devraient être abordés ?.....	96
2) Quel serait le moment le plus adapté pour aborder ces thèmes ?	97
B) Organisation et structuration des conseils au cours de la consultation	98
1) Implication de tout le personnel.....	98
2) Fournir de la documentation écrite	99
3) Aborder les consultations de vaccination de chiots d'une façon judicieuse, récurrente et structurée	100
a. Au début de l'entretien.....	100
b. En cours d'entretien	100
c. A la fin de l'entretien	101

Conclusion.....	103
-----------------	-----

Annexes

Annexe 1: Comportements décrits dans le modèle « Calgary Cambridge » [Mehay, 2012].....	111
Annexe 2 : Consentement éclairé signé par le propriétaire	112
Annexe 3 : Questionnaire destiné au propriétaire du chiot.....	113
Annexe 4 : Extrait de la retranscription d'un enregistrement	115
Annexe 5 : Fiches personnalisées des sujets abordés	116
Annexe 6 : Exemple de planning des actes à réaliser dans la première année de vie du chiot.....	121
Annexe 7 : Le guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale : les processus de communication.....	122

Table des illustrations

- **Figures**

Figure 1 - Schéma de communication de Shannon et Weaver (1949).....	19
Figure 2 - Mise en relation du regard d'un individu et de son principal canal sensoriel.....	22
Figure 3 - Importance quantitative de la déperdition du message	23
Figure 4 - Importance des divers types de communication dans un dialogue	29
Figure 5 - Capacité d'attention de lycéens en fonction de la durée du cours théorique auquel ils assistent.....	32
Figure 6 - Les 5 piliers de la communication persuasive.....	41
Figure 7 - Modèle « <i>Disease-Illness</i> » développé en 1986 par McWhinney	45
Figure 8 - Moyens d'information mis à disposition dans les salles d'attente	48
Figure 9 - Stratégie de communication par le personnel des cliniques en France et en Australie	49
Figure 10 - Carte des compétences à fournir (cercles bleus) et des points de rupture de la communication (encadrés rouge)	51
Figure 11 - Attitudes adoptables par les protagonistes dans un contexte conflictuel	53
Figure 12 – Le <i>Calgary-Cambridge model</i>	55

- **Tableaux**

Tableau 1 - Les modèles de personnalité selon la <i>Process Communication</i>	33
Tableau 2 - Découpage de la consultation selon le modèle RIAS et facteurs mis en jeu	58
Tableau 3 - Extrait du tableau de satisfaction destiné au propriétaire	70
Tableau 4 - Extrait du découpage d'un enregistrement par thématique.	72
Tableau 5 - Nature et proportion des thèmes abordés lors des consultations	78
Tableau 6 - Nature et proportion des thèmes retenus lors des consultations	80

Abréviations

AAHA : American Animal Hospital Association

ASV: Auxiliaire Spécialisée Vétérinaire

JAVMA- AVMA: (Journal of) American Veterinary Medical Association

AAVMC: Association of American Veterinary Medical Colleges

BAHCP: Bayer Animal Health Communication Project

IHC: Institute for Healthcare Communication

IVME: International Journal of Medical Education

JVME: Journal of Veterinary Medical Education

JGIM: Journal of Internal General Medicine

KPMG : réseau mondial de prestations de services d'audit, fiscaux et de conseil

NCVEI: National Commission on Veterinary Economic Issues

PNL : Programmation Neurolinguistique

RIAS : Roter Interaction Analysis System

SKAs: Nontechnical Skills, Knowledge, Aptitudes, and Attitudes

Introduction

L'importance de la communication dans la profession vétérinaire est un sujet émergent depuis une dizaine d'années. Cette évolution est à mettre directement en lien avec les changements survenus dernièrement dans le milieu vétérinaire. En effet, les propriétaires considèrent aujourd'hui de plus en plus leur animal de compagnie comme un membre de la famille, et entretiennent une relation particulière avec eux. Face à cela, ces propriétaires s'attendent à ce que leur vétérinaire évolue dans le même sens, en mêlant à la pratique purement médicale une approche plus sociale, centrée sur l'être vivant.

Ce nouveau champ d'étude en médecine vétérinaire s'appuie sur les nombreux travaux réalisés en médecine humaine, sur la communication entre le professionnel de santé et son patient. Il en ressort que les connaissances médicales, bien qu'indispensables à une pratique thérapeutique optimale, ne sont plus à ce jour les seuls atouts d'une consultation réussie. En effet, une communication claire et efficace avec le patient semble tout aussi importante pour la satisfaction de ce dernier, la compréhension de la pathologie et donc pour la prise en charge de la maladie. Ces résultats semblent tout à fait applicables à la médecine vétérinaire, en faisant le parallèle entre d'un côté, le médecin et le vétérinaire, et d'un autre, le patient et le propriétaire de l'animal malade.

Bien que les recherches sur la communication dans le milieu vétérinaire restent encore limitées à l'heure actuelle, certains auteurs dont Shaw, Adams ou Bonnett, du département de médecine des populations de l'Université Vétérinaire d'Ontario se sont intéressés au sujet. Leurs études portant sur la relation entre les vétérinaires et les propriétaires d'un animal montrent que ces derniers sont de plus en plus exigeants sur leurs attentes lors d'une consultation, notamment en ce qui concerne l'approche relationnelle. Des formations, cours ou conférences sont progressivement mis en place pour améliorer les aptitudes en communication des praticiens.

Dans ce travail, l'importance de la communication entre le praticien et le propriétaire sera illustrée par l'analyse de consultations de primo-vaccination des chiots. Lors de ces rendez-vous, de multiples informations et conseils sont transmis entre les protagonistes, mais ce qui est réellement entendu et mémorisé semble nettement différent de ce qui est dit.

Ainsi dans cette étude, nous présenterons dans une première partie les caractéristiques et les objectifs de la communication dans le domaine médical humain et vétérinaire, ainsi que les

diverses approches d'analyses des dialogues médicaux. Puis, dans une seconde partie, nous nous centrerons, à l'aide d'analyses de consultations obtenues directement sur le terrain, sur les éléments importants à prendre en compte afin d'optimiser une communication efficace avec le propriétaire de l'animal.

PREMIERE PARTIE

Bases et enjeux de la communication dans le
domaine médical lors d'une consultation

I) THEORIES GENERALES DE LA COMMUNICATION

A) Définition de la communication

« Communiquer » dans le langage courant, c'est transmettre une information, des arguments à quelqu'un, ou l'interroger puis écouter en retour la réponse donnée. Anzieu et Martin ont donné comme définition plus précise à la communication l'ensemble des processus dynamiques physiques et psychologiques par lesquels s'effectue la mise en relation d'un ou de plusieurs individus avec un ou plusieurs individus en vue d'atteindre certains objectifs [Abric, 2011].

Il est « *impossible de ne pas communiquer* » d'après le postulat de départ de l'école de Palo Alto (Watzlawick). L'école de Palo Alto est constituée d'un groupe d'individus travaillant depuis 1950 aux Etats-Unis autour de la théorie de la communication et de la relation entre les individus. Selon ces chercheurs, la communication est omniprésente et permanente ; même le silence est une forme particulière de communication, via des messages non verbaux.

Communiquer en permanence serait un fait, mais dans quel but ?

La communication vise des objectifs bien particuliers. Ces objectifs sont clairement définis lors de l'échange d'informations ou sont, au contraire, exprimés plus implicitement.

1) L'enjeu informatif

L'objectif de la communication est dans un premier temps la transmission d'une ou de plusieurs informations entre d'un côté, des personnes détenant ces informations et de l'autre, des individus intéressés par les données. Elle peut pour cela, s'appuyer sur divers moyens dont l'informatique, des documents écrits, les médias ; mais le plus important dans tous les cas, reste l'utilisation d'un langage compréhensible permettant au récepteur de mémoriser le message.

2) L'enjeu identitaire

C'est un enjeu qui intéresse l'identité d'une personne donc l'image qu'elle reflète. Autrement dit, la communication est également source de définition, d'affirmation de son identité, de son statut par rapport aux autres interlocuteurs et de positionnement dans une relation. Les acteurs dévoilent alors une partie de leur personnalité et de leurs émotions.

3) L'enjeu d'influence

Communiquer c'est informer, mais c'est aussi tenter de convaincre ou chercher à influencer la personne en face de soi, à travers un discours ou un débat, afin de le faire adhérer à un point de vue différent du sien.

La personne sera donc amenée à choisir une stratégie de communication afin d'être le plus efficace possible. La stratégie dite de pouvoir s'applique lorsqu'un individu exerce un rapport de force sur l'autre par l'intimidation par exemple. En revanche, la stratégie de séduction établit un rapport de complicité et de sympathie entre les deux interlocuteurs.

4) L'enjeu relationnel

Communiquer ce n'est pas seulement informer, c'est également entrer en contact, créer une relation professionnelle ou personnelle avec cette personne, tout en respectant un cadre de référence. En effet, il faut être capable de faire la part des choses entre communiquer et créer une relation afin d'être suffisamment proche de l'interlocuteur pour le comprendre mais sans pour autant tomber dans l'affection ou le sentiment [Malaval, 2012].

La réalisation de ces objectifs dépend de la façon dont la communication est menée et de l'interaction entre les protagonistes.

B) Schéma de communication

La communication interpersonnelle est définie de façon générale, comme la transmission d'une information d'un émetteur à un récepteur.

Néanmoins, de nombreux facteurs spécifiques à une communication, concernant aussi bien le message, l'environnement, que les acteurs eux-mêmes, rendent cette communication unique et originale.

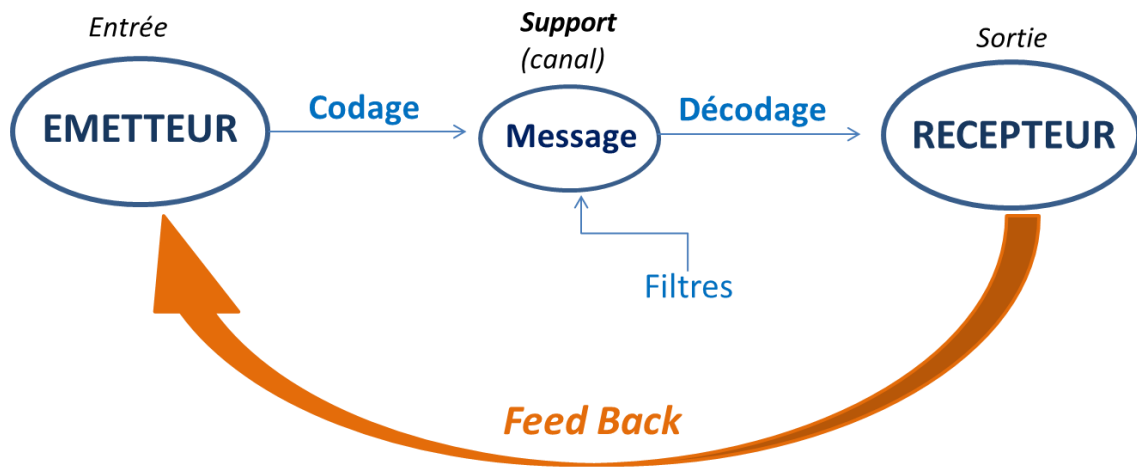


Figure 1 - Schéma de communication de Shannon et Weaver (1949)

Dans l'ouvrage « Théorie mathématique de la communication », Shannon et Weaver s'intéressent à la problématique de la transmission du signal, à travers un environnement producteur de bruits et plus précisément à un problème d'ordre technique : avec quelle exactitude les symboles utilisés pour communiquer peuvent-ils être transmis ? [Heurley, 2013].

Il s'agit pour ces ingénieurs de déterminer avec quelle précision un émetteur peut transmettre différents types de signaux à un récepteur.

Les caractéristiques du signal émis, dont sa précision, dépendent de 5 éléments [Dubois, 2013]. Le premier est la source d'information qui produit un message ou une séquence de messages destinés à être transmis au terminal de réception. Dans la *théorie mathématique de la communication*, l'unité d'information est le « bit ». Puis le transmetteur transforme le message afin qu'il soit communiqué sous forme de signal et le canal permet d'acheminer ce signal. Le récepteur réalise ensuite l'opération de décodage du message reçu. Le dernier facteur est représenté par l'environnement et les bruits parasites interférant avec le signal.

Afin de quantifier ces paramètres, Shannon a mesuré l'information relative (rapport de l'information réellement véhiculée par le message divisé par l'information maximale) et la redondance d'un discours (lorsque le message contient plus d'informations que nécessaire) [Heurley, 2013]. Une redondance nulle signifie que le message transmet le maximum d'information et qu'aucune n'est inutile. La redondance est calculée à l'aide de l'information relative via la formule suivante:

$$\text{Redondance} = 1 - \text{Information relative}$$

Si, par exemple, l'information relative est de 80/100, cela signifie que la source d'information n'utilise que 80% de l'ensemble des données disponibles pour former le message. Par conséquent la redondance serait de 20%. Ce calcul rapide indique que 20% du message n'est en théorie pas nécessaire.

1) Les acteurs

Emetteurs et récepteurs sont regroupés dans le terme d'acteurs de la communication.

Le premier acteur est l'émetteur ou transmetteur qui encode un message envoyé au récepteur par divers vecteurs (la parole, des écrits...).

Cependant, d'après le schéma de communication présenté ci-dessus, nous notons que l'émetteur devient lui-même récepteur lors du *feedback* ou boucle de rétroaction. Cette notion a été intégrée dans le schéma de Shannon par Wiener, l'un de ses disciples. Il s'agit de la réponse du récepteur prouvant qu'il a bien reçu le message et permettant de s'assurer de sa bonne compréhension. L'information est donc transmise de manière circulaire et bidirectionnelle.

a. L'émetteur

L'émetteur est le premier intervenant, il est la source du message transmis. De nombreux facteurs propres à cet acteur influencent sa façon de transmettre le message.

Il est facile de comprendre qu'une même information ne sera pas codée de la même manière entre deux émetteurs, de même qu'elle ne sera pas décodée identiquement selon le récepteur.

En effet, nos expériences personnelles, attitudes, expressions et comportements face à une situation influencent notre mode de communication ainsi que notre perception des informations reçues.

Les facteurs influençant l'abord et l'interprétation d'une situation ont été décrits dans le cours théorique *l'efficacité de la communication interpersonnelle* donné par l'Unité Commerciale et Management [Bénac, 2008].

Le premier facteur est la perception individuelle et les valeurs personnelles. En effet, une personne organise et interprète les sensations perçues, sur la base de son expérience, de son éducation et de sa culture. Ces éléments contribuent à fonder les jugements et à diriger les conduites.

De plus, les attitudes personnelles ou prédispositions permanentes à percevoir une situation, une personne, un événement et à réagir dans un sens déterminé impactent notre interprétation d'une situation. Les attitudes sont souvent inconscientes et conditionnent les réactions des individus

lorsqu'ils communiquent. Lors d'une situation de communication, les principales attitudes rencontrées sont la neutralité ou l'influence. Il en va de même pour nos valeurs et l'image que l'on a de soi qui se construisent à partir des informations issues de nos expériences, des jugements d'autrui et comportements des autres à notre égard, ou de la motivation et des objectifs de l'échange.

b. Le récepteur

Chaque individu privilégie ce que l'on appelle un canal sensoriel afin de comprendre et de mémoriser l'information qui lui a été transmise.

La compréhension du mode de fonctionnement de l'interlocuteur peut être approchée à l'aide de la PNL ou Programmation Neurolinguistique [Poubanne, 2009] .

La PNL définit 3 types de perceptions principales : visuelle, auditive et kinesthésique ou tactile. Ainsi, alors qu'un individu mémorisera mieux une information si elle lui est présentée de manière auditive, un autre sera plus attentif à cette même information si elle est plus visuelle.

D'après l'enquête menée Michel et publiée dans *les 7 profils d'apprentissage*, 27% des personnes sont auditives, 58% visuelles et 15% kinesthésiques ou tactiles. Il est donc nécessaire de s'adapter à chaque interlocuteur si l'on veut optimiser la communication [Michel, 2013].

Par exemple, si la personne est dite auditive, il peut être judicieux de moduler le ton de sa voix ou de jouer sur la tonalité afin de souligner une idée forte, de répéter certains mots importants ou de lire des documents plutôt que de les donner à lire. Des phrases du type « j'entends ce que vous dites » dans le sens « je comprends » sont mises en jeu.

Si sa perception est plutôt visuelle, l'émetteur, doit illustrer et imager ses idées, son message et parler avec des gestes. L'interlocuteur « voit les mots », c'est pourquoi dans ce cas il est préférable qu'il lise lui-même des documents plutôt que de lui lire. Il aura tendance à utiliser des phrases telles que « je vois ce que vous voulez dire ».

Enfin, si le récepteur semble kinesthésique il est souhaitable de le faire participer, ressentir, toucher si possible et utiliser tout son corps pour exprimer les idées. L'individu aura tendance à dialoguer via des expressions telles que « je sens que ce que vous dites est ... » ou « j'ai le sentiment de... ».

En pratique, il est possible de déterminer le canal sensoriel majoritaire chez son interlocuteur en suivant le mouvement de ses yeux.

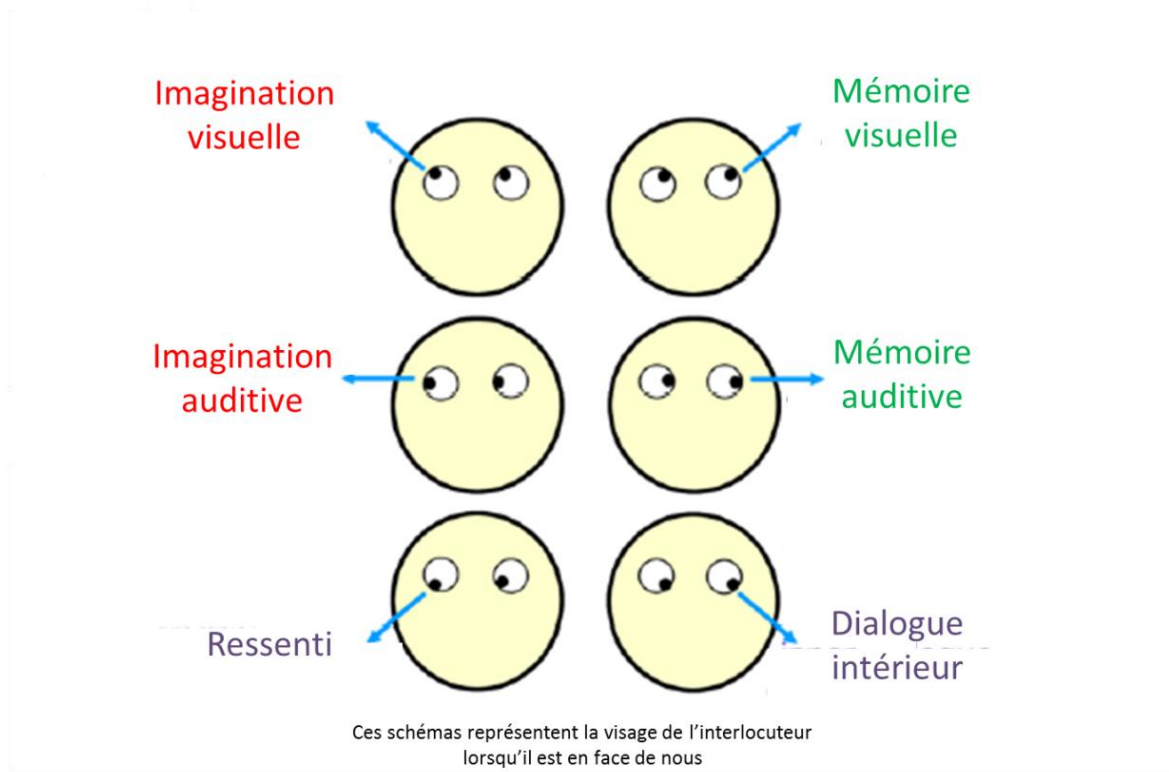


Figure 2 - Mise en relation du regard d'un individu et de son principal canal sensoriel

Source : (Mehay, 2012)

L'imagination est visuelle lorsque la construction du futur se fait à l'aide d'images colorées ; elle est auditive si les sons prédominent dans la représentation du futur.

La mémoire visuelle consiste à revoir le passé à travers des images ou des flashes, alors que la mémoire est dite auditive si les souvenirs se font à travers des sons entendus, des bruits ou mots prononcés.

Le ressenti représente les sentiments actuels et émotions éprouvées à l'instant présent (joie, tristesse...). Enfin, les yeux déviés vers le bas et la gauche témoignent d'un dialogue intérieur : l'individu se parle à lui-même afin de donner un sens à ce qui se passe.

2) Le message

a. Définition

Le message c'est la matière de l'information, c'est-à-dire l'idée que l'émetteur souhaite transmettre au récepteur. Il possède un contenu -le sens- et un contenant, les mots qui le composent.

b. Déperdition de l'information

Une information, lorsqu'elle est divulguée à destination d'un récepteur, rencontre des obstacles ou filtres sur son trajet. Par filtres, nous entendons l'ensemble des éléments interférant et perturbant la transmission et compréhension du message. Ils peuvent être de nature environnementale (bruits parasites, lieu inadapté pour la conversation...) ou liés aux interlocuteurs (émotions, préjugés, interprétations, manque d'écoute ...). Ces divers filtres sont présents à plusieurs stades de la passation du message [Bénac, 2008].

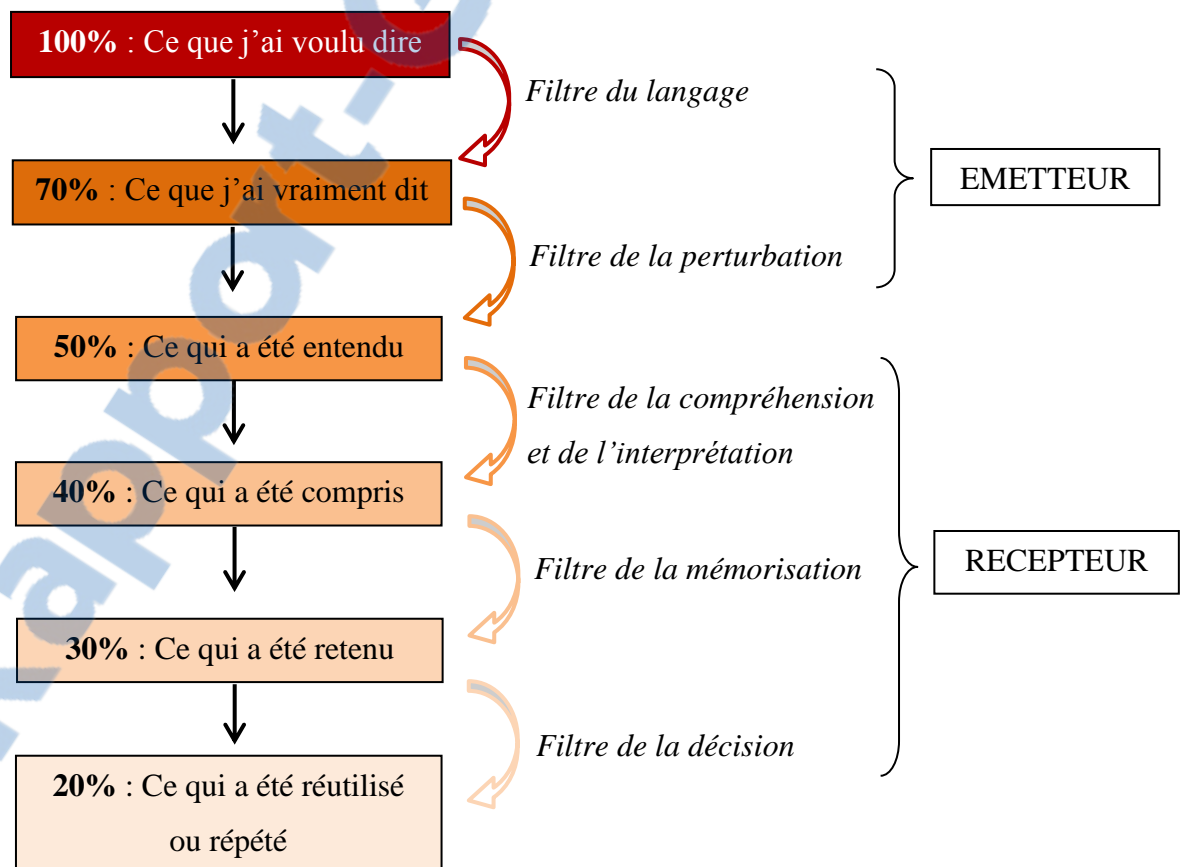


Figure 3 - Importance quantitative de la déperdition du message

Le taux de déperdition du message peut atteindre jusqu'à 80%. Ainsi, selon les études, seuls 20% à 25% du message initial sont retenus et réutilisables comme le montre le schéma ci-dessus [Delebecque, 2006]. En pratique, sur une conversation de 30 minutes, cela représente seulement 6 minutes.

Face à ce constat, le retour d'informations (feed back) prend toute son importance : il permet à l'émetteur d'évaluer la perte d'information mais surtout, ce qui restera ancré donc réutilisable.

L'un des moyens de lutter contre cette déperdition serait la répétition du message. Répétition à l'aide de divers supports : messages oraux, documents ou brochures fournis, site web, affiches, newsletter envoyées ...

L'émetteur et le récepteur vont ainsi communiquer en tentant de limiter au maximum la perte d'information du message transmis. C'est pourquoi ils vont utiliser tous les moyens de communication mis à leur disposition afin d'être le plus efficace.

C) Canaux de communication

La communication peut se faire directement via les mots prononcés mais également à travers les attitudes et comportements des interlocuteurs. Ces deux types de communication qui se déroulent simultanément lors d'un entretien sont appelés communication verbale et non verbale.

1) Communication verbale

Ce type de communication regroupe l'ensemble des mots prononcés lors de l'échange, leur sens, signification ainsi que les pauses.

a. Le verbal ou les mots prononcés

Le choix des mots a toute son importance dans la qualité du dialogue. Quatre critères essentiels entrent en compte dans ce choix des mots et expressions à utiliser [Deforte, 2012].

La clarté, il est en effet important d'employer des mots à la fois précis et compréhensibles par le récepteur. En revanche, même si le jargon professionnel paraît aux yeux des praticiens (vétérinaires ou médecins) précis et technique, il est au contraire parfois incompréhensible pour le client. L'utilisation de termes médicaux en trop grande quantité peut porter à croire que le

praticien est un professionnel compétent mais peut, au contraire générer un stress chez le client ou une impression d'infériorité et donc l'inverse de l'effet voulu.

La concision et l'utilisation de phrases simples sont à privilégier par rapport aux tournures trop longues ou trop complexes, car près de 80% des mots prononcés servent de remplissage, d'après le psychologue Messinger spécialiste en communication.

La considération de l'autre est à prendre en compte afin de ne pas heurter l'émetteur et provoquer de sentiments négatifs. Il est primordial d'instaurer un dialogue mettant l'écoute et le respect mutuel au premier plan.

La positivité de la formulation. Ce point n'est peut-être pas le plus facile à mettre en œuvre car culturellement, il a été remarqué que les français ont tendance à s'exprimer négativement. Au lieu de s'exprimer par des expressions telles que « pas de problème, ne vous inquiétez pas », il est préférable d'utiliser des termes positifs et affirmatifs comme « tout va bien se passer, rassurez-vous ». En effet, l'inconscient de l'interlocuteur aurait tendance à ne capter que les mots négatifs comme « problème » et non pas la formule entière.

b. L'importance du silence

Un dialogue efficace dépend également des silences et des pauses car les interlocuteurs s'expriment à tour de rôle. Laisser parler l'autre permet d'accéder plus rapidement à ses attentes. Ce silence l'incite de plus à se dévoiler.

Il existe plusieurs types de silences. Le silence de réflexion correspond à une continuité et non à une rupture de la communication. Durant cette coupure du dialogue, l'interlocuteur réfléchit, intègre les mots qui viennent d'être prononcés ou prépare sa réponse. Intervenir à ce moment reviendrait à lui couper la parole.

Le silence d'attente est un temps pendant lequel la communication est provisoirement suspendue et l'interlocuteur attend une réponse. Rompre ce silence semble parfois nécessaire afin de poursuivre la discussion sans occasionner de gêne. Il est souhaitable de répondre, sans nécessairement se précipiter. La réponse suite à ce silence doit être réfléchie et appropriée.

De même, le silence de l'écoute encourageante est primordial car lors de ce silence, il est possible d'interpréter les réactions de l'autre. En effet, un hochement de tête par exemple ou des sourcils froncés témoignent d'un désaccord qui doit rapidement être capté, afin de le contrecarrer en orientant différemment les propos.

Ainsi, la communication verbale est nécessaire dans la communication car elle est sans doute la partie la plus aisée à modifier et à adapter face à des situations difficiles. Il semble en effet plus facile de changer de vocabulaire, de peser ses mots plutôt que de tenter de modifier sa gestuelle (cf. *infra*). Il convient donc d'utiliser au maximum un langage simple, clair, organisé et compréhensible. Ces informations transmises doivent de plus renvoyer un sens positif, sécurisant et valorisant.

Néanmoins la communication verbale, bien qu'indispensable, est loin d'être suffisante et reste même minoritaire [Michon, 2006]. Nous avons vu que 20% de l'information est retenue mais seul environ le tiers de ces 20%, soit uniquement 7% du dialogue total provient de l'interprétation des mots entendus. Les 13 % restants découleraient des signaux non verbaux.

2) Communication non verbale

Communiquer n'est pas le seul fait de la parole. C'est pourquoi le terme de communication non verbale encore appelée perception visuelle, inclut tous les signaux comportementaux tels que le langage corporel, la tonalité de la voix ou encore l'environnement dans lequel se déroule la discussion [Wittke, 2013].

Les messages non verbaux émis ou les signaux reçus sont plus inconscients et subjectifs que les mots employés.

a. Le para-verbal ou vocal

Le para-verbal regroupe tout ce qui concerne la voix des interlocuteurs, à savoir le volume sonore, le débit, le rythme du discours, l'articulation, la prononciation ainsi que l'intonation. Il prend de plus en compte les pauses, les silences et la respiration. Les façons d'articuler des mots ensemble ou d'exprimer une idée modifient et influencent considérablement le sens de ces mots. Ainsi, afin que le récepteur interprète l'information reçue telle que l'émetteur le souhaitait lorsqu'il l'a transmise, il est indispensable de contrôler sa voix et ses intonations, en plus du choix des mots utilisés.

b. La gestuelle et les mimiques

La gestuelle se manifeste par des postures, comportements traduisant nos pensées et ressentis, de manière inconsciente. Elle fait intervenir nos bras, nos jambes ainsi que notre tête.

Fréquemment lors d'entretiens, il arrive que l'un des deux interlocuteurs croise les bras et/ou les jambes. Cette posture doit être interprétée comme un signe de méfiance ou de protection vis-à-vis de la personne en face.

Quelques exemples de posture	Interprétation
Assis au fond du siège, sac sur les genoux, se tient droit	Il n'est pas disposé à écouter, il reste sur ses positions, opposition systématique
Mauvais maintien du haut du corps	Faible estime de soi, manque de dynamisme
Le visage tendu, les doigts crispés	Anxiété
Il se détend, il sourit	Les explications fournies sont claires et lui conviennent
Il recule si l'on s'approche	Il a besoin d'un certain recul pour être bien
Il dit oui mais sa tête fait non, il fronce les sourcils	Il s'oblige à dire oui mais pourquoi ? Mauvaise compréhension ? Désaccord ?

Nous comprenons ici l'intérêt de savoir déchiffrer le comportement de notre interlocuteur afin de pouvoir réagir en conséquence et adapter nos postures afin d'être cohérent avec le message.

Exemple du regard :

Les yeux sont la seule partie du système nerveux central en contact direct avec l'interlocuteur. Les sentiments qu'ils reflètent sont la base des informations qui vont suivre.

Des yeux clos pendant 2-3 secondes se traduisent par « je n'ai pas envie d'être ici » alors qu'un regard long entre les deux protagonistes (10 à 60 secondes) témoigne d'une relation d'intimité ou au contraire d'intimidation.

c. L'apparence

L'apparence est l'allure générale d'un individu, variable selon les vêtements, accessoires, coiffure et maquillage. Ce sont des éléments à ne pas négliger car ils contribuent fortement à la première impression et reflètent directement une image de nous-même.

A travers les vêtements s'expriment des sentiments, comme la joie via des couleurs vives ou au contraire la tristesse par des couleurs sombres et ternes.

Ils témoignent de même d'un statut social, comme le port d'un costume ou d'une blouse renvoyant une image plus professionnelle qu'un simple jean.

d. L'environnement

Par environnement il faut comprendre plusieurs notions : l'environnement extérieur, la distance de positionnement entre le récepteur et l'émetteur, la différence de taille ou la présence de barrières physiques entre les deux interlocuteurs.

La communication non verbale débute avant le premier échange entre les deux interlocuteurs. En effet, l'environnement extérieur comme la présence de places de parking, l'accès facile au bâtiment ou une salle d'attente adaptée sont des éléments à prendre en compte. La notion de distance interpersonnelle est de plus très importante car si la distance physique n'est pas adaptée lors d'un échange verbal, l'information peut ne pas être entendue ou mal interprétée. Plusieurs zones et distance ont été définies. La zone publique correspond à une distance entre deux personnes supérieure à 3 mètres, dans ce cas une relation personnelle est impossible car l'attention et donc l'information ne sont pas captées. La zone sociale est entre 1,20 et 3 mètres, il s'agit de la distance classique entre deux interlocuteurs communiquant et ne se connaissant pas. Les deux autres zones sont la zone personnelle de 0,6 mètre à 1,20 mètre et la zone intime inférieure à 0,60 mètre. Elles sont réservées aux membres de l'entourage proche car dans le cas d'une trop grande proximité l'échange peut être perçu comme intrusif, voire agressif donc inefficace.

Les derniers éléments à ne pas oublier dans l'environnement sont la différence de taille car elle peut souligner une relation de hiérarchie par la présence d'un dominant et d'un dominé ainsi que l'existence de barrières physiques entre les deux interlocuteurs comme un bureau ou une chaise.

e. Les réactions non contrôlées

Les réactions inconscientes sont gouvernées par le système nerveux autonome et nous n'avons pas ou très peu de contrôle sur elles. Elles comprennent la couleur du visage (rougir lors d'intimidation...), les mains devenant moites en cas de stress ou l'amplitude de la respiration. La plupart du temps quand ces réactions se manifestent, elles indiquent une expression d'émotions fortes.

3) L'indispensable concordance entre le verbal et le non-verbal

Les communications verbales et non verbales sont complémentaires. En effet, le langage corporel renforce le sens des mots et appuie le discours, mais peut également au contraire, perturber la compréhension du message si ce langage n'est pas correctement codé par l'émetteur ou décodé par le récepteur. La communication deviendrait dans ce cas incompréhensible.

Afin que celle-ci soit claire et facilement interprétable, une compatibilité entre les signaux et les mots émis doit exister. Par exemple si le récepteur n'adhère pas à ce qui lui est dit, il n'aura en théorie pas besoin de l'exprimer, un simple froncement des sourcils suffira.

Cette notion est illustrée par la règle des 3V et la congruence établie par Mehrabian en 1967 [Witke, 2013] : 10 à 20% du dialogue est Verbal (mots prononcés), 35 à 38% est Vocal (intonation, timbre de la voix) et 55% est Visuel (geste, regard, attitude, mimique, posture).

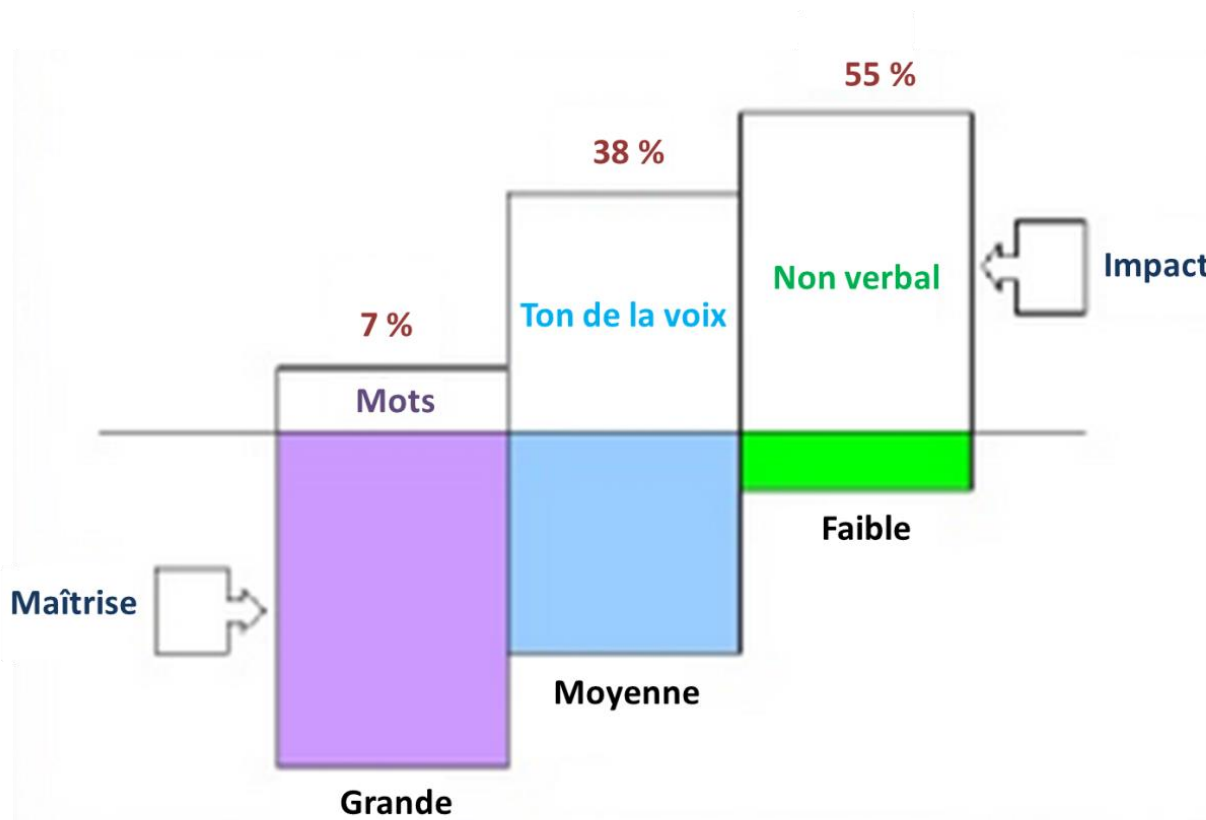


Figure 4 - Importance des divers types de communication dans un dialogue et de leur maîtrise par l'individu

Source : (Terrier, 2013)

Les trois types de communication présentés ci-dessus doivent être en adéquation et transmettre le même message : c'est le principe de congruence. Dans le cas contraire, c'est à dire en cas de décalage ou de triple langage, la compréhension du message serait troublée voire erronée. De plus, quand le verbal et le non verbal dévoilent deux sentiments différents, c'est très souvent le non verbal qui reflète les véritables émotions [Carson, 2007]. Par exemple un « oui » verbal mais un front plissé, un léger hochement de la tête, une voix nerveuse ou une respiration tenue indique dans le non verbal un « non ».

Au maximum 20% de la communication est verbale et volontaire. Cela représente la part que l'émetteur peut contrôler directement en préférant avancer tel ou tel argument. L'autre part de 80% est donc involontaire. Ainsi, de nombreuses informations sont échangées en permanence et ne peuvent être cachées au récepteur même s'il n'y a pas d'échange de paroles. La communication non verbale ne fait pas augmenter la durée de l'échange puisque ces deux types de dialogue sont concomitants.

Les communications verbales et non verbales, bien que complémentaires, ne suffisent parfois pas dans toutes les situations à optimiser le dialogue qui apparaît alors comme inopérant.

D) Sources de dysfonctionnement de la communication

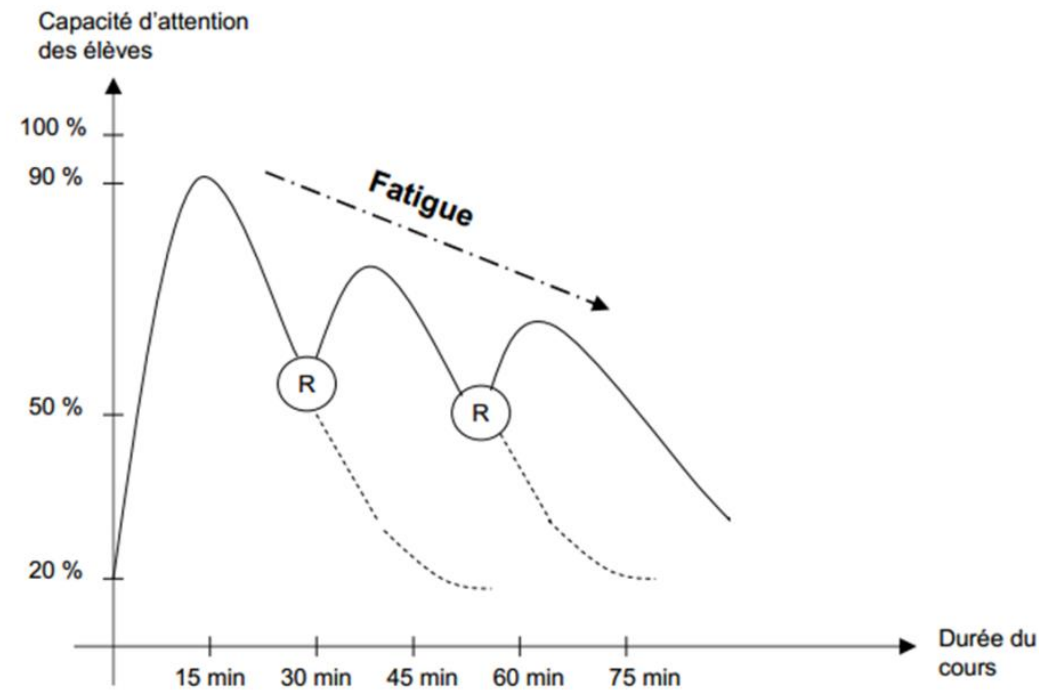
Dans le schéma de communication de Shannon, les filtres représentent tout ce qui interfère dans la transmission du message, qui en perturbe la bonne compréhension. Ils constituent des obstacles de la communication.

Origine du dysfonctionnement

Solutions proposées

✓ Message imprécis, non concis, peu clair voire incompréhensible → <i>Difficulté à comprendre le message, problème sémantique</i>	}	S'assurer de l'existence d'un code, d'un langage commun et d'une synchronisation afin d'éviter les décalages
✓ Langage verbal, visuel et vocal n'allant pas dans la même direction ; ambiguïté du message et <i>feed back</i> insuffisant		
✓ Canal de communication utilisé inadapté (auditif, visuel ou kinesthésique) → <i>Difficulté de décodage</i>	}	Savoir écouter, favoriser un échange permanent en veillant à la parfaite compréhension du message S'adapter au maximum à notre interlocuteur
✓ Présence de distractions environnementales, d'interférences ou durée inadéquate (Bruits, interruptions) → <i>Difficulté de concentration</i>		
✓ Position hiérarchique de l'un des deux interlocuteurs par rapport à l'autre, asymétrie des interlocuteurs, peur de l'autre et de ses jugements → <i>Difficulté d'échanger</i>	}	Optimiser le contexte spatio-temporel de l'échange (lieu, moment et durée adaptés)
✓ Différences culturelles (langue maternelle, situation socio-professionnelle, centres d'intérêts) et différence d'opinion par rapport au thème abordé → <i>Difficulté d'identification à l'autre</i>		
	}	Le contexte donne le sens des échanges, bien le préciser dès les premiers échanges
	}	Décrypter ces différences afin de les prendre en compte dans son discours, prendre en compte les intérêts et attitudes de l'autre

Si l'on revient sur le point, concernant la perte d'information suite à une difficulté de concentration du récepteur, des auteurs dont Morel (2003) ont illustré ce phénomène en quantifiant l'attention d'élèves de classes de lycée en fonction de la durée du cours magistral.



10/03

Figure 5 - Capacité d'attention de lycéens en fonction de la durée du cours théorique auquel ils assistent

Source : (Morel, 2003)

La capacité d'attention augmente dans les premières minutes pour atteindre un pic maximal de 90% au bout de 15 minutes. Puis elle diminue de presque 50% par rapport au début de la communication, au bout de 30 minutes. En revanche, tout au long de l'interaction et ce, quel qu'en soit sa durée, l'attention des récepteurs n'atteint jamais 100%.

Une autre source de dysfonctionnement serait liée à une difficulté d'échange comme mentionnée précédemment. Cet obstacle pourrait avoir comme origine un tri dans les informations reçues. La sélection des informations, même réalisée inconsciemment, serait fonction des attentes et besoins des interlocuteurs.

Le psychologue américain T. Kahler a établi que ces attentes sont étroitement liées au profil des protagonistes. Il a proposé divers modèles théoriques caractérisant les interlocuteurs lors d'une communication.

Tableau 1 - Les modèles de personnalité selon la *Process Communication*

Profil	Mode de perception	Attentes
Empathique	Emotions	Une attention personnelle
Travailleuse	Pensées	Des faits et des informations pour décider
Persévérant	Opinions	Le respect de ses convictions
Rêveur	Inaction	Le respect de sa tranquillité, des directives
Promoteur	Actions	Aller vite au but
Rebelle	Réactions	Un contact amical, de l'humour

Source : (Faessel, 2007)

Par exemple, une personne au profil « empathique » attend de la reconnaissance et non l'utilisation d'arguments techniques dans la conversation. C'est pourquoi si l'émetteur emploie de nombreux termes techniques ou structures de phrases impersonnelles et trop générales, le récepteur risque de trier ces informations et donc de ne pas les assimiler.

Ainsi, la personnalité des interlocuteurs peut tout aussi bien influencer la communication, au même titre que la manière dont le message sera transmis ou compris.

Après avoir présenté la communication et ses particularités sous un angle général, nous allons dans un second temps l'introduire dans le contexte médical.

II) ANALYSE DE LA COMMUNICATION POUR LA TRANSMISSION DE MESSAGES DANS LE DOMAINE MEDICAL

A) Communication lors d'un échange médical

1) Enjeux d'un échange efficace

a. Aspect médical

Dans le domaine médical, la communication verbale est définie par les termes suivants : le questionnement du patient, la confrontation des diverses options thérapeutiques, l'information, la synthèse et la prise de décisions. L'écoute, l'observation, l'intérêt pour l'autre et la mise en confiance font partie du non verbal. Ces éléments sont le support d'une bonne communication et relation entre le médecin et le patient favorable à une efficacité optimale du traitement [Bevington, 2000].

Plusieurs auteurs ont montré que ces grands principes sont tout à fait adaptés à la médecine vétérinaire [Hamood, 2014].

Si l'on se concentre dans cette partie sur les enjeux purement médicaux du dialogue entre praticien et patient, trois thèmes sont à retenir [Shukla, 2010] :

✓ Améliorer la compliance ou suivi du traitement médical

Un mauvais respect des prescriptions médicales est un problème important dans la pratique médicale (humaine et vétérinaire) et est associé à une augmentation des consultations de suivi donc des frais engagés. Un suivi du traitement inapproprié représente également une source constante de frustration -aussi bien pour le patient- qui ne peut alors constater les effets bénéfiques des soins mis en place, que pour le praticien.

Les clés déterminantes d'une compliance efficace sont l'attitude du médecin envers le patient, sa capacité à encourager et à respecter le point de vue des patients, une quantité et qualité d'informations à fournir adéquates ainsi que la création d'une confiance mutuelle.

En médecine humaine, le taux de non compliance des traitements a été estimé entre 30% et 60% [Shaw et col. 2004a] et la plupart des chercheurs s'accordent à dire que seulement 50% des patients suivent les prescriptions fournies par le professionnel. Ce pourcentage pourrait s'améliorer

parallèlement à la prise de mesures, telles que l'établissement conjoint d'un schéma thérapeutique précis ou fournir des instructions et recommandations verbales puis écrites.

✓ Améliorer la santé et le statut émotionnel du patient

Une bonne relation client a un impact positif sur la mise en œuvre et les résultats du traitement et est associée à une nette réduction des détresses de types émotionnelles (stress, craintes...). De plus, une meilleure communication médecin/patient semble associée à une meilleure santé physique et émotionnelle, une résolution des symptômes plus rapide et un contrôle des maladies chroniques plus efficace (pression artérielle et glycémie stables).

Santé physique et « morale » sont donc liées puisqu'une détresse psychologique induira dans la plus grande partie des cas, une non amélioration voire une dégradation de la santé physique. La communication joue donc un rôle essentiel afin d'optimiser ces deux aspects de la guérison du patient.

✓ Réduire les risques de fautes et plaintes professionnelles

Une étude publiée par le *College of Veterinarians of Ontario* en 2005 [Adams, 2007] ainsi que d'autres études plus récentes rapportent que 60% à 67% des contenus des plaintes entre 2002 et 2004 concernent un problème ou une inquiétude de communication. Quatre sujets de reproches reviennent couramment dans les plaintes déposées: "délaisser" le patient, ce dernier a l'impression d'être négligé ou de lui être accordé trop peu de temps (32%), sous-estimer l'importance de son point de vue ou celui de sa famille (29%), lui donner trop peu d'informations sur la maladie, les tests réalisés ou les traitements possibles (26%), ne pas comprendre ses attentes et perspectives (13%).

Une autre étude appuie cette idée en expliquant qu'en pratique peu de plaintes sont émises contre un vétérinaire pour une erreur médicale ou chirurgicale grave [Martin, 2006].

Comme l'a dit Gerald Hickson, « le risque est prédit par l'incapacité du praticien à communiquer efficacement et à établir et maintenir un rapport avec le patient, surtout face à un événement indésirable ou imprévu » [Schleiter, 2009].

Communiquer clairement diminue également le risque d'incompréhension de la prescription (posologie....) et donc de risques pour la patient.

Ainsi, une communication efficace est synonyme, en médecine humaine ou vétérinaire, d'une amélioration de la santé physique et émotionnelle du patient, d'une bonne observance et suivi du traitement, d'une meilleure compréhension et mémorisation des informations et donc d'une diminution des risques de fautes professionnelles.

Quelles attitudes le praticien peut-il adopter afin de parvenir à ces objectifs ?

Afin d'atteindre les buts cités précédemment, le dialogue peut être orienté de diverses manières par le médecin ou le vétérinaire. Ces derniers peuvent alors adopter plusieurs types de comportements [Cornell, 2007].

Le praticien est tuteur ou paternaliste lorsqu'il est expert et représente la seule source d'informations et de recommandations. Il propose la meilleure option thérapeutique que le patient devrait suivre. Il y a peu de discussions autour des attentes ou du point de vue du patient. Cette vision représente la vision traditionnelle de la relation médecin/patient.

☺ Le patient fera ce que le praticien lui indiquera.

☹ Le pouvoir de décision n'est pas partagé. En cas d'échec du traitement, le patient considérera le professionnel comme seul responsable. La conversation est dirigée par le médecin.

Il devient enseignant ou consultant lorsqu'il apparaît comme une source de renseignements et de conseils parmi d'autres. La prise de décision est presque uniquement sous la responsabilité du patient.

☺ Le patient est responsable du succès du traitement.

☹ Frustration du praticien si le patient ne choisit pas l'option thérapeutique la plus adéquate selon lui.

Le praticien est collaborateur s'il fournit des informations et donne son opinion professionnelle pour une prise de décision optimale en connaissance de cause. Il encourage le patient à donner son opinion et ses préférences, un partenariat se crée entre les deux interlocuteurs.

☺ Prise de décision partagée, conversation non menée par l'une ou l'autre des parties.

☹ Durée plus longue de la consultation durant laquelle le praticien prend plus de temps pour répondre aux questions du client qui n'hésite plus à en poser, surtout en fin de consultation. La conclusion du vétérinaire prendrait alors 4 fois plus de temps [Adams, 2011].

Ce dernier modèle semble optimal en médecine car le rapport de force est partagé entre les deux interlocuteurs, puisque le professionnel ne joue plus le rôle de dominant mais plutôt de conseiller.

En pratique vétérinaire, quelle proportion de professionnels est affectée à chaque type ?

Selon l'étude de Hamood et col. publiée en 2014, 46% des vétérinaires sont des paternalistes et apportent de nombreuses données biomédicales. On parle de pattern biomédical. De plus, 16 % sont des enseignants et utilisent une approche uniquement centrée sur le patient et sur son mode de vie. On parle ici de pattern social. Les 38% restants sont des collaborateurs, ils utilisent une approche mixte (biomédicale + sociale) et sollicitent les propriétaires même si ces derniers sont fréquemment interrompus au bout de 11 secondes en moyenne par une autre question par exemple.

Ces valeurs sont voisines d'une étude plus ancienne qui indiquait 58% pour le pattern biomédical et 42% pour le pattern social [Shaw, 2006b] .

Les résultats suggèrent que les vétérinaires utilisent encore très fréquemment l'approche tuteur mais qu'ils sont néanmoins de plus en plus des collaborateurs [Shaw, 2006a]. Le paternalisme semble être de plus en plus « banni » au profit d'un partenariat et d'un contrat de confiance avec le client. En effet, les consultations où le praticien reste complètement paternaliste semblent être aujourd'hui vouées à l'échec. Le propriétaire souhaite, certes écouter le professionnel pour avoir des informations, mais également faire part de ses interrogations et expériences sur le sujet. Le pattern employé dépend de nombreux facteurs propres aux vétérinaires comme l'âge (un vétérinaire âgé préférera être paternaliste), ou au contexte (lors d'une urgence ou une consultation vaccinale, les approches respectivement biomédicale et sociale sont employées).

Et le client, quelles sont ses préférences ?

Levinson et col. ont étudié les préférences des clients quant à leur rôle à jouer lors de consultations, en se basant sur trois caractéristiques particulières : des clients participent activement en recherchant par eux-mêmes des informations sur la pathologie, en discutant des différentes options thérapeutiques avec le vétérinaire, et en prenant eux-mêmes la décision finale sur le traitement à mettre en œuvre [Levinson, 2005].

Ils ont noté pour l'échantillon de l'étude, après l'analyse des questionnaires retournés (2750 participants) que 96% des patients préfèrent se voir présenter diverses options, donner leur opinion tout en ayant l'avis du professionnel. 44% souhaitent que le vétérinaire soit la seule source d'information médicale, plutôt que de rechercher par eux-mêmes des informations via d'autres sources. Enfin, 52% espèrent que le vétérinaire prenne la décision finale concernant le traitement.

Pour ces trois points abordés (connaissances, options et décisions), les auteurs ont de plus remarqué un effet démographique. En effet, les femmes préféreraient jouer un rôle actif plutôt que passif (odd ratio de 1,7 entre les hommes et les femmes). L'âge aurait également un effet à savoir qu'autour de 45 ans, les clients seraient plus actifs lors des consultations.

C'est pourquoi, le vétérinaire doit rapidement identifier les préférences des clients pour s'adapter et ne pas présenter un seul type de dialogue déjà préparé à l'avance. Il doit offrir aux propriétaires qui le souhaitent l'opportunité de participer activement en prenant des décisions concernant leur animal. Le vétérinaire doit de même identifier les clients plus « passifs » afin de les orienter, de cerner le rôle qu'ils souhaitent avoir pour le suivi du traitement, et de proposer la/les solutions les plus appropriées.

b. Aspect relationnel

✓ Satisfaction et fidélité du patient

Une communication efficace sert également à satisfaire le client et donc à le fidéliser. La communication et le rapport construit avec le patient ont un impact sur la qualité et les résultats des soins prodigués donc directement sur la satisfaction des clients [Adams, 2004].

La satisfaction repose sur la perception et l'opinion personnelle que le client a eu sur la qualité du service. Elle est l'un des facteurs dominant dans le choix du client pour une structure médicale vétérinaire ou humaine, en plus du respect, du calme et de l'accueil des professionnels.

L'expression de l'empathie est de même directement liée à la satisfaction qui est pourtant encore trop souvent absente lors des consultations [McArthur, 2013]. Shaw et col. ont trouvé de l'empathie chez seulement 7% des praticiens de l'étude.

Une définition plus quantitative de la satisfaction est la suivante :

$$\text{Satisfaction} = \text{Perception} - \text{Attentes}$$

La satisfaction augmente lorsque les performances reçues augmentent ou lorsque le niveau des attentes des clients diminue. Elle est relativement simple à évaluer aujourd'hui à l'aide de questionnaires de satisfaction, avec la mise à disposition des clients de « boîtes à suggestions », ou encore via internet sur le site de la clinique dans la rubrique « votre ressenti/votre avis nous intéresse ... ».

De même, la fidélité est définie comme suit :

$$\text{Fidélité} = \text{Comportement} + \text{Affection}$$

La fidélité augmente quand le comportement du client semble positif, quand la fréquentation et les dépenses sont constantes ou augmentent, et que s'effectue un bouche à oreille en faveur de la clinique. Par définition, l'affection correspond à l'attachement et à l'engagement du client pour la structure vétérinaire.

Une étude mesurant la satisfaction et fidélité des clients en médecine vétérinaire canine et réalisée sur 50 structures en France a révélé que 50% des clients sont attachés à la structure au point de ne pas la quitter si elle fermait une journée, si elle était plus chère ou plus éloignée qu'une autre. Cette valeur représente la composante affective de la fidélité. De plus, 50% des clients sont exclusifs à la structure et y consacrent la totalité de leurs dépenses (soins, chirurgies, vaccins, achats). Ici la composante comportementale de la fidélité est illustrée. Enfin, l'enquête de satisfaction a montré qu'entre 80% et 90% des propriétaires sont respectivement satisfaits et très satisfaits [Poubanne, 2009].

L'objectif principal étant d'atteindre une satisfaction et fidélité les plus totales. En effet, il peut paradoxalement y avoir une satisfaction élevée mais une fidélité faible (le client souhaite un second avis ou simplement tester une autre structure...) ou inversement (monopole de la structure dans la région, habitude du client...).

Certaines pratiques peuvent être mises en œuvre afin d'optimiser la fidélité et satisfaction des clients [Moreau, 2010] :

- expliquer au propriétaire les résultats obtenus après avoir réalisé de nombreux tests.
Par exemple, il faut expliquer aux clients qu'un test revenu normal fait quand même avancer le diagnostic ;
- montrer les résultats (radiographies, valeurs des analyses réalisées...) ;
- savoir référer le cas à un spécialiste : aux yeux des propriétaires, les praticiens dévoilent leurs limites et n'essaient pas de tromper le client ;
- donner de la documentation sur le thème précis concernant l'animal ;
- promouvoir des produits (aliments...).

✓ Satisfaction du praticien

La satisfaction du praticien dans sa vie professionnelle est également un élément déterminant d'une bonne relation client. Il semblerait que les cliniciens professionnellement satisfaits soient plus à même de répondre aux attentes et préoccupations du patient.

La satisfaction des vétérinaires ainsi que les facteurs influents ont été quantifiés pour la première fois en 2012 [Shaw, 2012]. Le rang moyen de satisfaction sur une échelle de 1 (très mauvaise satisfaction) à 5 (très bonne satisfaction) est de 3,97 (+/- 0,99). Il y a une différence significative entre les consultations « de santé » (vaccin annuel...) pour lesquelles le score moyen est de 4,13 et les consultations pour une pathologie précise (score moyen de 3,81).

Les facteurs principaux d'influence seraient la construction d'un rapport avec le propriétaire via la communication, l'empathie, l'estime de soi et le bien-être personnel ainsi que le bon déroulement de la consultation (durée adéquate, patient coopératif, recueil de données aisé...) [Bonnett, 2012].

La réussite de la consultation dépend à la fois du point de vue du propriétaire mais également du vétérinaire.

Une meilleure communication dans la relation client améliore le suivi des traitements, les résultats cliniques et la qualité de vie des patients ; elle améliore également leur satisfaction et fidélité, ainsi que celle des praticiens. En outre, une plus grande participation des patients aux décisions médicales qui les concernent, diminue leur anxiété et améliore leur santé.

2) Quelles sont les moyens dont le professionnel médical dispose afin de maximiser l'efficacité de la relation client ?

a. Compétences en communication directe

Selon Clerfeuille « *techniquement, le propriétaire ne peut pas juger le professionnalisme du vétérinaire. Bien communiquer permet de mieux faire percevoir ce professionnalisme* » [Faessel, 2007]. Afin de « bien communiquer », il est nécessaire pour un praticien de respecter au mieux certains principes, regroupés sous le terme de piliers de la communication persuasive. Ces piliers sont au nombre de cinq à savoir se synchroniser, être congruent, écouter activement, questionner et reformuler.

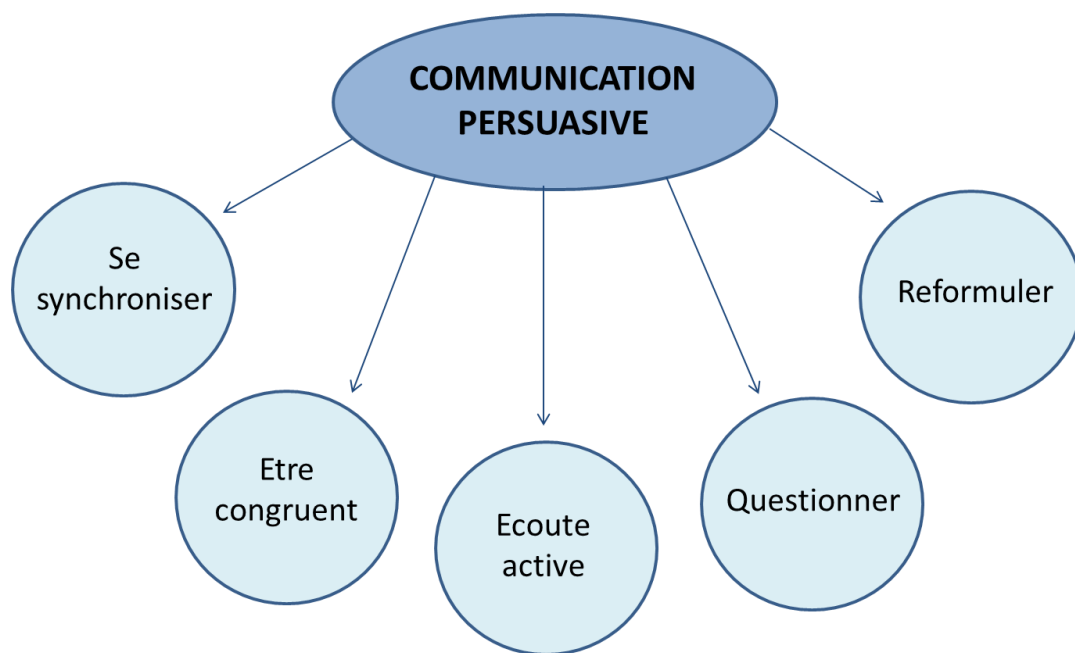


Figure 6 - Les 5 piliers de la communication persuasive

Source : (Deforte, 2012)

✓ **Se synchroniser c'est se mettre en phase avec le patient**

Cette synchronisation passe tout d'abord par une synchronisation verbale, en adaptant le ton et volume de sa voix à celle du patient, ainsi qu'en choisissant et en ajustant les mots et expressions employés. La synchronisation non verbale est tout autant importante même si elle est moins évidente et spontanée.

En effet, il est important d'adopter autant que possible la même posture, gestuelle, expressions faciales ainsi que la même respiration que le patient, tout en respectant son espace intime.

L'empathie est une compétence clé de l'écoute. C'est la capacité à s'engager avec quelqu'un dans un processus de communication, la faculté de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent. C'est faire en sorte que l'autre se sente accepté, compris, et non jugé, qu'il puisse exprimer ses opinions sans crainte. C'est une façon de sentir le monde intérieur de l'autre comme s'il était le nôtre, quoiqu'en n'oubliant jamais qu'il n'est pas le nôtre

✓ **Etre congruent c'est être cohérent entre les informations verbales et non verbales renvoyées**

La façon dont nous allons intervenir est aussi importante que ce que nous dirons. Les mots prononcés doivent être en accord avec l'attitude adoptée, afin de ne pas dégager deux messages différents que le patient ne pourrait comprendre. Il faut être en accord avec soi-même.

✓ **Savoir écouter l'autre**

Employer les termes les plus adaptés possibles est certes l'un des points importants d'une communication efficace. Néanmoins, il ne suffit pas de savoir s'exprimer, il faut également savoir écouter c'est-à-dire être attentif à ce qui est dit et donc se taire quand cela s'avère nécessaire. Le praticien doit donc écouter le patient mais également entendre ses paroles, afin de les comprendre et de prendre en compte ses éventuelles objections, qui ne vont pas toujours dans le même sens que l'opinion du professionnel.

Pour être entendu, il faut savoir écouter et plus précisément pratiquer une écoute active.

L'écoute active est un processus qui comprend l'audition, la compréhension, l'évaluation et la réponse. Elle doit aider l'émetteur à dire ce qu'il veut vraiment dire.

L'écoute active est une attitude décidée qui permet de créer une situation basée sur la confiance et l'empathie, dans laquelle l'interlocuteur se sent assez bien pour exprimer ce qui est important pour lui.

Elle peut être mise en œuvre aussi bien lors d'entretiens individuels que lors de situations de communications collectives.

✓ **Poser les bonnes questions au bon moment**

Ecouter c'est aussi questionner au bon moment, lorsque des informations nécessaires à la compréhension du message sont manquantes.

Selon les informations que l'on souhaite collecter, certains types de questions sont plus adaptés que d'autres. En effet, les questions ouvertes servent à explorer, clarifier ou comprendre une situation ; elles encouragent le patient à intervenir et à prendre part dans la consultation. Elles sont fondamentales afin de comprendre le but de la visite.

D'un autre côté, les questions semi-ouvertes sont utilisées afin de préciser des éléments ; elles permettent d'ouvrir la discussion sans toutefois donner réellement au patient la chance de s'exprimer.

Enfin, les questions fermées demandent une réponse très succincte ; elles permettent par exemple de valider ou d'infirmer une affirmation, de suggérer ou d'orienter.

Le second intérêt du questionnement est de créer un lien avec le patient. En effet, en questionnant le propriétaire, ce dernier a la sensation que le vétérinaire n'apporte pas des réponses toutes faites mais qu'il s'adapte à son cas particulier.

Une étude s'est intéressée en 2002 à l'importance du questionnement, en identifiant une méthode de communication avec les patients, intitulée « Questionner Informer Questionner » [ECDS, 2002]. Cet exemple s'appuie sur la prescription d'antibiotique mais s'appliquerait également très bien pour tout type de consultation évoquant une pathologie.

- 1) Questionner : demander au patient (ou propriétaire) quelles sont ses craintes, inquiétudes, et ce qu'il attend de la prise en charge.
- 2) Informer : répondre au questionnement du patient, donner des informations sur la pathologie, sur les divers traitements envisageables, donner les avantages et inconvénients de chaque possibilité.
- 3) Questionner de nouveau : vérifier que le patient a bien compris tous les enjeux de la maladie et de la prise en charge.

Cette démarche permet de s'assurer que toutes les interrogations du patient ont bien été prises en compte et que ce dernier a bien assimilé et est conscient des enjeux de la pathologie et du traitement.

✓ **La reformulation**

Reformuler revient à exprimer par nos propres mots ce que l'interlocuteur vient d'exposer, sans juger ni interpréter. L'intérêt de cette pratique est de s'assurer qu'il n'y a pas de malentendu, ainsi que de montrer à l'autre que l'on est attentif à son message et l'inciter ainsi à poursuivre sa réflexion. Pour être efficace elle doit être brève mais sans minimiser les propos, aussi fidèle que possible et laisser à l'autre la possibilité de rectifier.

Divers types de reformulation sont utilisés. La reformulation-écho s'appuie sur un mot fort ayant une grande signification pour l'interlocuteur. La reformulation-résumé renvoie une image synthétique et clarifiée du discours parfois désordonné car spontané. Enfin, la reformulation-

élucidation donne à l'interlocuteur un point de vue de son problème différent de ce qu'il a explicitement dit. Elle l'incite à porter un nouveau regard sur l'objet du discours et ainsi à aller plus loin dans sa propre compréhension.

Ces compétences, à mettre en œuvre lors de consultations, permettent d'aider le patient à s'exprimer plus aisément, à faire face aux émotions, à prendre des décisions communes ainsi qu'à clôturer sur une bonne note.

b. Compétences en relation humaine

En 1984, McWhinney et ses collègues de l'Université d'Ontario ont proposé de modifier la « méthode clinique » utilisée par les praticiens. Depuis, la nouvelle approche appelée « consultation centrée sur le patient » a remplacé l'approche plus traditionnelle centrée sur le praticien (la maladie du patient était à ce moment seulement interprétée selon la perception et le point de vue des médecins). Ainsi aujourd'hui, lors d'une consultation, le professionnel, en plus d'avoir une vision personnelle de la maladie et du contexte, ne doit pas oublier de demander systématiquement l'opinion du patient car c'est lui qui s'occupera du traitement.

Le modèle illustrant le principe du patient au centre de la consultation est appelé «Disease-Illness». Il s'agit du premier s'intéressant aussi bien au ressenti du professionnel qu'à celui du patient ou propriétaire. Il rappelle au professionnel que les compétences en relation humaine sont tout aussi importantes que les compétences techniques et médicales.

La rencontre « patient » - médecin

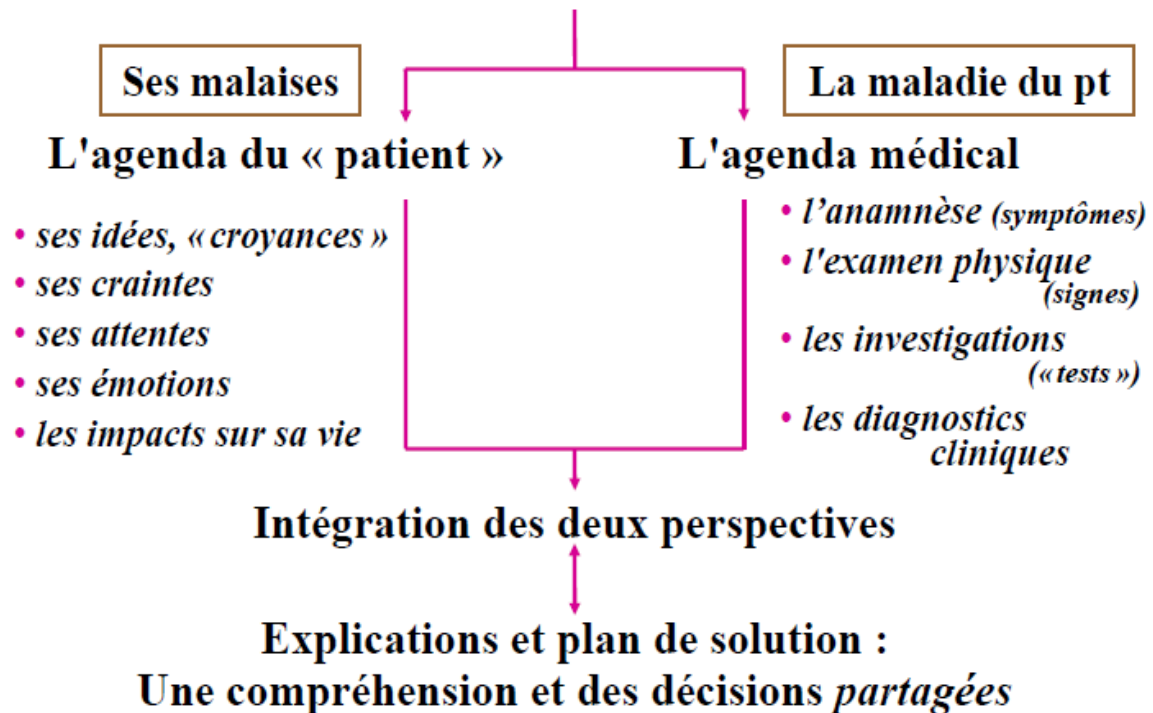


Figure 7 - Modèle « Disease-Illness » développé en 1986 par McWhinney

Source : (Beaumont, 2012)

L'opinion du patient et du praticien sont toutes les deux prises en compte afin de parvenir à un accord et des décisions communes.

Selon le point de vue des propriétaires, les cinq compétences humaines dont le vétérinaire doit faire preuve lors de consultation sont [Bussieras, 2013] :

- le professionnalisme
- la disponibilité et réactivité
- la confiance
- la technique et le sérieux
- le partenariat

La qualité humaine ainsi que l'image que le vétérinaire renvoie de lui et de la clinique sont fondamentales, avant même les qualités médicales et techniques.

c. Spécificité de la médecine vétérinaire

Une étude publiée en 2014 s'est intéressée directement au point de vue des vétérinaires sur le sujet des compétences en communication dans la pratique. Quarante vétérinaires australiens interrogés ont expliqué l'importance et la signification concrète pour eux du terme « communication skills » (ou compétences relationnelles) [Hamood, 2014].

Après avoir fait un parallèle avec la médecine humaine, les vétérinaires interrogés ont fait ressortir les compétences spécifiques à leur métier.

Tout d'abord, communiquer avec le propriétaire mais pas seulement ; les praticiens doivent être capables de communiquer avec les animaux, ce qui parallèlement, facilitera les échanges avec les clients. Par communiquer avec l'animal nous entendons le regarder, lui parler, le caresser.

En médecine humaine, cette situation est comparable à celle entre un pédiatre, un enfant et les parents. Il y a en effet en permanence des échanges dans la triade vétérinaire-propriétaire-animal puisque le praticien doit communiquer avec le patient mais c'est au propriétaire de prendre les décisions.

L'efficacité de la communication dépendra également du lien existant entre le propriétaire et l'animal, ce qui cette fois-ci n'est pas du ressort du praticien.

D'après Pantenburg, plus le lien entre le propriétaire et son animal est fort et plus il est médicalement suivi (bonne observance du traitement, traitements préventifs nombreux ...) [Pantenburg, 2007]. Dans cette même étude, une différence entre la relation propriétaire/chien et chat est ressortie. En effet les chats semblent significativement moins suivis médicalement que les chiens et les propriétaires moins attentifs.

Par ailleurs, les vétérinaires pratiquent un service de soin, mais également un service de vente. Les praticiens doivent parler tarifs avec le client. Les attentes des clients sont claires à ce sujet et divergent parfois du point de vue des vétérinaires. En effet, les propriétaires d'animaux s'attendent à ce que d'une part, les vétérinaires priorisent l'aspect médical (soins et bien-être de l'animal) à l'aspect financier et d'autre part, abordent le sujet de tarif directement avec eux en fin de consultation et n'attendent pas que cela se fasse à l'accueil [Coe et col. 2007].

En revanche seulement 2/3 des clients seraient satisfaits du rapport prix/qualité du service [Klingborg, 2007]. Les vétérinaires, quant à eux, se focaliseraient plus sur des éléments concrets tels que le temps et les services proposés (en plus de la santé de l'animal).

Aujourd'hui dans notre société, parler d'argent peut être un sujet tabou et est souvent évoqué en dernier car il est inconfortable à aborder mais reste décisif pour la prise de décision du traitement.

Ainsi, communiquer sur l'aspect financier représente un challenge pour les vétérinaires et propriétaires afin que le prix ne soit pas à l'origine de plaintes, de confrontations ou de barrières entre les interlocuteurs.

Un autre thème spécifique à la pratique vétérinaire doit pouvoir être abordé avec les propriétaires d'animaux, à savoir l'euthanasie. Ce sujet doit entrer dans la discussion quand cela est nécessaire, tout en s'adaptant à chaque client, selon ses liens avec l'animal, ses croyances, et attentes. Des explications claires et précises concernant les raisons d'une éventuelle euthanasie doivent être présentées.

D'après Stephen Tracey, directeur général de l'Hôpital Vétérinaire de Princeton, les 9 étapes pour une « consultation vétérinaire idéale » sont les suivantes :

- 1) au moins un auxiliaire vétérinaire (ou ASV) et le vétérinaire se sont renseignés sur le rendez-vous à venir,
- 2) l'employé à l'accueil connaît les noms du propriétaire et de l'animal à leurs arrivées,
- 3) l'ASV qui est en première ligne doit commencer à parler avec le client de sujets pertinents et spécifiques au cas de leur animal (alimentation...),
- 4) dès le premier contact, le vétérinaire se focalise sur le « top 4 » : accueillir le propriétaire et l'animal par leurs noms, lui serrer la main, évoquer rapidement la raison de la visite et dire au patient que les ASV lui ont expliqué l'historique et qu'il y a quelques points plus précis à éclaircir,
- 5) parler pendant l'examen clinique, dire si l'on trouve des anomalies ou si tout semble normal,
- 6) parler précisément des choix thérapeutiques possibles,
- 7) évoquer l'option qui semble la plus adaptée et efficace,
- 8) donner une première estimation du tarif en fin de consultation,
- 9) faire un suivi de l'animal : se tenir au courant de l'efficacité du traitement mis en place, de l'état de l'animal, faire des relances pour des rendez-vous de contrôle [Tracey, 2011].

Enfin, la profession vétérinaire est régie par un Code de Déontologie. Ce dernier a été récemment modifié (en mars 2015) sur certains points dont la communication au sein de la structure [Neveux, 2015] : « la communication devient libre, et ce quels qu'en soient le support et les modalités, sous réserve d'être conforme aux dispositions réglementant l'exercice de la

profession » [Code de déontologie, 2015]. L'objectif de ces changements est de faire bénéficier à la profession vétérinaire des mêmes moyens en communication que les professions para-vétérinaires qui communiquent plus librement avec leurs clients. La communication est alors plus libre mais doit rester loyale, fiable et vérifiable, car la relation avec le propriétaire d'un animal est fondée sur la confiance.

d) Compétences en communication indirecte

Les propriétaires d'animaux accordent une grande importance à la communication indirecte qu'ils reçoivent, dont l'information en salle d'attente et celle délivrée par le personnel. Les vétérinaires australiens portent une grande attention à ces deux dispositifs par rapport aux praticiens français [Khuc, 2008]. Bien que l'on retrouve fréquemment dans les structures françaises des systèmes vidéos en salle d'attente ou des brochures informatives, d'autres dispositifs sont encore trop peu représentés comme des livres ou des lettres d'informations régulières exposant à la clientèle les changements et nouveautés de la clinique (Figure 8).

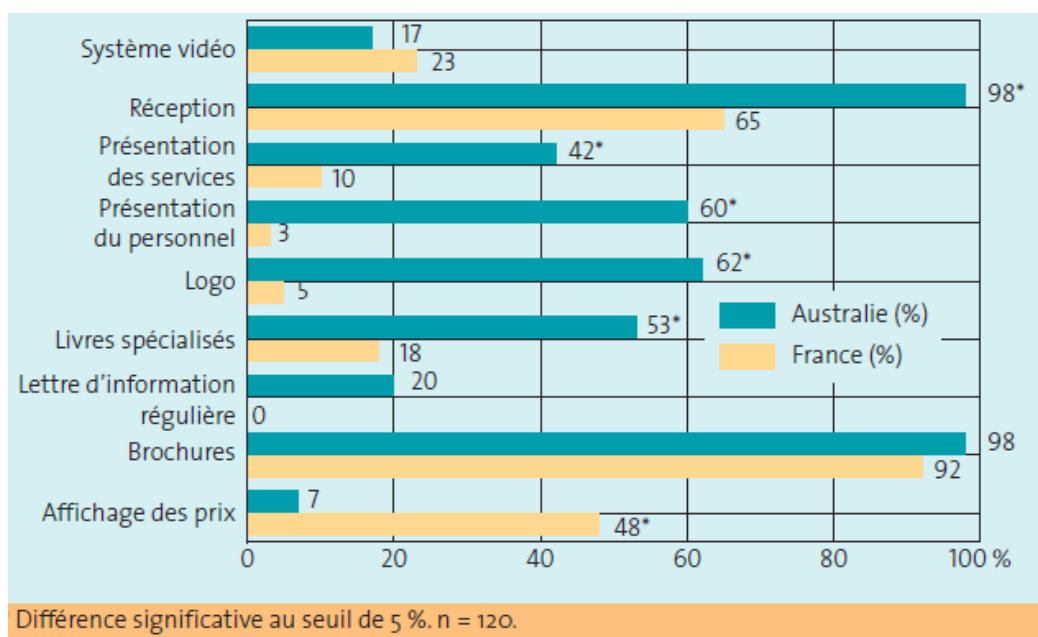


Figure 8 - Moyens d'information mis à disposition dans les salles d'attente en France et en Australie

Source : (Khuc, 2008)

Concernant la communication émanant du personnel, la différence est très nette entre les deux pays. Les vétérinaires australiens mettent en œuvre de véritables stratégies de communication en allant à la rencontre de la clientèle comme par exemple en organisant des journées portes ouvertes ou des enquêtes de satisfaction (Figure 9).

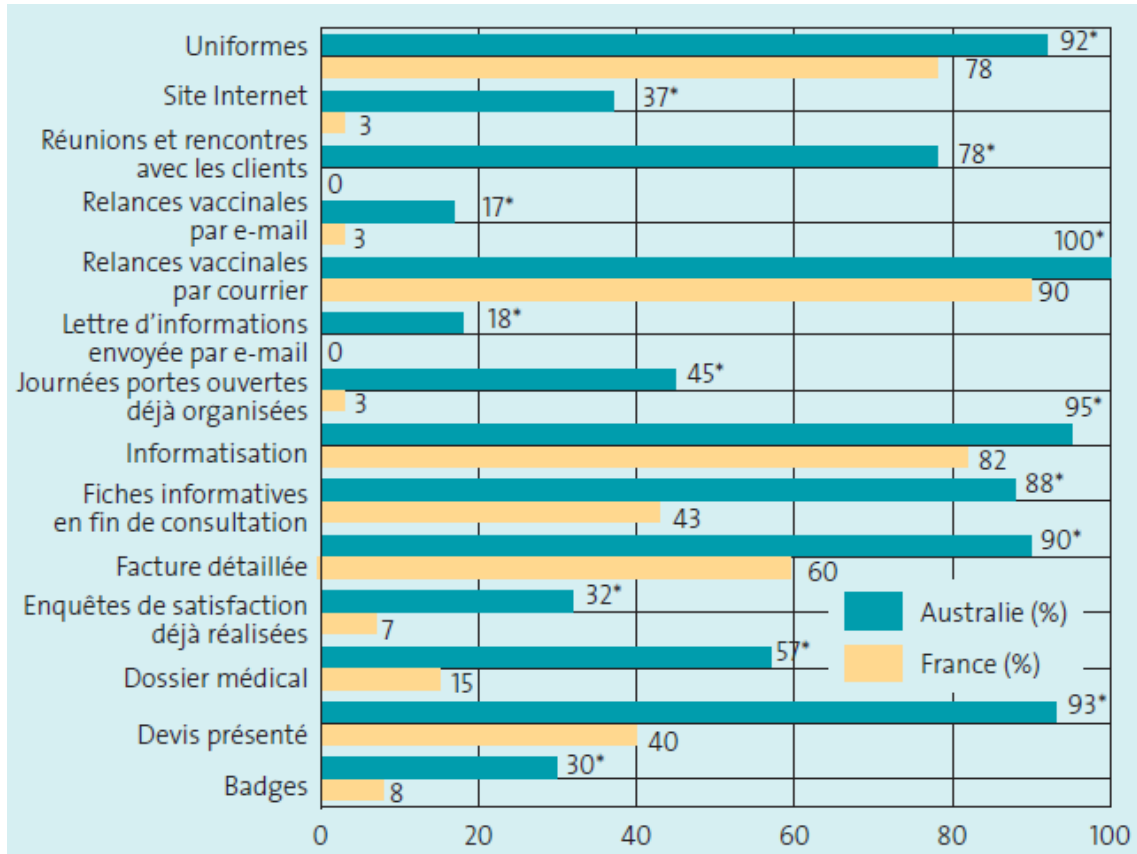


Figure 9 - Stratégie de communication par le personnel des cliniques en France et en Australie

Source : (Khuc, 2008)

Les clients australiens semblent sensibles et satisfaits des moyens de communication mis en place (95 à 100% de personnes interrogées satisfaites) et comme nous l'avons mentionné précédemment, la satisfaction est un point essentiel pour la réussite et l'observance du traitement.

3) Causes et conséquences d'un échange médical rompu

a. Approche générale de la pathologie, sans adaptation au cas par cas.

Le point de départ d'une rupture de la communication est souvent un simple échec du vétérinaire dans le développement d'une sensibilité propre à chaque propriétaire.

Exemple d'un chien âgé avec une tumeur maligne : les propriétaires ne veulent pas mettre en place de chimiothérapie pour des raisons personnelles et le vétérinaire insiste de façon trop importante. Ainsi, aujourd'hui les propriétaires n'hésitent pas à consulter un autre vétérinaire ou un spécialiste afin d'avoir un second avis.

En pratique vétérinaire, la communication peut de plus être rompue rapidement si dès le début de la consultation, le praticien et le propriétaire ne sont pas en phase, c'est-à-dire qu'ils abordent bien le même problème mais différemment.

Exemple d'un chien qui tousse depuis 24 heures : l'objectif du clinicien est de trouver l'étiologie de cette toux en réalisant si besoin plusieurs tests complémentaires, afin de couvrir le plus de possibilités et d'avoir un diagnostic précis. D'un autre côté, la principale préoccupation du propriétaire, est de faire cesser la toux de son chien rapidement; l'étiologie est secondaire. L'échange devient alors inefficace si chacun des deux protagonistes ne perçoit pas clairement les objectifs de l'autre [Milana, 2003].

C'est pourquoi il est nécessaire d'envisager toute interaction avec le propriétaire en se posant systématiquement les deux questions suivantes : que signifie ce problème pour ce client et cet animal et quelles sont ses attentes ? Puis, que signifie ce problème pour moi ?

b. Multiples origines de l'insatisfaction des patients

Moreau et Nap (2010) ont relevé les causes les plus fréquentes à l'origine d'une non-satisfaction des clients et d'une mauvaise observance du traitement.

Tous d'abord, concernant l'information en elle-même, elle peut être perçue comme inexistante ou non comprise, insuffisante ou au contraire trop condensée, (« *felling misinformed* », figure 10). L'usage d'un jargon professionnel est trouvé par les clients souvent irritant et condescendant. C'est pourquoi les vétérinaires doivent penser à différencier une discussion entre confrères qui ont

tous reçus le même enseignement théorique et avec des propriétaires qui ont des niveaux très différents de connaissance sur le sujet.

Il en est de même avec un vétérinaire pressé passant rapidement sur certains éléments ou lorsqu'il y a un manque d'écoute, de courtoisie ou trop peu de temps accordé au client, (« *not being heard* » Figure 10).

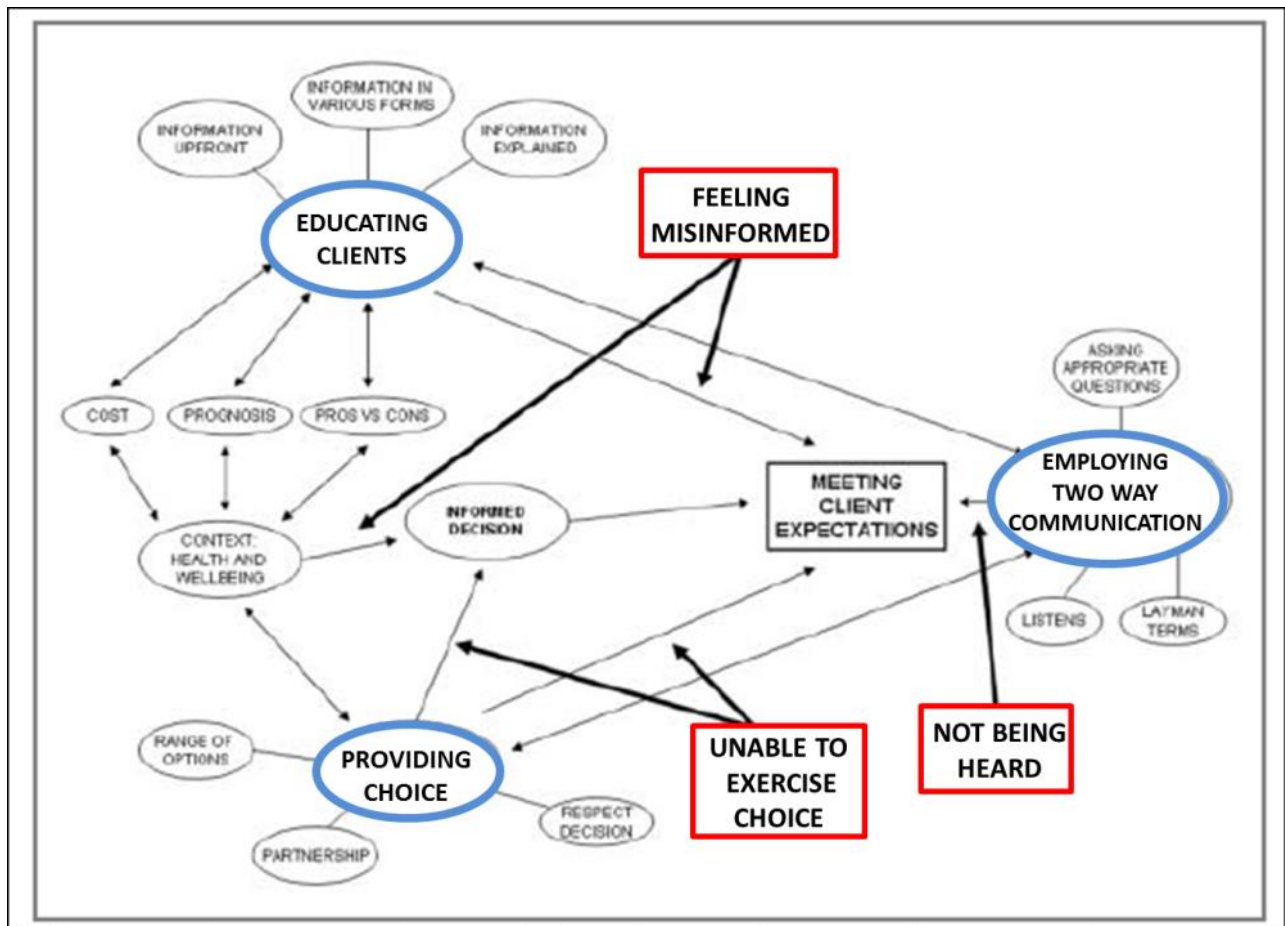


Figure 10 - Carte des compétences à fournir (cercles bleus) et des points de rupture de la communication (encadrés rouge)

Source : (Bonnett, 2008)

La figure 10 indique clairement que les compétences en communication et les causes de rupture de cette communication sont intimement liées.

En effet, si les patients ne sont pas éduqués pour la pathologie en question, ils vont se sentir mal informés. De plus, si le professionnel ne propose pas divers options thérapeutiques, ils ne pourront exercer leur pouvoir de choix et évoquer leur opinion. De même si les canaux de communication ne sont pas en phase entre les deux protagonistes, ils auront l'impression de ne pas être entendus.

Une rupture « physique » comme un coup de téléphone (passé par le propriétaire ou lorsque le vétérinaire répond) ou l'assistant vétérinaire ou autre membre du personnel entrant dans la salle de consultation et demandant un renseignement auront les mêmes conséquences sur la communication.

c. Point de vue des propriétaires sur les points de discordance de la communication

Une enquête intitulée « Les vétérinaires à l'écoute des propriétaires d'animaux de compagnie : pour une vision de la profession à l'horizon 2018 » réalisée directement auprès de clients a montré la vision (souvent négative) et les attentes des propriétaires d'animaux suite à un rendez-vous chez leur vétérinaire [Bradier, 2013].

Tout d'abord lorsque la confiance mutuelle n'est pas acquise, une méfiance quasiment permanente des personnes interrogées, s'installe. Elle est probablement due à la méconnaissance médicale des propriétaires qui sont « obligés » de faire confiance au vétérinaire, ou à une mauvaise expérience avec un autre praticien. Cette méfiance s'attise dès la moindre insatisfaction. Parfois, la communication avec le vétérinaire est difficile : des clients interrogés se sont plaints de devoir sans cesse poser des questions afin d'obtenir l'ensemble des informations ou de ne pas pouvoir donner leur opinion sur le choix du traitement.

La troisième inquiétude est face à la facture. Les propriétaires souhaitent être avertis du tarif, avoir des devis et avoir une facture expliquée et clairement présentée avant d'entreprendre tout examen.

d. Exemple de prise en charge d'un échange dans un contexte de conflit

Dans un contexte de conflit en pratique vétérinaire, trois facteurs sont mis en jeu : le vétérinaire, le propriétaire et le problème ou sujet de divergence [Morrissey, 2007].

Les situations causales sont principalement au nombre de trois. Tout d'abord, lors de frustration comme par exemple lorsqu'il n'existe pas de traitement pour la maladie, le propriétaire n'est pas capable ou ne peut se permettre d'assumer le traitement optimal. De même, lorsque les attentes du vétérinaire et du propriétaire divergent, un contexte conflictuel peut s'installer. La troisième situation correspondrait à un manque de flexibilité de l'une des deux parties.

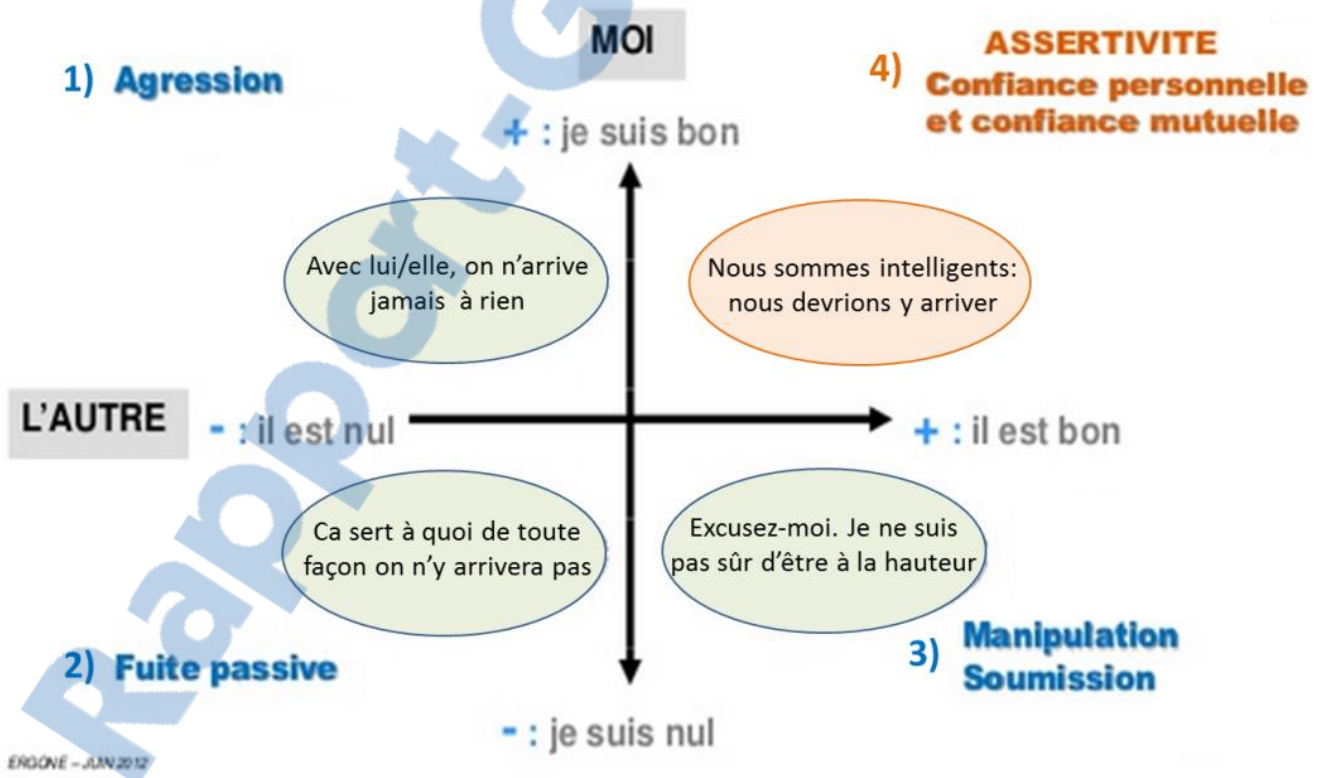
Les interlocuteurs, afin de prévenir l'apparition de ce type de situation difficile ou pour la transposer en interaction positive, doivent faire preuve de quatre compétences en communication.

Ils devraient délaissier les questions fermées au profit des questions ouvertes, écouter très attentivement l'autre pour le comprendre, présenter de l'empathie et utiliser la communication non verbale, au même titre que la communication verbale.

En revanche, lorsque le conflit reste inévitable, quatre attitudes majoritaires peuvent être adoptées par les protagonistes. L'agression en premier lieu lorsque le récepteur se sent en position basse. Il « agresse » l'autre afin d'aboutir rapidement au résultat.

De plus, lorsque le récepteur et l'émetteur ne trouvent pas de canal commun, l'émetteur préfère éviter les explications ou le conflit, mais sans forcément résoudre la situation ; nous parlons de fuite passive. La troisième attitude est la manipulation du récepteur qui tente le plus souvent de retourner la situation à son profit.

Enfin, le comportement le plus favorable à adapter dans ce type de situation est l'assertivité. Cela correspond à l'acceptation des opinions et du ressenti d'autrui, tout en exprimant ses propres attentes et idées. Elle combine à la fois une écoute attentive ainsi qu'une franchise adaptée à la situation.



.Figure 11 - Attitudes adoptables par les protagonistes dans un contexte conflictuel

Source : (Bechu, 2012)

D'après le projet du *Bayer animal Health Communication* intitulé ADOBE, cinq actions pourraient aider à contourner une situation difficile.

« *Acknowledge problems* », c'est reconnaître les obstacles, se rendre compte qu'un problème d'interaction existe, tenter de trouver l'origine, accepter le challenge d'essayer d'améliorer la situation, agir afin de construire une relation efficace avec le propriétaire.

« *Discover meaning* » ou trouver des terrains d'entente afin de satisfaire le patient ainsi que soi-même en comprenant l'impact de la maladie de l'animal sur le propriétaire.

« *Opportunities for compassion* » synonyme d'être compatissant ou empathique, cela revient à s'intéresser à l'expérience du propriétaire sur la maladie de son animal.

« *Boundaries* » traduit par le terme frontières, prend en compte la frontière temps (être à l'heure, essayer d'ajuster l'heure des consultations difficiles à un moment de la journée le moins stressant), spatiale (ne pas entrer dans la sphère intime du propriétaire), et relative aux rôles de chaque interlocuteur (professionnel et patient).

« *Extend the system* » c'est élargir le contexte, c'est à dire demander de l'aide extérieure à un collègue ou spécialiste par exemple, si cela s'avère nécessaire pour la résolution du problème.

Ainsi, communiquer dans le domaine vétérinaire demande de nombreuses compétences spécifiques à acquérir, afin d'éviter des situations conflictuelles **vouées à l'échec** en terme de mémorisation des informations. Pour cela, les mots seuls ne suffisent pas et l'ensemble de la consultation, du « bonjour » jusqu'au « au revoir » doit être organisée et préparée à l'avance à l'aide de méthodes déjà validées.

B) Modèles d'étude d'une consultation

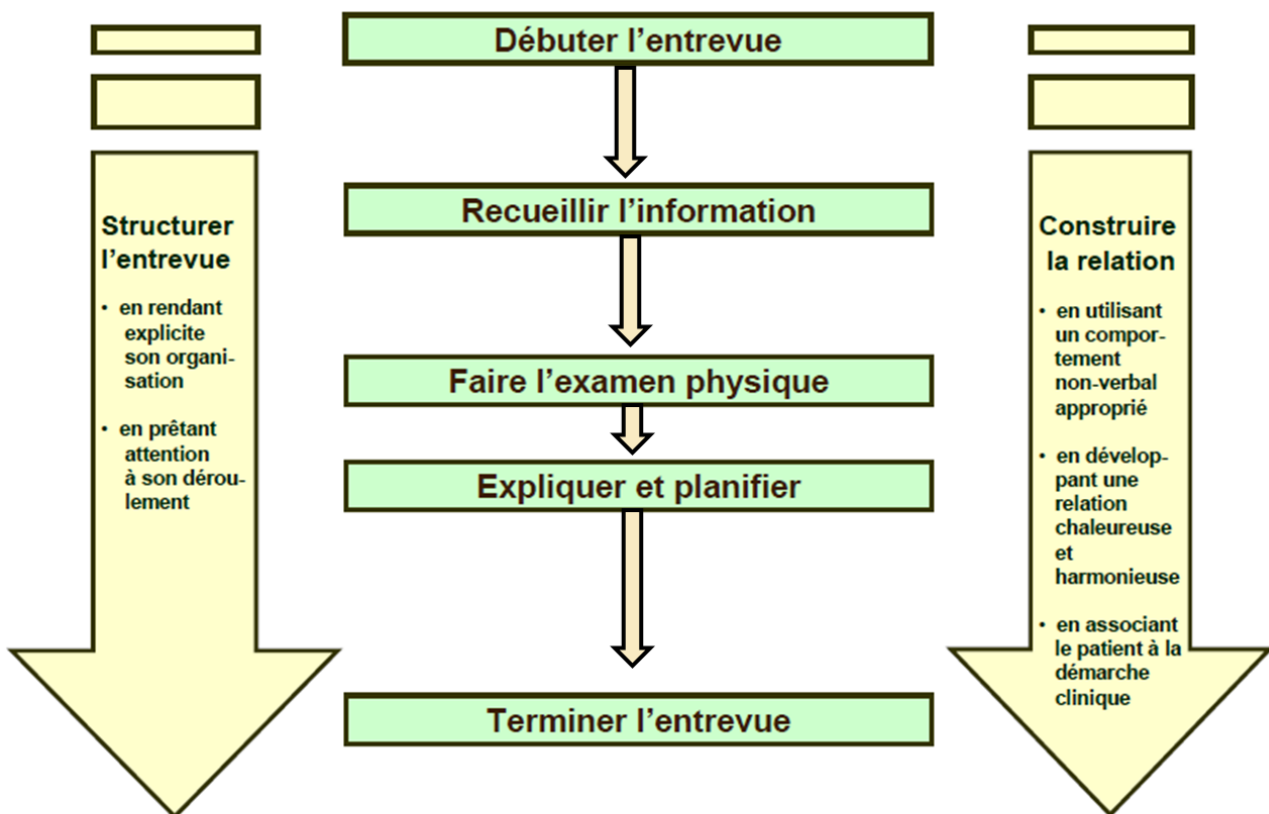
Les méthodes utilisées en médecine humaine pour décrire et évaluer l'attitude du clinicien face au patient, en termes de communication, sont multiples et dépendent de l'objectif de cet outil. Bien que de nombreuses méthodes existent aujourd'hui, la plus commune est l'analyse des consultations par un décodage de l'entretien, à partir de vidéos ou d'enregistrements. Ils ont tous pour objectif de structurer la consultation, afin d'empêcher la détérioration du message en cas de « désordre chaotique ». Quel que soit le modèle utilisé, ils ont tous trois choses en commun : une entrée d'informations, une analyse de ces informations et en sortie, des résultats.

Les deux principaux outils utilisables en pratique sont le « *Calgary-Cambridge Model* » et le RIAS ou « *Roter Interaction Analysis System* ». Ils sembleraient par ailleurs applicables à la médecine vétérinaire dont la situation serait comparable à la médecine pédiatrique. Dans les deux cas, une triade est impliquée lors de l'échange : pédiatre/parents/enfant d'un côté et vétérinaire/propriétaire/animal de l'autre.

1) Le Modèle « *Calgary-Cambridge* »

Le *Cambridge-Calgary Guide* a été développé par Kurtz et Silverman en 1996. Il s'agit d'une approche socio-psychologique très populaire de la consultation, utilisée au Royaume-Unis. Elle considère que la personnalité du praticien et du patient ainsi que leur croyance influencent les résultats de la consultation.

Ce modèle, utilisable en tant qu'outil d'enseignement pratique, est le plus étudié aujourd'hui dans le domaine médical.



* Traduit et adapté de Kurtz S., Silverman J., Benson J, Draper J, *Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching : Enhancing the Calgary-Cambridge Guides*, Academic Medicine, 78 (8) : 802-809, 2003

Figure 12 - Le *Calgary-Cambridge Model*

La structure de ce schéma est divisée en cinq tâches.

La première est l'engagement de la séance. Il s'agit de préparer la rencontre, établir un premier contact déjà à l'accueil, saluer la patient par son nom, faire preuve de respect et d'intérêt, et identifier les raisons de la consultation par une question adéquate d'ouverture, écouter attentivement les propos du patient sans l'interrompre ou l'orienter afin d'obtenir plus de précisions, s'assurer qu'il ait bien énuméré la totalité des raisons de sa visite.

Puis recueillir les informations ou explorer la pathologie et le contexte de base correspond à encourager le patient à raconter précisément l'histoire de ses problèmes et son ressenti, l'écouter attentivement, clarifier les points flous, résumer et établir la séquence temporelle des événements afin de valider les paroles du patient, comprendre ses attentes, perspectives, craintes et croyances. L'examen clinique est également à ne pas négliger car il met en lumière les fonctions atteintes du patient.

L'étape suivante est le don d'explications et la planification de la suite des événements : le professionnel doit être en mesure de fournir les explications nécessaires aux moments les plus appropriés, en quantité et qualité adéquates, d'évaluer les connaissances du patient sur le sujet, ainsi que l'aider à retenir et comprendre les informations (langage concis, informations répétées...). Il est de plus de son devoir d'aider le patient à prendre une décision, en lui offrant des suggestions plutôt que des directives, de discuter d'un plan d'action personnellement adapté et enfin de s'assurer que toutes ses interrogations aient bien été prises en compte.

Enfin, après toutes ces étapes, l'entrevue doit être clôturée. Le professionnel conclut à ce moment en expliquant les résultats inattendus possibles du traitement. Ils planifient ensemble les prochaines étapes et les suivis, et s'assure une dernière fois de l'accord du patient avec le plan proposé.

Cette structuration de l'entrevue permet au praticien d'aborder tous les thèmes nécessaires dans un ordre judicieux afin qu'ils apparaissent compréhensibles et complets pour le patient. Ces divers thèmes sont illustrés plus précisément dans l'annexe 1.

Dans ce modèle, l'aspect "centré sur la patient" vu dans la partie précédente reste présent et quantifiable via la mesure de trois volets de la communication [Bertakis, 2009].

La première composante est l'exploration de la maladie et le recueil de l'anamnèse. La deuxième est la compréhension des attentes et craintes du patient et la dernière correspond à trouver un « terrain d'entente ».

La part de chaque composante varie selon divers facteurs dont l'âge et le sexe des interlocuteurs. En effet, les praticiens femmes auraient de façon générale une approche plus centrée sur le patient que les hommes. Plus précisément, les femmes parviendraient à approcher plus efficacement la première composante en se centrant sur un partage du temps de parole avec le propriétaire. De plus, elles donneraient une attitude plus positive et émotionnelle, sembleraient moins pressées et donc obtiendraient une anamnèse plus complète que les vétérinaires hommes [Shaw et col, 2012].

En revanche, la seconde composante serait mieux approchée par les hommes bien que ces derniers auraient plus de mal à construire une relation avec les propriétaires.

Un propriétaire aurait de même tendance à être plus détendu, à participer à la consultation si lui et le vétérinaire sont deux hommes ou deux femmes.

2) RIAS ou « *Roter Interaction Analysis System* »

Le RIAS représente la méthode de décodage conventionnelle des dialogues médicaux. Elle met en œuvre des interactions tridimensionnelles: du vétérinaire au client, du client au vétérinaire et du vétérinaire à l'animal.

a. Communication du vétérinaire au propriétaire

La conversation entre ces deux protagonistes est découpée selon quatre objectifs essentiels du rendez-vous médical rappelé ici plus précisément:

- « *Data collection* »: recueil données médicales (commémoratifs de la pathologie), du mode de vie de l'animal (alimentation, activité, habitudes...). D'après Shaw, Adams et Bonnett, cela représente en moyenne 9% de la consultation.
- « *Education and counseling* » : fournir des informations au patient sur sa maladie (ou celle de son animal) ainsi que sur les possibles traitements (48% du temps de la consultation).
- « *Relationship building* » : développer un rapport social avec le patient, répondre à ses craintes et son questionnement : présenter de l'empathie (30% de l'entretien).
- « *Activation and partnership* » : encourager le propriétaire à prendre part à la consultation, à exprimer ses attentes, préférences et perspectives afin de prendre une décision à deux (7% de l'ensemble du dialogue).
- Orientation et construction de la consultation (6%) afin de rester centré sur les sujets importants lors de l'examen du patient.

Tableau 2 - Découpage de la consultation selon le modèle RIAS et facteurs mis en jeu

COMPOSANTES DU DIALOGUE	VARIABLES MISES EN JEU	EXEMPLES DE QUESTIONS/AFFIRMATIONS DU VETERINAIRE
Recueil des données	Questions fermées	Depuis combien de temps est-il malade?
	Questions ouvertes	Que se passe-t-il avec votre chien?
Informations et conseils	Informations le traitement...	Ce traitement aide à diminuer la douleur
	Conseils donnés	Garder le au repos pendant 1 semaine
Construction d'une relation	Phrases positives:	
	* <i>compliment</i>	Votre toilleteur a une très bonne réputation
	* <i>rires et blagues</i>	
	* <i>accord</i>	Oui c'est vrai, c'est ça
	* <i>approbation</i>	Vous avez eu raison de la garder à l'intérieur
	Phrases négatives:	
	* <i>désapprobation</i>	Non je ne pense pas que ce soit ça
	* <i>critiques</i>	Elle n'est jamais là quand j'ai besoin d'aide
	Phrases sociales:	
	* <i>remarque personnelle</i>	Comment vont vos enfants?
	Construction d'un rapport:	
	* <i>empathie</i>	Je comprends que c'est stressant pour vous
	* <i>légitimation</i>	Je comprends pourquoi cela vous fait peur
	* <i>partenariat</i>	J'aimerais travailler avec vous pour le traitement
	* <i>être concerné</i>	Je suis préoccupé par cette masse
	* <i>rassurer</i>	Je pense vraiment que ça pourra l'aider
* <i>témoignage personne</i>	J'ai eu le même problème avec mon chien	
Encouragement du propriétaire	Vérifier la bonne compréhension du propriétaire	Avez-vous bien compris comment il faut utiliser ce produit ?
	S'intéresser à l'opinion du propriétaire	Quelle serait selon vous l'origine de son problème ?
	Questionner pour rassurer	
	Vérifier les dire du propriétaire	Donc le prurit a bien commencé il y a 5 jours?
Construction de la consultation	Phrases de transition	J'aimerais vous poser quelques questions sur tel sujet
	Orientation	Je vais maintenant l'examiner

b. Communication du propriétaire au vétérinaire

Si l'on se place du côté du propriétaire, voici quelques chiffres significatifs :

- 4% du temps de la consultation est dédié aux questions posées par le propriétaire,
- 50% environ est consacré à fournir les informations au vétérinaire,
- 44% représente la construction de la relation, via une conversation sociale, des affirmations neutres, positives ou négatives formulées par le propriétaire
- 3% est dédié au partenariat ; le propriétaire résume les informations que le vétérinaire lui a fournies afin d'être sûr qu'il les a bien assimilées.

c. Communication du vétérinaire à l'animal

Environ 8 % des vétérinaires s'adressent directement aux animaux lors de la consultation ; cela rassure le propriétaire à travers le contact avec son animal et peut permettre de vérifier les dires du propriétaire sans le contrarier.

d. Décodage du dialogue médical en pratique

Concrètement, afin de décoder un dialogue médical, 3 thèmes sont à analyser:

- 1) le contenu de la discussion avec les thèmes abordés (cf. paragraphes ci-dessus).
- 2) le ton émotionnel de la discussion: positif (intérêt pour l'autre, réactivité, sympathie/empathie, respect) et négatif (colère, anxiété, dominance) ; à noter sur une échelle de 1 à 5 (1=bas, 5=haut).
- 3) le dynamisme relationnel de la communication en utilisant le score de dominance verbale et le score de " discussion centrée sur le patient ".

Le score de dominance verbale est par définition le rapport du nombre total de prise de parole du vétérinaire par le nombre total de phrases dites par le client. Si la valeur obtenue est supérieure à 1, alors la discussion est dominée par le vétérinaire. Inversement, si elle est inférieure à 1 cela signifie que le propriétaire intervient plus que le praticien. Si le rapport est égal à 1, le temps de parole est équitablement réparti entre les deux interlocuteurs.

D'après Shaw, 60% du dialogue est habituellement mené par le vétérinaire et 40% par propriétaire. La moyenne du score de dominance verbale (sur les 300 consultations de l'étude) est

de 1,8. Il était supérieur à 1,5 dans 60% des entretiens, le minimum était de 0,4 et le maximum 12,4.

Le second paramètre calculé est le dialogue centré sur le patient [Mead, 2007]. Il se calcule en divisant les interventions relatives à la communication centrée sur le patient (lors de la construction d'une relation sociale) par celles centrées sur le praticien (lors de questions médicales ouvertes ou fermées).

Le RIAS est ainsi la méthode de codage des consultations la plus largement citée dans la littérature médicale et utilisée en médecine humaine. Elle estime la durée de chaque catégorie de thèmes abordés (28 en tout), en différenciant le temps de parole du patient et celui du praticien.

Ce procédé d'analyse évalue directement en pratique la structure et le contenu de la communication, ainsi que les thèmes non abordés mais néanmoins nécessaires à une communication efficace.

Le RIAS est une méthode également utilisable en médecine vétérinaire car la structure de base d'un rendez-vous médical reste la même dans ces deux domaines, ainsi que l'objectif de la consultation (améliorer la santé du patient). L'étude de Shaw citée plusieurs fois précédemment est d'ailleurs la première à utiliser le RIAS comme méthode de décodage de rendez-vous vétérinaire.

e. Exemple d'utilisation de la méthode RIAS en médecine vétérinaire

Shaw et Bonnett ont, dans une autre étude, comparé des « consultations de bien-être » c'est à dire sans problème particulier de santé sur l'animal, comme les consultations vaccinales ou les bilans de santé sur un animal âgé, à des « consultations relatives à une maladie particulière ».

[Shaw et col. 2008].

Dans le premier type de consultations, de nombreux sujets différents sont abordés : 50% des affirmations sont dédiées au recueil de données concernant le mode vie de l'animal et 27% à l'éducation du patient. La construction d'un rapport avec le propriétaire et l'animal est deux fois plus importante que dans le second type de consultations (plus de rires, ambiance détendue, paroles rassurantes...).

Lorsque l'animal est présenté pour une pathologie, 90% du recueil des données et de l'éducation des patients s'orientent vers des sujets médicaux (plutôt que vers des sujets sociaux).

Ces résultats suggèrent que la communication entre le vétérinaire, le propriétaire et l'animal diffère selon le type de consultations et que les praticiens n'utilisent pas toujours tous les outils nécessaires à une communication efficace.

En se concentrant uniquement sur les données médicales, le vétérinaire peut minimiser les autres aspects de la consultation ce qui pourrait, au contraire de l'effet souhaité, impacter la prise en charge de l'animal (et donc le succès du traitement) et du propriétaire (insatisfaction, mauvaise observance). Les thèmes les plus régulièrement écartés de la discussion sont l'empathie et l'encouragement des propriétaires à prendre part à la discussion.

3) Comparaison des deux méthodes d'analyse des dialogues médicaux

Le modèle *Calgary-Cambridge* et le RIAS structurent la consultation médicale de manière organisée, en rappelant les thèmes à aborder, les comportements à adopter, ainsi que l'ordre dans lequel ils doivent l'être afin de parvenir aux objectifs définis de l'entrevue. L'une des divergences entre ces deux méthodes serait dans l'analyse précise des comportements et thèmes. En effet, le RIAS se focalise sur la présence ou l'absence des comportements alors que le modèle *Calgary-Cambridge* prend en compte la présence ou l'absence des diverses étapes de chaque tâche, plutôt que des comportements eux-mêmes.

Ces deux modèles restent néanmoins complémentaires et utilisables en pratique lors des entrevues médicales. Ils permettent d'étudier une consultation, d'une part à l'aide des thèmes abordés et de l'ordre dans lequel ils le sont, et d'autre part, à travers les comportements adoptés par les protagonistes. C'est pourquoi nous ferons référence à ces deux modèles dans la seconde partie.

Ainsi nous avons dans cette partie, à l'aide d'une étude bibliographique, présenté et souligné les caractéristiques et l'importance de la communication de manière générale puis lors d'un échange médical. Nous avons vu que la communication joue un rôle primordial dans la prise en charge d'un patient (humain ou animal) et sa guérison. En effet, bien communiquer permet au patient ou propriétaire d'un animal, d'un côté de bien suivre le traitement indiqué, et d'un autre de revenir vers le professionnel de santé en qui il a toute confiance en cas de doutes ou d'interrogations.

Suite à cette première étude, il nous a paru intéressant d'aller observer sur le terrain, la place de la communication entre les vétérinaires et propriétaires d'animaux, lors de consultations

« sans pathologie », en utilisant comme exemple la primo-vaccination de chiot. En effet, dans cet exemple, le rôle du praticien n'est pas uniquement l'acte vaccinal mais également et surtout la communication avec le propriétaire sur de nombreux thèmes. Si le dialogue n'est pas bien mené ou incompréhensible, ou si le propriétaire et le praticien ne sont pas en phase, cela pourrait avoir des conséquences sur la santé ou le comportement du chiot à plus ou moins long terme. C'est pourquoi nous avons choisi d'étudier l'importance du dialogue médical dans ce type de consultation, que nous allons présenter dans une seconde partie.

DEUXIEME PARTIE

Etude de l'importance de la communication entre
les vétérinaires et les propriétaires à l'aide
d'enregistrements de consultations vaccinales de
chiots

I) PRESENTATION DE L'ETUDE ET OBJECTIFS

A) Présentation générale

Il a été démontré dans de nombreuses études que la satisfaction des patients en médecine humaine, ainsi que l'observance thérapeutique, passent par un certain nombre de paramètres relationnels. C'est pourquoi il semble intéressant d'explorer et d'étudier dans ce travail les interactions entre le praticien et le propriétaire en médecine vétérinaire lors de consultations.

Cette étude a pour objectif de mettre en avant les points forts et les points faibles d'un type de consultation particulier. Ces aspects seront évoqués, d'un côté par les propriétaires eux-mêmes qui dévoileront leur ressenti, et de l'autre par l'analyse plus fine et méthodique de la consultation.

B) Intérêt de l'étude

Nous avons choisi de nous centrer sur un certain type de consultation afin de pouvoir comparer les dialogues médicaux de plusieurs praticiens de cliniques vétérinaires différentes, portant sur le même sujet. Ceci dans le but de mettre en évidence diverses approches, d'en retirer ce qui fonctionne, et au contraire ce qui pourrait être amélioré d'après le propriétaire. Son point de vue est essentiel car son attention et sa motivation à la sortie de la consultation influenceront directement sa façon d'agir avec l'animal et donc l'efficacité des traitements mis en place.

A l'aide des résultats obtenus, ce travail proposera des pistes de restructuration ou de prise en charge de cette consultation, afin d'optimiser la satisfaction et donc la compréhension du propriétaire.

1) Le premier contact entre le praticien et le propriétaire

Le type de consultation retenu est la primo-vaccination de chiots. Cette première visite du propriétaire dans la structure vétérinaire avec son nouvel animal de compagnie reste déterminante pour la suite. C'est en effet tout d'abord lors de cet échange avec le praticien, que la fidélisation et la satisfaction se mettent en place. La prise de contact initiale ainsi que la première impression que le professionnel renvoie de lui et donc par extrapolation de la structure dans laquelle il exerce, répond à la « règle des quatre 20 » [Poubanne, 2009].

Les 20 premiers mots prononcés, les 20 premiers gestes effectués dans les 20 premières secondes et les 20 premiers centimètres séparant les interlocuteurs sont primordiaux à une bonne première impression. En effet, une voix hésitante n'aura pas le même effet qu'une voix sûre avec des mots compréhensibles et audibles. De même pour l'attitude du praticien : il peut garder les bras croisés ou au contraire se tenir droit; il peut rester à distance de son interlocuteur ou au contraire assez proche pour lire ses expressions faciales mais sans pour autant interagir avec son espace intime.

La première consultation vaccinale du chiot est une bonne illustration de l'étude réalisée par the American Veterinary Medical Association (AVMA) qui a noté les facteurs influençant le choix des propriétaires pour tel ou tel structure vétérinaire :

- la proximité de la structure (65% des répondants ont choisi ce paramètre),
- les recommandations faites par des clients réguliers (42%),
- les tarifs proposés (39%),
- les heures d'ouverture et la disponibilité (31%),
- la signalisation de la clinique par une pancarte nettement visible (7%).

Ce qui est surprenant, c'est que la qualité des actes réalisés n'apparaît pas en priorité. En effet, les clients ne pouvant pas facilement juger du niveau médical ou chirurgical du vétérinaire, ils se focalisent sur l'aspect pratique des services proposés par la structure.

Dans le cas d'une consultation de primo-vaccination du chiot, lorsque de nouveaux clients prennent rendez-vous, ce sont les facteurs cités précédemment qui entrent en jeu dans le choix de la clinique.

Dans le cas de clients habitués, ayant déjà amené un animal, ou lors des consultations suivantes (comme le rappel annuel de vaccination par exemple), d'autres facteurs de choix sont impliqués et sont cette fois-ci liés au vétérinaire ou au personnel de la clinique (relation de confiance, satisfaction).

2) Une multitude d'informations données

Le second intérêt de ce type de consultation est que de nombreux conseils et informations sont transmis à un propriétaire, qui parfois débute dans l'éducation d'un chiot.

Les données concernent la médecine somatique, préventive et comportementale [Massal, 2010].

a. La médecine somatique

Le terme de somatique fait référence au corps de l'animal et donc à l'examen clinique précis réalisé par le vétérinaire. Lors de cet examen, le praticien examine tout d'abord un chiot qu'il n'a encore jamais vu, puis met en évidence les éventuelles anomalies relevées, comme par exemple une hernie ombilicale ou un testicule ectopique.

C'est également pour lui l'occasion de donner des conseils sur l'entretien de l'animal, sur le nettoyage des oreilles, des yeux, des dents, de la peau. Il peut expliquer à ce moment-là comment réaliser l'acte en pratique, à quelle fréquence et quels produits utiliser.

De même, il est important d'évoquer avec le propriétaire les spécificités de la race et les prédispositions à certaines pathologies. Dans le cas d'un bouledogue par exemple, le professionnel devrait parler des problèmes locomoteurs (hernie discale), cutanés (atopie) ou respiratoires (syndrome brachycéphale) afin d'informer le propriétaire, mais sans pour autant l'effrayer.

b. La médecine préventive

Les informations évoquées lors de la première visite regroupent de nombreux thèmes. Au sein d'un même thème, les conseils sont également multiples.

L'alimentation regroupe le type d'aliment (croquettes, pâtée ou ration ménagère), la gamme, la quantité à augmenter avec la croissance, l'embonpoint, le nombre de repas par jour, le moment des repas ou encore la façon de procéder.

Pour la vaccination, il est important d'évoquer l'intérêt, la fréquence des injections, contre quelles maladies les vaccins protègent, quelles valences sont adaptées au chien en fonction de son mode de vie, quelles valences peuvent être faites de suite et quelle est leur efficacité.

Par ailleurs, il convient d'expliquer au propriétaire que l'identification de l'animal est obligatoire et de présenter avantages et inconvénients du tatouage ainsi que du transpondeur électronique. Concernant les antiparasitaires internes et externes, il faudrait présenter au propriétaire la fréquence d'utilisation ou les gammes de produits existants.

Enfin, parler de stérilisation ou de castration avec le client semble important afin de connaître son point de vue sur le sujet : envisage-t-il de faire faire une portée ? Si oui (ou non) quelles sont ses raisons personnelles ?

La difficulté de cette partie fondamentale à d'aborder, est d'apporter suffisamment d'informations pour répondre à toutes les questions du propriétaire, sans pour autant le perdre dans trop d'explications.

c. Médecine comportementale

Un autre point primordial à mettre en lumière lors de la première visite est l'aspect comportemental. Les conseils majeurs sont résumés par les 4A : Attachement, Anxiété, Autocontrôles et Agressivité [Massal, 2010].

L'attachement est un comportement normal pour un chiot, à sa mère au début puis à son adoptant. Ce lien lui permet d'explorer son environnement et de devenir autonome sans se sentir stressé. En revanche si un hyper-attachement se développe, une anxiété permanente troublera le comportement de l'animal lors de séparation par exemple.

Pour minimiser l'anxiété du chiot, il est nécessaire que pendant les 3 premiers mois, il soit confronté à de multiples situations, endroits et personnes différentes ; on parle de socialisation extrinsèque. Dans le cas d'un environnement pauvre lors de ses premiers mois de vie, l'animal sera apeuré par les situations nouvelles qu'il n'aura jamais rencontrées. Il développera donc un syndrome de privation sensoriel à l'âge adulte.

Par ailleurs, si le chiot n'a pas été assez longtemps en contact avec ses congénères, il pourra présenter des comportements excessifs lors de jeux, sans savoir s'arrêter. Il pourra agir de même avec son propriétaire. C'est pourquoi la morsure inhibée acquise vers 8 semaines d'âge doit être entretenue afin de ne pas conduire à un syndrome d'hyperactivité.

Le propriétaire devra de plus apprendre la propreté au chiot, en comprenant bien que la définition de la propreté est différente entre lui et son animal.

Enfin, en interagissant avec des chiens adultes, le chiot apprend des postures d'apaisement et de soumission lorsque cela est nécessaire, c'est la socialisation interspécifique.

Ces comportements que le chiot doit acquérir dès les premiers mois de sa vie, sont à expliquer clairement au propriétaire car ils seront beaucoup plus difficiles à corriger à l'âge adulte. Dans ce cas, l'emploi de termes professionnels est à minimiser. Lors de la seconde visite un mois plus tard, d'autres points du comportement pourront être abordés comme l'apprentissage des ordres simples ou la hiérarchie par exemple.

Les attentes des propriétaires au sujet des thèmes qu'ils souhaitent voir aborder par le professionnel ont clairement été définies [Moreau, 2010].

Les résultats obtenus après lecture des questionnaires sont les suivants :

- 74% espèrent que le vétérinaire évoque la santé générale de leur animal : ce qui est conforme à l'attendu à l'examen clinique et est trop rarement expliqué, ou les anomalies rencontrées.
- 63% se concentrent sur les soins préventifs possibles à réaliser,
- 60% souhaitent parler de nutrition,
- 44% de comportement,
- 15% d'éducation (club de dressage, école du chiot...)
- 30% s'attendent à ce que le vétérinaire évoque en plus les services d'urgences proposés par la clinique.

Les thèmes à aborder étant nombreux, le propriétaire est-il en mesure de tous les mémoriser ? Cette question est essentielle car ce que le propriétaire retiendra, il pourra l'appliquer et le mettre en pratique sur son animal de compagnie. C'est ce que nous allons tenter d'investiguer à l'aide des résultats des enregistrements.

Ce questionnement a été étudié il y a quelques années par Gazzano [Gazzano. 2008]. Dans cette étude, il a évalué l'efficacité des conseils comportementaux donnés par le praticien lors de la première visite. Les auteurs ont comparé deux groupes d'individus : un premier groupe dans lequel le sujet du comportement du chiot a été évoqué lors du rendez-vous (46 propriétaires), et un second où ce thème n'a pas été abordé (43 propriétaires). Divers résultats significatifs ont été obtenus.

2% des chiots de groupe 1 ont des problèmes de propreté un an après la première visite, par rapport à 23% dans le groupe 2. Il en est de même pour les problèmes de mordillements où les pourcentages sont respectivement de 11% et 37%, pour les comportements agressifs envers les humains où nous avons 2% et 26%, ou encore pour la non-acquisition des autocontrôles où les pourcentages sont de 0% et 12%.

Ainsi dans cette étude, les conseils fournis lors de la première visite ont permis de prévenir l'apparition de comportements indésirables à l'âge adulte.

Néanmoins, nous pouvons nous demander si les résultats sont aussi probants si nous nous intéressons, en plus des conseils comportementaux, à l'aspect préventif et somatique de la consultation.

II) MATERIEL ET METHODE

A) Prise de contact avec les cliniques vétérinaires participantes

Six cliniques vétérinaires situées en périphérie de Toulouse ont accepté, après avoir pris connaissance du protocole de la thèse, de participer à cette étude.

Les cliniques contactées ont tout d'abord reçu un e-mail de présentation, puis suite à leurs réponses positives, m'ont personnellement reçue.

Le protocole précis, à savoir la signature du consentement éclairé par le propriétaire, l'enregistrement de la totalité des consultations de primo-vaccination de chiots à l'aide d'un dictaphone ainsi que le questionnaire destiné au propriétaire en fin de séance, leur a été présenté.

Suite à l'accord des praticiens, nous nous sommes mis d'accord sur la façon dont ils me communiqueraient le jour et l'heure des rendez-vous en question. Certaines structures ont préféré demander à leurs assistantes de m'appeler ou de m'envoyer un message dès qu'une consultation de vaccination de chiot serait prévue sur le planning. D'autres m'ont proposé d'appeler régulièrement la clinique (environ deux fois par semaine) afin de me mettre à jour des rendez-vous.

B) Présentation d'un rendez-vous type

Lorsqu'un rendez-vous de primo-vaccination de chiot était planifié, je me rendais dans la structure concernée. Pendant que le propriétaire était en salle d'attente, je me présentais, lui exposais l'intérêt de ma thèse et lui demandais s'il acceptait de participer. Dans l'affirmative, il signait un consentement éclairé dans lequel était expliqué que l'enregistrement serait anonyme, confidentiel et exclusivement dédié à la thèse (Annexe 2).

Puis en salle de consultation, le dictaphone était placé à l'endroit le plus adéquat afin de pouvoir enregistrer toutes les paroles du vétérinaire et du propriétaire, où qu'ils se trouvent dans la salle. Le plus souvent il s'agissait du bureau ou de la paillasse.

En fin de consultation, soit dans la salle, soit de retour à l'accueil, le propriétaire remplissait le questionnaire qu'il découvrait pour la première fois.

C) Population

Sept structures vétérinaires ont été contactées et six ont répondu positivement. La cause du refus était un protocole qui ne serait pas accepté par les propriétaires d'après la structure vétérinaire. Concernant les propriétaires, aucun n'a refusé d'être enregistré et de répondre au questionnaire.

En tout, 17 enregistrements sur 19 étaient exploitables. Le premier n'était pas une primo-vaccination de chiot mais la vaccination d'un chien venant pour la première fois à la clinique. Pour le second enregistrement non étudiable, le dictaphone n'a pas enregistré le début de l'entretien. Ces 17 consultations se sont déroulées sur une période de 3 mois.

D) Le questionnaire

Le questionnaire de deux pages donné au propriétaire du chiot était constitué de plusieurs types d'interrogations :

- des questions fermées

Exemple : Est-ce le **premier chiot** que vous possédez ? Oui Non

- des questions ouvertes à réponse limitée

Exemple : Quels ont été les **thèmes abordés** par le vétérinaire avec vous ?

- des cases à cocher :

Tableau 3 - Extrait du tableau de satisfaction destiné au propriétaire

	Pas d'accord du tout	Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
a) La quantité d'information transmise par le vétérinaire lors de cette consultation était suffisante.						
b) La durée de la consultation était suffisante pour transmettre toutes ces informations.						
c) Vous avez pu poser toutes vos questions lors de la consultation.						
→ Si vous n'avez pas pu poser toutes vos questions, expliquez pourquoi.						

L'objectif du questionnaire était d'obtenir rapidement, en quelques minutes, le ressenti personnel des clients, ainsi que les idées fortes retenues lors de la consultation. Il est présenté dans sa totalité en l'annexe 3.

E) Les enregistrements

Les enregistrements obtenus avec le dictaphone ont été retranscrits manuellement sur le programme Excel en séparant les interventions du vétérinaire et du ou des propriétaires, afin de pouvoir ensuite les analyser (Annexe 4). Ils représentent, par rapport au questionnaire, le reflet objectif des thèmes abordés et la manière dont ils l'ont été.

Afin de pouvoir identifier les enregistrements et les associer à un questionnaire, un code a été donné à chaque couple enregistrement/questionnaire : une lettre reprenant la ville où se situe la clinique + la lettre « C » comme abréviation de « client » et un chiffre correspondant au énième client ayant participé à la thèse dans la clinique.

III) METHODE D'ANALYSE

A) Découpage des enregistrements

Les enregistrements ont été découpés en séparant les diverses thématiques abordées, par l'utilisation de couleurs différentes. Cette alternance de thématique a rendu l'analyse de ces enregistrements plus visuelle et aisée.

Tableau 4 - Extrait du découpage d'un enregistrement par thématique.

V *	Il a été adopté il y a 2 semaines vous m'avez dit?	D'où vient l'animal
P **	Oui c'est ça, ça fait 2 semaines exactement	
V	Chez des particuliers?	
P	Oui	
V	Allez on va le mettre sur la table pour faire son examen. Alors aujourd'hui il y a le rappel du vaccin; la puce il l'a déjà.	But de la consultation
	Est-ce que vous vous l'avez vermifugé?	Vermifugation
P	Alors elle l'avait vermifugé et elle m'a dit qu'il fallait, je pense voir pour le refaire	
V	On va le refaire ... Donc là effectivement on va le vermifuger tous les mois jusqu'à ses 6 mois	
P	D'accord	
V	Ça va être très important pour traiter les vers, parce que ces petites bêtes elles mangent un peu n'importe quoi !	Puces
	Et bien le traiter contre les puces aussi	
P	Oui oui, elle lui a mis une pipette déjà.	
V	Elle avait déjà mis oui je l'ai vu sur le carnet.	Exploration
V	Comment ça se passe à la maison du coup?	
P	Il est super chouette, il est adorable	
V	Ouais; il ne fait pas trop de bêtises?	
P	Non pas du tout, franchement c'est la première fois que j'ai un petit chiot aussi sage.	
V	Vous en avez déjà eu des chiens?	

* V : paroles du vétérinaire

** P : paroles du propriétaire

B) Grille d'analyse

Les résultats ont été analysés à l'aide de la grille suivante qui reprend les paramètres qui nous ont semblé être les plus judicieux à comparer entre les consultations. Ce tableau nous a de plus permis de regrouper toutes les informations collectées lors des 17 enregistrements afin de les comparer plus rapidement et efficacement. De même, le calcul de moyennes a été plus pratique une fois les données réunies sur une seule page.

1	CONSULTATION (numéro 1 à 17)	
2	Durée de la consultation (minutes)	
3	Heure de la consultation (matin - après midi)	
4	Composition famille (couple, enfants...)	
5	Sexe vétérinaire/propriétaire principal/propriétaire secondaire	
6	Premier chiot pour les propriétaires: oui / non	
7		
8	COMMUNICATION (d'après les enregistrements)	
9	Nombre interventions vétérinaire	
10	Nombre interventions propriétaire (réponse questions ou questions posées)	
11	Score participation active du propriétaire (A13/A11)	
12	Nombre de fois où l'intervention du propriétaire est "oui, d'accord, non"	
13	Score réception passive (A15/A11)	
14	Participation totale du propriétaire (A15 + A13)	
15	Score dominance verbale (A11/A17)	
16		
17	Nombre de fois où le vétérinaire s'adresse au chien	
18	Nombre de questions fermées (vétérinaire)	
19	Nombre de questions ouvertes (vétérinaire)	
20	Nombre questions posées par le propriétaire	
21	Nombre d'interruptions de la communication (par un facteur extérieur)	
22		
23	Cause de l'interruption (téléphone sonne, ASV entre...)	
24		
25	THEMES ABORDES/ RETENUS (d'après questionnaire)	
26	Nombre de thème abordés	
27	Nature des thèmes abordés	
28	Nombre de thèmes retenus	
29	Nature des thèmes retenus	
30		
31	* Thèmes retenus	
32	Quand sont-ils évoqués? (Début -milieu- fin)	
33	Combien de fois sont-ils répétés?	
34	Nombre de thèmes retenus faisant suite à question/intervention du propriétaire	
35	Nombre de thèmes retenus NE faisant PAS suite à question posée par le propriétaire	
36		
37	* Thèmes non retenus	
38	Quand sont-ils évoqués?	
39	Combien de fois sont-ils répétés?	
40		
41	PROPRIETAIRE (d'après questionnaire)	
42	Satisfaction (0: pas du tout satisfait, 5:complètement satisfait) :	
43	* quantité d'information transmise	
44	* durée consultation	
45	* langage compréhensible du vétérinaire	
46	* réponses claires du vétérinaire	
47	* thèmes abordés suffisamment nombreux	
48	* documentation fournie en fin de consultation	
49	* satisfaction / communication avec le vétérinaire	
50		
51	CONSTRUCTION LIEN VETERINAIRE/PROPRIETAIRE	
52	Ancienneté propriétaire dans la structure	
53	Moyens mis en œuvre pour créer un lien:	
54	* Rires	
55	* Autres thèmes abordés que le chiot	
56	* Autre	
57		
58	Commentaires du vétérinaire	
59	Commentaires propriétaire	

Pour déterminer le score de participation active (ligne 14 de la grille d'analyse), nous avons regroupé les réponses des propriétaires aux questions du vétérinaire, les questions qu'ils posent ou leurs explications sur le mode de vie de leur animal, son comportement ou ses habitudes.

Ce calcul a été réalisé en divisant le nombre d'interventions du propriétaire par le nombre d'interventions du vétérinaire. Par définition, une intervention du vétérinaire (ou unité de mesure) est le discours tenu par le praticien entre deux interventions du propriétaire. Il en va de même pour la signification d'une intervention du propriétaire. De même, le score de réception passive (ligne 16 de la grille d'analyse), correspond aux réponses des propriétaires aux questions ou aux affirmations du vétérinaire, par un simple « oui », « d'accord » ou « non » mais sans plus de détail.

Le score de dominance verbale (ligne 18 de la grille d'analyse) prend en compte la participation active et passive du propriétaire.

Par ailleurs, nous avons choisi comme définition des thèmes retenus, les thèmes évoqués par le propriétaire dans le questionnaire post-consultation. Réciproquement, les thèmes non retenus sont ceux n'apparaissant pas dans les réponses du questionnaire.

Nous nous sommes également intéressés au moment de la consultation où les thèmes retenus ont été abordés. Pour cela, la consultation a été divisée en 3 : le premier quart de la consultation ou début de la consultation (« entre 0% et 25% de la durée de la consultation »), entre 25% et 75% et le dernier quart ou fin de la consultation (« entre 75% et 100% »). Les intervalles sont exprimés en pourcentage et non en minutes afin de pouvoir comparer tous les enregistrements de durées différentes.

En outre, la satisfaction du propriétaire évoquée à partir de la ligne 46 de la grille d'analyse a dans un premier temps été caractérisée de façon qualitative via le questionnaire. Puis, afin de quantifier cette satisfaction et de calculer les moyennes de chaque point évoqué, les variables qualitatives « *pas du tout d'accord* », « *tout à fait d'accord* »... ont été associées à des variables numériques, respectivement sur une échelle de 0 à 5.

Tous ces paramètres calculés nous ont permis d'affiner plus précisément les caractéristiques de la communication et les interventions des deux protagonistes.

IV) RESULTATS

A) Résultats quantitatifs des analyses

Dans cette partie, nous avons utilisé les données chiffrées obtenues par l'analyse des résultats de la grille d'enregistrements. Nous avons calculé des moyennes ainsi que des intervalles de confiance afin de préciser la moyenne obtenue.

Les précisions ou tailles des intervalles de confiance sont calculées avec une sécurité de 95%, à l'aide de la loi de Student Inversée. Autrement dit, la probabilité que la moyenne des différents paramètres utilisés dans la suite, soit dans l'intervalle de confiance est de 0,95. Ils sont notés ainsi : [(moyenne – précision) – (moyenne + précision)] ou moyenne +/- précision.

Nous avons de plus comparé divers résultats à l'aide de la loi de Fisher, afin d'estimer l'éventuelle significativité des différences obtenues avec ici aussi une marge d'erreur de 5%.

Autrement dit, si la *p-value* ou « p » calculée à l'aide de ce test est inférieure à 0,05 alors la différence observée entre les paramètres sera considérée significative (même si la marge d'erreur n'est pas nulle, elle reste acceptable).

1) La durée de la consultation

La durée moyenne des consultations est de 35 min +/- 6 minutes : 95% des consultations ont une durée comprise entre 29 et 41 minutes. Cette durée semble supérieure à celle des consultations générales (autre que les consultations de primo-vaccination de chiot), qui dans la grande majorité des cliniques est de 15 à 30 minutes. Cependant, elle paraît encore trop insuffisante d'après plusieurs propriétaires interrogés, afin de recevoir toutes les informations fournies par le praticien lors de cette première visite.

Néanmoins, dans notre approche bibliographique, nous avons vu que parallèlement à l'augmentation de la durée du rendez-vous, l'attention des protagonistes diminue nettement. En effet, rappelons qu'au bout de 15 minutes, la capacité d'attention est à son maximum (90% et non 100%), puis diminue rapidement pour atteindre 50% en 30 minutes. L'intérêt de réaliser des consultations plus longues semble alors discutable.

2) La place du propriétaire dans la discussion

D'après l'analyse des enregistrements, le propriétaire participe activement à la consultation dans 59 % de ses interventions, avec un intervalle de confiance de [51-67].

En revanche, dans 30% du dialogue [24 -36], le propriétaire reste passif et ne répond que par des « oui d'accord » ou des « non ».

D'après la méthode RIAS détaillée dans la première partie, nous rappelons que la moyenne du score de dominance verbale d'après Shaw et Bonnett dans leur étude de 2004 était supérieure à 1 (égale à 1,8). Ainsi, le vétérinaire semblait dominer la discussion par un nombre de prise de paroles plus important. Concernant nos résultats, la moyenne du score de dominance verbale est de 1,15 +/- 0,07. Sa valeur la plus basse égale à 1,08 reste encore supérieure à 1.

Ainsi, bien que le propriétaire semble participer activement à la consultation en décrivant entre autre le mode de vie de son chiot, la prise de parole du vétérinaire et donc les informations et conseils fournis restent plus importants. Le vétérinaire paraît donc encore plus « paternaliste » que « collaborateur ».

3) Le praticien et le chiot

Le vétérinaire s'adresse en moyenne 4,5 fois [3,1 – 5,9] à l'animal au cours de la consultation. Tous les vétérinaires de l'étude se sont adressés au moins une fois au chiot, le plus fréquemment lors de l'examen clinique.

Cette valeur est largement supérieure à celle donnée dans la bibliographie (8%), ce qui peut être expliqué par la taille des échantillons et le type de consultations très différent. Néanmoins, le contact direct avec l'animal semblerait rassurer le propriétaire qui considère de plus en plus le chiot comme un membre de la famille, et souhaite que le vétérinaire en fasse autant, en commençant par lui parler directement.

4) Les questions

Lors de l'analyse des enregistrements, il nous a paru intéressant de séparer deux types de questions posées par le vétérinaire qui ont deux objectifs différents : les questions fermées, qui confirment ou infirment une idée, et les questions ouvertes qui invitent le propriétaire à s'exprimer. Le nombre moyen de questions fermées destinées au propriétaire est de 26 [19-33] par consultation. Celui concernant les questions ouvertes est de 4 [3-5] par consultation.

Ainsi, les vétérinaires posent 6,5 fois plus de questions fermées que de questions ouvertes au propriétaire. Ce résultat peut être mis en relation avec la participation passive non négligeable des propriétaires qui répondent habituellement « oui » ou « non » à ce type de questions.

De plus, le propriétaire pose en moyenne 7 questions [6-8] au vétérinaire au cours de la consultation.

De même que précédemment, ce résultat justifie une partie de sa participation active au cours de la visite. Si l'on rapporte le nombre de questions ouvertes et fermées posées par le praticien à son nombre d'interventions, nous obtenons la valeur de 17% [14-20%]. Autrement dit, 17% des interventions des vétérinaires sont destinées aux questions posées et donc au recueil de données précises concernant les conditions de vie du chiot. Presque un quart de la consultation serait dédiée à la collecte d'informations donc à un discours dominé par le client, et trois quart à la formulation de conseils par le praticien. Ces résultats semblent en accord avec le score de dominance verbale supérieure à 1 calculé précédemment.

5) La rupture du dialogue

Le dialogue entre les deux protagonistes est interrompu environ 2 fois [1-3] par consultation. Le téléphone est la première cause de rupture de la conversation. En effet, régulièrement, le téléphone de la salle de consultation sonne et, que le praticien réponde ou non, cela engendre une déconcentration des interlocuteurs. Il en est de même lorsque c'est le téléphone du propriétaire qui est mis en cause.

De plus, assez fréquemment et parfois plusieurs fois dans la même consultation, une tierce personne (souvent l'auxiliaire vétérinaire) entre dans la salle de consultation afin de poser une question au praticien sur l'animal d'un autre propriétaire. Cette discussion ne peut que mettre le client à l'écart car pendant un court laps de temps, ce n'est plus de son animal dont il est question. Enfin, il arrive parfois que le professionnel ait à sortir de la salle, que ce soit pour aller chercher le vaccin ou autre chose, mais cela implique une rupture physique de la communication.

Dans tous ces cas, la présence de distractions environnementales ou d'interférences (bruits parasites...) induit une difficulté de concentration (cf. Partie 1 I.D) et implique un dysfonctionnement de la communication.

6) Les thèmes abordés par le vétérinaire et retenus ou non par le propriétaire

a. Thèmes abordés

Le nombre moyen de thèmes abordés par le vétérinaire lors de la consultation de primo-vaccination de chiot est de **13** [12-14]. Les thèmes retrouvés lors des enregistrements et classés par ordre d'importance sont présentés dans le tableau 5.

Tableau 5 - Nature et proportion des thèmes abordés lors des consultations

Nature des thèmes abordés	Nombre de consultations dans lesquelles le thème est abordé
Alimentation & Vaccination	17 (/17)
Antiparasitaires internes et externes*	16 (/17)
Propreté	14 (/17)
Identification électronique	11 (/17)
Mordillements	9 (/17)
Anxiété du chiot, soins des oreilles & ordres simples	8 (/17)
« Rester seul », reproduction & socialisation intrinsèque	7 (/17)
Soins yeux / dents, comportement avec les autres chiens, appareil locomoteur et poids & consultation pubertaire	5 (/17)
Examen cardiaque, bêtises, socialisation extrinsèque & lieu de couchage	4 (/17)
Jeu, troubles digestifs & pathologies spécifiques à la race	3 (/17)
Shampooing, club d'éducation & hernie ombilicale	2 (/17)
Marche en laisse, inhibition de la morsure, voyage, papier/LOF & aboiements	1 (/17)

* Cela comprend les discussions autour des parasites et des traitements à mettre en place.

Il faut préciser que l'anxiété du chiot illustré dans le tableau est évoquée par certains praticiens, à travers le syndrome de privation sensorielle, de même que pour la punition et les bêtises ou les autocontrôles et le jeu.

Lorsque le praticien évoque les ordres simples, il parle le plus régulièrement du rappel, assis, couché, ainsi que la récompense lorsque le chiot obéit. Concernant le comportement, ce que les vétérinaires appellent la socialisation intrinsèque est en fait un synonyme de manipulation du chiot (oreilles, bouche, yeux, mettre sur dos, brossage.....).

De même, nous entendons par socialisation extrinsèque le fait de sortir le chiot afin de le mettre en contact avec un maximum de stimuli extérieurs (bruits, lumière, foule...). Par le thème « reproduction » nous entendons le souhait par les propriétaires de faire faire une portée au chiot ou au contraire de faire castrer l'animal ou la stériliser.

Par ailleurs, l'examen de l'appareil locomoteur est l'occasion pour le vétérinaire de parler entre autre de la dysplasie des hanches et donc indirectement du poids de l'animal.

La consultation pubertaire est une consultation proposée par plusieurs vétérinaires pour revoir le chiot vers l'âge de 5-7 mois, afin de faire le point sur son comportement et apporter des corrections si besoin. Les praticiens proposent également régulièrement aux propriétaires, de participer à des séances d'éducation canine où plusieurs couples propriétaire/chiot seront présents. De plus, les pathologies spécifiques à la race ont été mises en avant lorsqu'il s'agissait de Bouledogue (atopie, hernie discale, syndrome brachycéphale), de Jack Russel (ataxie cérébelleuse, luxation de rotules) ou de Labrador (embonpoint et dysplasie des hanches).

Enfin, les thèmes les moins évoqués sont ceux faisant suite à une question spécifique du propriétaire; le vétérinaire n'en aurait sûrement pas parlé sinon.

b. Thèmes retenus

En moyenne, les propriétaires ont **retenu 4 thèmes** [3-5]. Autrement dit, 31% des thèmes abordés sont retenus. Ce résultat a été calculé en faisant le rapport de la moyenne du nombre de thèmes retenus sur la moyenne des thèmes abordés. Cela correspond à 10,7 minutes de propos retenus sur une consultation de 34,5 minutes.

Ce nombre est légèrement supérieur à celui évoqué dans la première partie. En effet, nous rappelons, que selon les études, au maximum 20% à 25% du message initial (donc par extrapolation des conseils donnés lors d'une consultation) est retenu. Une explication plausible serait que les propriétaires savent qu'en fin de consultation, ils seront questionnés ; leur attention est peut être parallèlement majorée, même inconsciemment. Le tableau 6 présente la liste des thèmes retenus.

Tableau 6 - Nature et proportion des thèmes retenus lors des consultations

Nature des thèmes abordés	Nombre de consultations dans lesquelles le thème est retenu
Vaccination	11 (/17)
Alimentation	10 (/17)
Antiparasitaire interne	8 (/17)
Propreté	6 (/17)
Socialisation extrinsèque	5 (/17)
Mordillements, socialisation intrinsèque & antiparasitaire externe	4 (/17)
Bêtises & punitions	3 (/17)
Anxiété, comportement avec les autres chiens, poids, identification électronique, récompense & examen clinique sans anomalie	2 (/17)
Consultation pubertaire, marche en laisse, « rester seul », reproduction, soins des yeux et des oreilles, pathologie spécifique à la race & shampooing	1 (/17)

Les thèmes retenus ont été répétés en moyenne 3,1 fois [2,7 - 3,5] au cours de la consultation. Cette répétition peut être faite par le vétérinaire ou par le propriétaire qui, par exemple, pose une nouvelle question sur le thème. Le test de Fisher réalisé pour le paramètre « répétition des sujets » a donné une *p-value* inférieure à 0,05. Ainsi, plus un thème est répété au cours de l'entrevue, plus il sera mémorisé par le propriétaire en fin de consultation.

Nous nous sommes de plus intéressés au moment de la consultation où les thèmes retenus ont été abordés.

Entre 0% et 25% (ou début de consultation): 28 % [24 - 32] des thèmes retenus sont évoqués.

Entre 25% et 75% (ou milieu de consultation): 42 % [38,8 - 45,5] des thèmes sont rappelés.

Entre 75% et 100% (ou fin de consultation): 30 % [27,7 - 32,2] des thèmes retenus sont abordés.

Environ 2,1 des thèmes retenus [1,4 - 2,9] font suite à une interrogation ou à l'intervention du propriétaire. De même, 1,9 des thèmes [1,3 - 2,5] retenus n'étaient pas à l'initiative des propriétaires, ils ont été abordés pour la première fois par le vétérinaire.

Le test de Fisher effectuée a révélé une valeur de la *p-value* supérieure à 0,05 (0,85). Ainsi, nous ne garderons donc pas la thématique « question posée par la propriétaire » afin de caractériser les thèmes retenus par le propriétaire.

c. Thèmes non retenus

Les thèmes non retenus sont au nombre de 8,6 [7,6 – 9,6], ce qui représente environ 66% de toute la consultation (ou 22,8 minutes). Ainsi, 2/3 de ce qui est dit pendant la visite ne sera pas retenue par le propriétaire.

Par ailleurs, 42% [39,3 – 44,7] des thèmes non retenus sont abordés en début de consultation, 45% [42,4 - 47,6] au milieu et les 13% [12 - 14] restants en fin de rendez-vous.

En réalisant des tests de Fisher sur les moments de la consultation pendant lesquels les thèmes abordés sont retenus ou non, nous avons obtenus les valeurs suivantes.

Entre 0% et 25% de la consultation, soit au début de l'entrevue, la *p-value* est égale à 0,044 donc inférieure à 0,05. De plus, entre 25% et 75%, la *p-value* est égale à 0,144 et entre 75% et 100% de l'entrevue elle est égale à 0,029.

Ainsi, il semblerait que les thèmes non retenus soient ceux ayant été abordés au début de la consultation, alors que les thèmes retenus auraient significativement été essentiellement présentés en fin de consultation.

Ce constat semble cohérent avec la mémoire à court terme correspondant au stockage temporaire d'informations. Plus les renseignements transmis sont multiples, plus ceux évoqués en premier lieu seront remplacés par les suivants.

d. Les protagonistes

Dans 8 des consultations, praticien et propriétaire étaient de même sexe (deux hommes ou deux femmes). Dans ce cas, le nombre moyen de thèmes retenus étaient de 0,36 [0,24 – 0,48]. Autrement dit, sur 10 thèmes abordés, 3,6 ont été mémorisés.

Lorsque les protagonistes étaient de sexe opposé, le nombre moyen de thèmes écoutés était de 0,33 [0,25 – 0,41]. Il n'y a donc pas de différence liée au sexe, comme suggéré dans la première partie.

7) La satisfaction des propriétaires en fin de consultation

La satisfaction du propriétaire est ressortie à travers les réponses du questionnaire. Elle a été évaluée sur 7 paramètres concernant aussi bien les caractéristiques de la consultation (durée...) que son contenu (thèmes abordés...). Rappelons que la valeur maximale de la moyenne est de 5 et le minimum est 0.

Paramètres à évaluer :

Moyenne :

- Quantité d'informations transmises..... 4,9
- Durée de la consultation..... **4,4**
- Langage compréhensible du vétérinaire..... 4,9
- Réponses claires du vétérinaire..... 4,9
- Thèmes abordés suffisamment nombreux..... 4,9
- Documentation fournie en fin de consultation..... **4,1**
- Satisfaction de la communication avec le vétérinaire 4,8

Nous remarquons que deux moyennes ressortent car elles sont inférieures à toutes les autres. Bien qu'elles soient tout de même élevées, il est surtout intéressant de savoir pourquoi les propriétaires ont donné une moins bonne note à ces deux paramètres.

La moyenne de 4,4/5 pour la durée se justifierait par une consultation trop courte d'après plusieurs propriétaires. D'après eux, certains thèmes ne sont pas ou trop peu abordés.

De même pour la note de 4,1/5, certaines structures vétérinaires ne distribuent aucun document écrit (fiche type ou ordonnance) reprenant les principaux conseils évoqués et cela manquerait aux propriétaires.

8) Résumé

D'après le questionnaire, donc le point de vue direct des propriétaires et d'après l'analyse quantitative des enregistrements, plusieurs résultats significatifs sont à mettre en avant.

Sur une durée moyenne de 34,5 minutes, durée considérée comme trop courte par les propriétaires de chiots, ces derniers ne retiennent que 31% de l'ensemble de la consultation, soit environ 4 thèmes sur 13 abordés. Les thèmes retenus sont répétés environ 3 fois, ne font pas forcément suite à une interrogation du propriétaire, mais sont essentiellement abordés dans le dernier quart de la consultation.

Les thèmes non retenus seraient surtout abordés dans le premier quart de la consultation ; l'essentiel de ce qui est expliqué par le vétérinaire en fin de rendez-vous serait gardé en mémoire contrairement à ce qui est expliqué au début de l'entrevue.

Les éléments ressortant de l'analyse et pouvant expliquer la proportion de sujets non retenus seraient la rupture du dialogue (environ deux interruptions par consultation), le manque de documentation écrite donnée, la passivité du propriétaire dans 30% du rendez-vous, un nombre de questions fermées posées par le vétérinaire trop importante (6,5 fois plus de questions fermées que de questions ouvertes) ou encore une discussion « dominée » par le vétérinaire (score de dominance verbale > 1).

B) Résultats qualitatifs des analyses

Dans cette partie, nous allons nous focaliser sur les paroles du vétérinaire et du propriétaire afin d'en retirer des attitudes optimales à une bonne transmission du message ainsi que celles à éviter. Bien que les commentaires suivants soient plus subjectifs que les calculs de la partie précédente, ils sont néanmoins tirés de différentes études présentées dans la bibliographie.

Nous allons de plus comparer qualitativement les structures des consultations obtenues sur le terrain avec celles présentées dans les méthodes d'analyse théorique (RIAS et *Calgary-Cambridge*).

Notons que les encadrés gris correspondent à des extraits issus des retranscriptions. Rappelons de plus que le « V » représente le vétérinaire, le « P » le propriétaire et le « E » les enfants.

1) Attitudes ressenties comme positives par les propriétaires ou favorables au bon déroulement de la consultation

- Le vétérinaire annonce la suite, ce qu'il va faire, en utilisant des tournures de phrases affirmatives.

V	Ok, ce que je vais faire maintenant c'est l'examiner
P	Oui
V	Qu'on soit sûr que tout va bien.

- Pendant l'examen clinique, le praticien explique les éventuelles anomalies observées mais également ce qui est normal.

V	D'accord. Alors les testicules sont bien là, c'est parfait.
V	Alors là vous voyez il a encore ses dents de lait mais il va toute les perdre à partir de 3,5 mois

- Le vétérinaire pose des questions ouvertes, engageant ainsi la conversation.

V Comment ça se passe à la maison du coup ?

P Il est super chouette, il est adorable.....

- Le vétérinaire demande directement ou indirectement l'avis du propriétaire sur ce qui va suivre.

V Donc ça on le verra autour des 6 mois et à cette période-là de toute façon on va **vous inviter** à nous la montrer pour faire ce que l'on appelle un bilan de croissance

V **Si cela vous convient** on va maintenant parler des vaccins

P Oui oui bien sur

- Le vétérinaire encourage, félicite, voire complimente le propriétaire. Mais attention à ne pas au contraire paraître trop amical.

P Pour la gamelle je lui enlève au bout de 10 minutes si elle n'a pas fini

V C'est très bien, c'est comme ça qu'il faut faire

V Non ce n'est pas obligatoire (*parle de la médaille de la puce électronique*), mais ça permet simplement s'il se perd ou s'échappe, mais ça m'étonnerait car vous êtes plutôt...

P Vigilante!

- En fin de consultation, le vétérinaire s'assure qu'il ait bien répondu à toutes les interrogations du propriétaire.

V Si vous avez des questions rappelez-nous, et sinon on se revoit dans 3 semaines pour le rappel du vaccin

P D'accord et bien merci beaucoup

V Est-ce que vous avez des questions sur tout ce qu'on a dit ou même autre chose

P Non c'est tout bon

- Le vétérinaire reformule et aide le propriétaire à exprimer ce qu'il veut dire mais sans l'interrompre.

P Et là elle (*le chiot*) avait la carte de propriétaire au nom de la dame parce qu'au départ elle (*l'éleveuse*) ne savait pas.

V Bien sûr.

P Et donc là elle va m'envoyer pour que je sois propriétaire maintenant.

V C'est ça. Elle a gardé une partie qu'elle a envoyée et vous allez recevoir

P Voilà

V une carte à votre nom.

P Voilà. Et puis elle m'a demandé comment elle s'appelait, ***, je lui ai dit qu'on allait l'appeler ***.

V D'accord vous connaissiez déjà son nom, comme ça il n'y a pas de changement de nom à faire sur les papiers.

P Voilà. Et là c'était l'attestation qu'elle avait faite...

V Oui c'est le certificat de vente. Très bien.

- Le vétérinaire trie les informations pour garder un fil conducteur dans son discours.

P Oui voilà, le tout petit (*sac de croquettes*)

V D'accord **on en parlera** mais...

P C'est bon ça?

.....

V Donc vous maintenez cet aliment jusqu'à éventuellement la stérilisation **et après on passera à un aliment pour jeune stérilisé, mais on en reparlera**

.....

P Alors non non, c'est un truc qu'on shampooine et qu'on laisse agir pendant 2 ou 3 minutes (*parle d'un antiparasitaire externe*)

V D'accord, **on va reprendre ça**

P Apparemment ça a marché

V D'accord, je vais la regarder marcher avant de la monter sur la table.

.....

Le 1^{er} « on en reparlera » est positif car il éveille la curiosité du propriétaire qui d'ailleurs s'intéresse de suite au sujet et souhaite en savoir d'avantage immédiatement.

Le 2^{ème} « on en reparlera » est bien amené : le praticien ne souhaite pas mélanger trop de thèmes, alors qu'ils sont en train de discuter d'alimentation. Il aurait néanmoins pu décider d'en parler juste après.

Le 3^{ème} « on va reprendre ça » est peut-être de trop : beaucoup de sujets sont reportés par le vétérinaire, car l'ordre des thématiques ne serait plus en accord avec celles choisies par le praticien. Par la phrase « apparemment ça a marché », le propriétaire montre qu'il reste sur son idée et insiste pour l'évoquer de suite. Mais le vétérinaire change catégoriquement de sujet et



continue lui aussi sur sa propre idée. Ainsi, afin d'éviter ce type de « dys-communication », où deux interlocuteurs parlent chacun de leur sujet sans écouter attentivement l'autre, il semble indispensable d'expliquer dès le début de la consultation comment celle-ci va s'organiser. Par exemple, il faudrait expliquer au propriétaire que ses questions vont être traitées en début (ou fin) d'entretien.

- Le vétérinaire s'adresse également aux enfants quand ils sont présents.

V:E Les petits vous ne touchez pas au chien, au moins jusqu'à cet après-midi d'accord?
A cause de la pipette. Vous avez compris les enfants ?
E Oui, mais on ne peut pas la toucher?
V Pas au niveau du cou
P:E Pas au cou d'accord?
E On peut toucher tout le corps à part le cou

2) Attitudes allant à l'encontre d'une efficacité optimale de la communication

- Le vétérinaire pose des questions fermées ; le propriétaire ne peut alors répondre que par « oui » ou « non » ce qui clôture souvent la discussion sur le sujet.

Questions fermées multiples :

V Est-ce que vous l'avez vermifugé ou pas ? Vous l'avez traité? Est-ce que l'éleveur l'avait fait?
P Oui il l'avait fait...

Questions fermées qui orientent déjà la réponse :

V Les selles sont bien moulées? Bien formées? Etc.
P Oui oui

Il aurait été préférable d'utiliser comment tournure « Comment sont ses selles ? » pour ne pas guider le propriétaire dans la réponse.

- Le vétérinaire utilise des tournures négatives

V Pas de problème depuis que vous l'avez ?

⇒ Tout se passe bien depuis que vous l'avez ?

V Le cœur n'est pas malade

⇒ Le cœur est en bonne santé

- Le vétérinaire utilise des mots qui rabaisent son travail ou un élément.

V Pour finir sur les **petites fiches** que je vais vous donner, regardez les quand même.....

 V Et je vous édite également les **petites fiches** conseils.

- Le propriétaire prend le dessus sur la conversation.

Exemple 1 :

P Oui c'est ce que je dis il y a beaucoup de poils, on ne peut pas les enlever?
 V Il y en a un petit peu. Vous voulez que je le fasse?
 P Oui je veux bien

Par l'exigence du propriétaire (enlever les poils), le vétérinaire n'a plus la main. Par sa réplique « vous voulez que je le fasse ? » il confirme sa position de « soumission ».

Exemple 2 :

P Et là en plus quand on la promène on est à la montagne, -Ouais- on ne peut pas être plus isolé. Après elle est heureuse, elle va galoper, elle s'éclate
 V Bien sur
 P Après elle suit, et quand on la siffle elle revient. Elle revient contente parce que maintenant je n'ai plus de problème pour la faire rentrer
 V D'accord
 P Avant je rentrais Joy pour la faire rentrer, c'était compliqué! Tandis que maintenant elle a compris que quand on rentre c'est pour la faire dormir ou manger donc elle est en confiance - D'accord-. La dernière fois elle est rentrée toute seule quand il pleuvait alors que l'autre est restée dehors.
 V D'accord, c'est bien c'est bien

Dans ce cas, le vétérinaire est « dominé » et ne peut alors qu'approuver.

- Le propriétaire coupe la parole au vétérinaire

P Parce que comme l'autre (*chienne*) elle s'approche de tout, la petite elle suit
 V Oui, il va y avoir un rôle éducatif de la part de
 P Ah oui!

V Alors il a quel âge exactement?
 F Il est né le...
 V Le 29/07. Donc on le vaccinera après le 29/10, début novembre.

- Le vétérinaire s'engage dans un long monologue explicatif et le propriétaire ne peut faire autre chose que de répondre par « oui d'accord » mais sans forcément écouter réellement ce que dit le vétérinaire.

V Alors il mordille beaucoup - **Ouais** - . Moi je m'occupe de problème de comportement et ce qui est important et, je le dis aux gens quand on voit le chien même au cours des premières vaccinations, il ne contrôle pas tout à fait..., il ne se contrôle pas, on parle de retard dans les autocontrôles. Donc c'est important de l'aider à s'autocontrôler

P - **Ouais** - c'est à dire que quand il vous mordille, vous lui dites non. Pas forcément le repousser - **Oui oui** - parce que parfois c'est un jeu pour lui. Le faire asseoir avec une récompense - **Oui oui** -. Alors il faut travailler ça sur les autocontrôles, qu'il ne mordille pas. Alors moi j'avais un chien qui était un peu comme ça qui mordillait énormément et je lui appuyais avec le doigt, pour essayer de trouver un moyen qui l'ennuie - **Ouais d'accord** -, je fais comme ça mais il faut trouver parce que le problème des bergers belges, de manière générale, c'est leur impulsivité et le difficile des autocontrôles, on a parfois des chiens hyperactifs, et dans 30% des cas environ, on a des problèmes actifs et dans 30% des cas environ on a des problèmes d'agressivité - **Oui** -, plus tard, donc il faut vraiment le gérer. Donc servez-vous..., il ne faut pas le gronder - **Non**- car vous risquez de, d'accentuer d'autres problèmes, mais essayer de bien mettre en œuvre le fait qu'il ne doit plus mordiller; on peut le faire jouer avec des objets, pas tirer pour pas trop développer - **Oui** - mais on peut le faire jouer et arrêter le jeu quelques secondes pour juste qu'il se contrôle. Vous ne risquez pas de ...

P **Ah non mais lui ça va il écoute, quand on lui dit stop il arrête...**

V Ah bon ça va...

Afin d'éviter ce type de dysfonctionnement de la communication, il est primordial, avant de partir dans des explications précises sur un sujet, de questionner le propriétaire sur le sujet en question. Il faut valider avec le propriétaire car sinon, tout ce qui est dit peut être inutile, comme ici où apparemment le chiot n'a pas de problème d'autocontrôles. Le « Ah bon ça va » clôture la discussion sur un sujet qui n'intéressait pas le propriétaire car son chien n'est pas concerné par ce problème de comportement. De même, il est préférable de ne pas entrer trop dans les détails sur un sujet, sauf, bien sûr, si le propriétaire le demande.

- Les deux interlocuteurs parlent chacun de leur côté sans écouter l'autre.

Exemple 1 :

Ami du Propriétaire Après on va les prendre là où je les prends moi les croquettes, il les paiera moins chères et il y aura des sacs déjà plus gros.

V Ouais après dans la qualité, c'est ce que je dis, il y a des marques plus ou moins bonnes.

L'ami du propriétaire parle du prix des croquettes et le vétérinaire de la qualité.

Exemple 2 :

V Alors la puce on la met du côté gauche, des fois on la palpe, je vais regarder si on l'a... alors on parle de gouttière jugulaire gauche, en fait c'est dans l'encolure du côté gauche. -Ouais- C'est bon, il n'y a pas d'erreur sur la marchandise. *Rires*

P Il va être costaud quand même parce que là déjà petit il est haut sur pattes...

V Oui, alors là je n'arrive pas à la palper, à la radio des fois ça se voit ...

P Je pense qu'il va être puissant

V Donc la rage.....

Le propriétaire lance un sujet qui l'intéresse.... mais le vétérinaire reste sur son histoire de puce électronique et le propriétaire revient dessus contrairement au vétérinaire qui repart sur un autre sujet.....

- Rupture de la communication

V *Le téléphone sonne pour la troisième fois et le vétérinaire répond car il n'y a pas d'ASV*

P Vous êtes harcelée!

V Ben dis donc ce matin ça y va! *Elle répond au téléphone*

ASV *Entre: j'ai le laboratoire *** au téléphone...*

V Ah excusez-moi je dois prendre un appel important
Il sort de la salle de consultation pendant 5 minutes
Voilà excusez-moi,
Je ne sais plus de quoi on parlait du coup...

H Euh De la laver

V Oui si vous voulez la laver pas de problème....

- Le vétérinaire est pressé par le temps.

P C'est marrant parce qu'elles ne sont pas pareilles du tout, elle est vachement plus claire...

V Ah ouais. Alors je vous donne tout ça pour ne pas retarder les gens.... (les autres clients)

P Oui, on a dit vers le 10 Novembre?

- Le vétérinaire évoque son expérience personnelle et parle d'un autre animal. Même si les exemples appuient le discours, les propriétaires préféreraient que le dialogue reste centré sur leur chiot et ne peuvent que répondre par des « oui » à ces exemples donnés.

Exemple 1 :

V Après j'ai vu il n'y a pas très longtemps, il y a 3 mois, un chien qui était maigre et il avait 7 mois, très maigre, -Ouais- on l'avait bien vermifugé et là on a changé l'alimentation parce que celle qu'il donnait ne convenait pas et là maintenant on cherche même à la faire maigrir....

Exemple 2 :

V J'ai vu il y a une quinzaine de jours une petite chienne, qu'on appelle un bouvier d'appenzell, c'est une race qui vient de Suisse, et elle était terrorisée la chienne, terrorisée. Et je l'ai revu dix jours après et c'était beaucoup mieux! J'ai expliqué à la dame de la sortir etc. Elle a 3,5 - 4 mois et là ça va nettement mieux....

3) Organisation des consultations

A l'aide des retranscriptions des enregistrements, nous avons noté les temps clés des consultations obtenues, que nous avons ensuite comparé à ceux suggérés par le RIAS et le modèle *Calgary-Cambridge* afin de vérifier s'ils étaient appliqués.

Dans la majorité des consultations de primo-vaccination, le début de l'entretien est souvent limité à un simple « bonjour, installez-vous », puis le vétérinaire enchaîne de suite sur les questions. Le praticien doit en effet optimiser toute la durée de la consultation et ne pas perdre de temps, mais il pourrait être judicieux de prendre quelques minutes de plus afin d'expliquer clairement l'orientation et les objectifs de cette consultation particulière. La même observation est faite au cours de l'entretien ; le vétérinaire doit en effet expliquer en quelques mots au propriétaire ce qu'il fait ou va faire (auscultation, injection...).

Par ailleurs, le recueil des informations, des données concernant le chiot semble relativement efficace pour l'ensemble des entrevues.

En revanche, par rapport aux modèles d'étude, le nombre de questions ouvertes est trop faible et les thèmes abordés mal organisés. Le praticien passe souvent d'un thème à l'autre, puis revient sur un sujet déjà abordé, sans forcément s'assurer de la clarté de l'ensemble des éléments pour le propriétaire.

De même, la construction du rapport social, très évoquée dans le RIAS et primordiale à une satisfaction du client, est souvent présente mais trop limitée et arrêtée à quelques rires ou blagues entre les protagonistes. En effet, les compliments, les phrases d'approbation telles que « continuer ce que vous faites c'est bien », l'empathie, le fait d'encourager ou de rassurer le propriétaire lorsque cela s'avère nécessaire en utilisant les mots et la communication non verbale, sont trop peu avancés par les professionnels.

Enfin, le professionnel est en charge de clôturer l'entrevue de façon complète et précise. Le client doit sortir de la clinique en n'ayant plus aucun doute ni aucune interrogation ; il doit savoir quand revenir et pourquoi il règlera une seconde consultation la prochaine fois.

Ainsi, outre le contenu de la consultation, sa structuration suivant des modèles existants et déjà validés est tout aussi fondamentale afin d'optimiser les thèmes compris et enregistrés.

V) DISCUSSIONS

A) Limites et biais liés au protocole

1) L'enregistrement

La présence du dictaphone, bien qu'il n'ait jamais été déposé directement devant les propriétaires, mais plutôt mis sur un coin de la paillasse ou du bureau, a pu modifier le comportement des protagonistes. Le praticien en modifiant sa façon de parler ou l'organisation de sa consultation, le propriétaire en améliorant son attention. Bien que cette présence ne semble pas avoir gêné les interlocuteurs, qui n'y ont jamais fait allusion pendant la consultation, il aurait été difficile de s'en passer car le dictaphone ne pouvait pas être placé dans la salle sans l'accord des deux parties.

Par ailleurs, ma présence a également pu modifier l'attitude des interlocuteurs de la même façon que précédemment. Il aurait été possible de ne pas assister à la consultation afin de ne pas rappeler au vétérinaire et au propriétaire qu'ils étaient enregistrés, mais cela ne nous a pas paru judicieux. En effet, en écoutant directement le vétérinaire et le propriétaire, il a été plus aisé de retranscrire les enregistrements car parfois, la voix du propriétaire était insuffisamment forte pour l'entendre avec le dictaphone. Le fait de l'avoir déjà entendue une fois a aidé à reconstituer l'ensemble du dialogue.

De plus, observer le déroulement de la séance a permis d'avoir une première impression générale et de noter de nombreux détails (attitude de chacun, comportement du vétérinaire avec l'animal, rupture de la communication...) difficilement visibles sur l'enregistrement.

2) Le questionnaire

a. Biais inévitables avec un questionnaire de satisfaction

Divers biais liés au questionnaire de satisfaction sont présents mais inévitables et induisent une satisfaction supérieure à celle réellement ressentie [Leplege, 2001].

Le biais de désirabilité sociale est le fait que lorsque quelqu'un répond à un questionnaire, il peut attribuer une note de satisfaction supérieure à ce qu'il ressent en réalité, en se disant que les enquêteurs préfèrent des commentaires positifs plutôt que négatifs.

De même, le biais de représailles est mis en jeu lorsque les propriétaires ont un doute sur l'anonymat du questionnaire et préfèrent alors répondre positivement.

Un biais non négligeable également est le type Hawthorne traduisant l'amélioration du degré de satisfaction par le simple fait de réaliser une enquête de satisfaction. Il rejoint le biais d'acquiescement ou la tendance à choisir systématiquement des réponses à connotations positives. Tous ces biais induisent une meilleure satisfaction que celle réellement ressentie. Par conséquent, les résultats concernant la satisfaction moyenne globale sont relativement bons. Mais ce ne sont pas ceux-là qui nous ont intéressés en priorité ; nous nous sommes plutôt plus centrés sur les remarques faites par les clients lorsqu'ils n'étaient pas complètement satisfaits.

b. Biais modulables

L'effet de contexte exprime la chute de motivation de la personne sollicitée au fur et à mesure de l'avancement du questionnaire. Ainsi, les réponses aux dernières questions seraient moins fiables que les premières. Ce dernier biais aurait éventuellement pu être restreint en modifiant aléatoirement l'ordre des questions pour chaque personne interrogée.

Ici ressort l'intérêt de présenter un questionnaire concis et succinct à réponses courtes afin que la motivation de l'interlocuteur reste la même du début à la fin.

Les résultats de l'étude pourraient de plus être faussés par le biais spatial analysé par des chercheurs [Giezendanner, 2012]. Il représente le fait que la plupart des personnes ont un biais d'attention à gauche, c'est-à-dire qu'ils ont tendance à cocher les cases situées à gauche d'un tableau. Ces chercheurs ont présenté à deux groupes un même questionnaire mais pour l'un, l'échelle commençait à gauche par « tout à fait d'accord », et pour l'autre elle commençait par « pas du tout d'accord ». Ils ont noté que le groupe ayant utilisé l'échelle où « tout à fait

d'accord » est à gauche, avait significativement 27% de réponses « tout à fait d'accord » en plus que l'autre groupe. Pour palier à cette limite, il faudrait proposer 50% des questionnaires avec le degré de satisfaction classé de gauche à droite et 50% de droite à gauche.

Un obstacle rencontré en pratique avec le questionnaire a été des réponses parfois trop peu précises. En effet concernant les conseils retenus, parfois les propriétaires répondaient par un seul terme comme « alimentation » ou « santé ». Il a été nécessaire dans ces cas de demander au propriétaire ce qu'il entendait par « alimentation » ou « santé » afin d'obtenir une réponse plus complète.

B) Limites liées à l'échantillon

1) Taille de l'échantillon

Dix-sept consultations ont été analysées. Avec ce nombre de rendez-vous, nous avons tout de même obtenu quelques résultats significatifs, et d'autres non significatifs. Avec plus de visites, nous aurions peut-être pu savoir si les résultats non significatifs l'étaient réellement ou s'ils étaient dus à un échantillonnage trop petit.

Néanmoins, nous ne pouvions agir sur ce paramètre car les rendez-vous de primo-vaccination de chiots sont aléatoires et variables d'une clinique à une autre et d'une période à l'autre. Durant la période de l'étude, ces consultations avaient une fréquence d'une tous les 10-15 jours. Elles ne sont de plus, dans la majorité des cas, pas prévues longtemps à l'avance (souvent dans les 24 heures quand le planning de la structure vétérinaire le permet) et parfois deux rendez-vous étaient prévus au même moment dans des cliniques différentes.

2) Composition de la famille présente au rendez-vous

L'échantillon était très variable en terme de composition : un adulte seul homme ou femme, un couple avec ou sans enfant... et cela a pu influencer sur les résultats.

Sur les 17 consultations, 4 des propriétaires étaient en couple. Deux des quatre couples ont mémorisés un nombre de thèmes retenus supérieur à la moyenne (calculé précédemment) et deux une moyenne inférieure. Même si nous pouvons penser qu'en étant en couple, plus de thèmes

pourraient être enregistrés, ce constat n'a pu être démontré ici au vu de l'échantillon trop faible (seulement quatre couples).

De même, dans trois des consultations, il y avait des enfants (un ou deux âgés de moins de 10 ans). Les enfants ont à chaque fois participé en posant des questions au vétérinaire ou à leurs parents (sur un sujet concernant le chiot ou non) mais n'ont jamais aidé au remplissage du questionnaire. Deux des trois adultes interrogés ont retenus plus de thèmes que la moyenne et un sur trois moins de thèmes.

Néanmoins, trois consultations ne nous permettent pas de connaître l'influence de la présence d'enfants : en parlant à leurs parents, diminuent-ils leur attention ou au contraire en posant des questions au vétérinaire l'améliorent-elle ?

3) Premier chiot dans la famille

Pour trois des propriétaires, le chiot adopté était leur premier ; ils n'avaient jamais auparavant éduqué seul un chiot. Deux des trois personnes répondant au questionnaire ont retenu plus de thèmes que la moyenne et un moins. Lorsqu'un propriétaire adopte pour la première fois un chien, est-il plus attentif à toutes les informations données par le vétérinaire ? Encore une fois, la taille trop réduite de l'échantillon ne nous permet pas de conclure sur ce point. Nous aurions pu décider de ne questionner que des personnes n'ayant encore jamais eu de chien ou au contraire des propriétaires habitués. Cependant, ce critère aurait réduit d'avantage l'échantillonnage.

4) Première rencontre avec le vétérinaire

Comme pour le critère précédant, les propriétaires sont-ils plus à l'écoute s'ils rencontrent le vétérinaire pour la première fois ou s'ils se connaissent déjà de longue date ?

Sur 5 des 17 rendez-vous, le propriétaire venait pour la première fois dans la structure vétérinaire : 4/5 ont retenu plus de thèmes que la moyenne et un moins de thèmes. Ce résultat semble indiquer que les personnes sont plus attentives si leur interlocuteur est un professionnel qu'elles ne connaissent pas encore, mais il faudrait le confirmer avec plus de consultations.

C) Limites liées à la méthode d'analyse des enregistrements

1) Réalisation de la grille d'analyse

La grille d'évaluation utilisée afin de regrouper toutes les observations faites par l'analyse des enregistrements et des questionnaires présente quelques limites. En effet, cette grille n'est pas exhaustive et certains éléments n'ont volontairement pas été pris en compte car trop difficiles à quantifier. C'est le cas par exemple de la durée précise (en secondes ou minutes) des interventions des deux protagonistes, qui aurait été beaucoup trop longue à évaluer. Dans notre étude, nous avons donc pris le parti de compter le nombre d'interventions. De plus, il aurait pu être intéressant de comptabiliser les silences et leur durée, mais de même que précédemment, cela aurait été trop chronophage.

De plus, l'étude étant semi-qualitative, une partie des données n'a pas été chiffrée et uniquement caractérisée par des noms ou adjectifs. L'analyse de ces termes reste subjective et dépendante de l'analyste.

Néanmoins, cette grille nous a permis d'avoir une première approche de la communication entre le vétérinaire et son client lors de primo-vaccination de chiot.

2) Analyse manuelle des données

La méthode d'analyse des enregistrements que nous avons choisie est une méthode de déchiffrement qualitatif et manuelle. L'avantage de cette technique est que l'analyse de l'ensemble des données (comptage du nombre d'interventions, de questions ouvertes...) a été faite par une seule et même personne (moi). Les résultats sont donc homogènes, constants et comparables entre eux. En revanche, il est tout à fait possible que, malgré un exemple de décryptage des enregistrements sous les yeux, je sois passée à côté de certains éléments importants pour une communication optimale entre le praticien et le propriétaire (tournures de phrases, termes employés...).

Par ailleurs, nous aurions pu choisir d'utiliser un logiciel, tels que Le Sphinx ou NVivo, plutôt que d'analyser manuellement les données. Les vitesses de travail et d'analyse auraient été augmentées car nous n'aurions pas eu à réaliser de nouvelles opérations de comptage des données pour chaque enregistrement. Cependant, au vu du corpus de données relativement faibles et des calculs réalisés, le traitement manuel des informations a été faisable.

D) Limites liées à l'expérience du praticien

Selon l'expérience du vétérinaire et sa façon de travailler, la nature et l'ordre des thèmes abordés varient. En effet, un professionnel ayant une spécialité en comportement, accordera plus facilement du temps aux conseils comportementaux (socialisation, hiérarchie, attachement...); et ceci, potentiellement au détriment des conseils préventifs (antiparasitaire, alimentation...). Il en va de même pour l'ordre des thèmes abordés dont nous avons vu précédemment qu'il jouait un rôle dans la mémorisation des conseils.

VI) PERSPECTIVES : PISTES D'AMELIORATION DE L'EFFICACITE DE LA COMMUNICATION AVEC LE PROPRIETAIRE

Dans cette partie, à l'aide de toutes les observations faites précédemment, nous allons réaliser le bilan des pistes envisageables afin d'optimiser la communication entre le praticien et le propriétaire du chiot lors de la première visite vaccinale.

L'augmentation de la durée de la consultation pourrait être envisagée comme première piste afin d'aborder un maximum de sujet. Néanmoins, il n'est pas toujours évident pour les structures vétérinaires de garder des créneaux de 30-45 minutes pour une seule consultation.

Nous avons de plus remarqué que l'attention des propriétaires diminue au fur et à mesure de l'échange, donc cette solution difficilement applicable n'améliorerait sûrement pas significativement la communication en pratique.

Ainsi, plutôt que d'augmenter la durée du rendez-vous, d'autres pistes à envisager seraient de modifier son organisation et son déroulement.

A) Nature des thèmes à aborder

1) Combien de thèmes devraient être abordés ?

La première question à se poser est de savoir s'il est indispensable d'aborder tous les thèmes présentés précédemment dans les paragraphes « médecine préventive » et « médecine

comportementale ». En effet ces derniers étant très nombreux, il parait nécessaire de trier les informations à communiquer.

Pour cela, le praticien, plutôt que de prendre l'initiative d'aborder tel ou tel sujet, devrait systématiquement le valider avant avec le propriétaire. C'est à dire faire le point avec lui sur ses connaissances à propos du sujet et sur la manière dont il se comporte en pratique avec son chiot.

Ainsi, concernant les conseils alimentaires comme la fréquence, le type d'aliment, la durée du repas..., il semblerait plus efficace de commencer par demander au propriétaire « comment cela se passe au niveau de l'alimentation ou comment procédez-vous pour lui donner sa ration ? », plutôt que de partir dans un long discours sur ce qu'il faut faire et ce qu'il faut éviter. L'intérêt des questions ouvertes est tout à fait illustré par ce cas.

Par ailleurs, il semble incontournable d'aborder les thèmes initiés par une question ou doute du propriétaire. Ce dernier intéressé par un sujet précis sera a priori attentif à la réponse et aux conseils donnés. Rebondir sur les interrogations du propriétaire afin d'évoquer un sujet, resterait le meilleur moyen d'attirer toute son attention.

Afin de se remémorer les thèmes abordés lors de la seconde consultation et noter les anomalies relevées et conseils donnés, une fiche reprenant la majorité des sujets évoqués pourrait être réalisée pour chaque chiot ; un exemple est donné dans l'annexe 5. Elle permettrait, au cours des divers rendez-vous, de visualiser les points encore jamais abordés avec le propriétaire ou de reprendre ceux nécessitant une mise au point. Ce document de suivi du chiot au cours de ses premiers mois de vie, serait personnalisé et accentuerait les points à souligner pour cet animal en particulier.

2) Quel serait le moment le plus adapté pour aborder ces thèmes ?

Les conseils à rappeler étant nombreux, il semblerait intéressant de les séparer en plusieurs groupes. En effet, dans la plus grande majorité des cas, lorsqu'un chiot est vu pour une primo-vaccination, il y aura un rappel 3 à 4 semaines plus tard. Donc en tout, deux consultations et non pas une seule peuvent être utilisés afin d'étaler sur deux rendez-vous la multitude d'informations à transmettre. Aussi, il serait judicieux de répartir les thèmes à aborder sur ces deux consultations plutôt que de les concentrer sur la première.

Les conseils doivent néanmoins être hiérarchisés et ne pas être donnés au bout d'un mois s'ils sont essentiels au bon développement du chiot. Ainsi, à la seconde consultation, le praticien peut s'assurer d'une bonne acquisition de la propreté et si non, comprendre pourquoi et tenter d'y

remédier. Il en va de même, pour l'acquisition des autocontrôles, le détachement, l'apprentissage des ordres simples (le rappel, le assis, la marche en laisse ...) et les socialisations intrinsèque et extrinsèque.

Ces derniers sujets peuvent tout à fait faire l'objet de discussion lors de la première visite mais sans trop s'y attarder, sauf si bien sur le propriétaire est demandeur. Il serait préférable lors de la première visite de comprendre le nouveau mode de vie du chiot, d'explorer son comportement, son alimentation et de parler de médecine préventive (antiparasitaires interne et externe, vaccination).

Certaines structures proposent également des consultations pubertaires vers l'âge de 5-7, mois selon les races. Cette nouvelle consultation serait l'occasion de vérifier que tout ce qui a été dit précédemment a bien été mis en place ou si au contraire certains points sont à rectifier.

Elle représente de même une opportunité de faire un point sur la croissance du chiot et de parler de nouveaux thèmes. En effet, il ne semble pas très judicieux d'aborder certains sujets dès les 2-3 mois du chiot (donc lors du premier rendez-vous), sauf s'il s'agit d'une demande du propriétaire.

Par exemple, il est possible d'évoquer à ce moment la question de la reproduction et le point de vue du propriétaire sur le sujet : souhaite-il faire stériliser ou castrer son chiot, ou au contraire lui faire faire une portée. Dans ce dernier cas, quelles sont ses motivations ?

Il en va de même, pour la vaccination contre la piroplasmose ou la leishmaniose qui ne peuvent être réalisées avant l'âge de 6 mois. La consultation pubertaire est donc le moment adéquat pour proposer cette vaccination aux propriétaires, en précisant ses avantages et ses inconvénients.

B) Organisation et structuration des conseils au cours de la consultation

1) Implication de tout le personnel

Il est souhaitable d'impliquer les auxiliaires vétérinaires et de répartir les rôles entre elles et le vétérinaire pour être plus efficace. A l'accueil, l'assistante peut déjà engager la conversation avec le propriétaire sur des sujets comme les traitements antiparasitaires ou l'alimentation, soit avant la consultation (si le temps le permet), soit après.

En effet, dans de nombreuses structures, les auxiliaires vétérinaires, une fois les propriétaires revenus à l'accueil pour le règlement, redonnent des conseils sur ces mêmes thèmes. Ces derniers pourraient alors être moins développés par le praticien, au bénéfice d'autres.

En revanche, si le professionnel remarque que les connaissances de ces thèmes font défaut aux propriétaires ou si ces derniers posent de nombreuses questions, il devient nécessaire de les aborder précisément et de ne pas attendre que cela se fasse à l'accueil.

2) Fournir de la documentation écrite

Donner de la documentation écrite en fin de consultation, reprenant les principaux conseils, les dates à ne pas oublier pour la première année de vie du chiot semble indispensable. Cette documentation peut prendre la forme d'ordonnances personnalisées ou de fiches conseils déjà préparées (donc moins personnelles) mais plus détaillées.

Un planning des actes à réaliser pendant toute la première année de vie de l'animal pourrait également être très utile au propriétaire en lui rappelant les dates clés (Annexe 6).

Sur ce planning non exhaustif seraient notés les dates de vaccinations et les rappels, les traitements antiparasitaires internes et externes à réaliser, la période de stérilisation ou castration et le changement alimentaire avec le passage à un aliment adulte. Ces données doivent être adaptées à la taille et donc à la race du chiot. Certains propriétaires se sentiraient ainsi moins perdus, plus soutenus et suivis par la structure vétérinaire.

Par ailleurs, il devient de plus en plus aisé, avec les outils informatiques, d'envoyer des relances. Cela se fait aujourd'hui très fréquemment pour les rappels annuels des vaccins via l'envoi de courriers postaux, de courriels ou de SMS. Ce suivi des patients pourrait également être réalisé dans d'autres domaines que la vaccination, par exemple la vermifugation. Ce service proposé n'est pas une obligation, mais permet d'entretenir la relation créée lors des consultations. Il ne doit être utilisé qu'après obtention du consentement par le client.

De plus, en salle de consultation, il est assez simple d'afficher des brochures, des affiches ou d'exposer des documents reprenant comme auparavant, les points importants à surveiller ou maîtriser durant les premiers mois de vie du chiot.

En regroupant ces modes de communications orales et écrites sur des différents supports, l'information serait répétée et donc mieux retenue par les propriétaires.

3) Aborder les consultations de vaccination de chiots d'une façon judicieuse, récurrente et structurée

Afin d'optimiser toute la durée de la consultation, il est important que cette dernière soit bien organisée et que l'ordre des thèmes à aborder ait été prédéfini à l'avance. Cette structuration pourrait se baser sur le modèle Calgary-Cambridge présenté dans la partie précédente.

En effet, nous avons observé précédemment que les faibles résultats obtenus concernant les thèmes retenus en fin de consultation, pourraient, entre autres, être dus à un non-respect des recommandations faites dans les modèles décrits.

C'est pourquoi nous avons utilisé ce modèle dans l'exemple des consultations de primo-vaccination de chiots, afin de faire ressortir les points forts d'une structuration optimale de l'entrevue.

Kurtz et Silverman ont de plus établi une grille d'évaluation de la consultation, utilisable directement en pratique et basée sur les modèles d'analyse déjà présentés. L'objectif étant de déterminer rapidement et précisément les points à améliorer et sur lesquelles il est nécessaire de se concentrer lors de l'entrevue (Annexe 7). [Kurtz, 1998]

a. Au début de l'entretien

Tout d'abord, il est nécessaire de prendre quelques secondes pour le premier contact humain, c'est-à-dire, par exemple, serrer la main au propriétaire, le regarder et se présenter. Cela annonce un esprit d'ouverture et instaure dès le début une base pour la relation de confiance.

Puis, cerner explicitement l'agenda de la rencontre et les attentes personnelles du client sont les seconds objectifs de la rencontre. Parallèlement, le praticien expliquera son rôle et le déroulement de la consultation afin qu'elle prenne dès le commencement, une orientation particulière. Ces éléments favoriseront une bonne collaboration et pourront éviter certaines informations inutiles.

b. En cours d'entretien

Pendant la consultation, il est nécessaire de vérifier régulièrement plusieurs éléments.

Tout d'abord, il est important de contrôler si la compréhension des réponses du propriétaire est exacte. Pour cela, le praticien peut faire un résumé ou reformuler ce qu'il vient d'entendre et le valider avec lui. Par exemple, lorsque le client dévoile le comportement de son chiot à la maison et si le professionnel ne perçoit pas exactement ce que son interlocuteur explique, il ne pourra pas

adapter les conseils à donner. Le fait de reformuler ou de résumer crée chez le propriétaire la certitude d'avoir été entendu et compris, ce qui est primordial pour le lien de confiance.

Idéalement lors de la consultation, lorsque le propriétaire aborde un thème par une interrogation, le vétérinaire doit être réactif afin de rebondir immédiatement sur ce sujet qui intéressera le client. Par exemple, une phrase d'accroche afin d'entamer le dialogue serait « si vous êtes d'accord nous allons en profiter pour parler d'alimentation ». De même, nous répétons ici que l'utilisation de questions ouvertes plutôt que fermées est préférable afin d'inviter le propriétaire à s'exprimer.

Une fois la discussion sur un thème abordé terminée, avant d'en changer, le praticien est en charge de demander au client s'il a d'autres questions ou remarques sur ce sujet. Cela évitera d'y revenir plus tard et permettra de s'assurer qu'il n'existe pas de compréhension erronée des informations données.

Cette démarche se résume par le modèle présenté dans la partie précédente intitulée « questionner – informer – questionner » ou encore « comprendre l'origine du problème – donner des informations sur la pathologie – s'assurer que le propriétaire ait bien tout compris ». Elle est très utile en pratique vétérinaire et devrait être sollicitée plus fréquemment lors des consultations.

c. A la fin de l'entretien

En fin de consultation, le propriétaire aura reçu de multiples informations, qu'il connaissait déjà ou non. C'est pourquoi, s'assurer qu'il ait bien retenu, surtout les points forts est un élément essentiel pour clôturer le rendez-vous. Lors de primo-vaccination de chiots, les points importants seraient par exemple les comportements à modifier chez le propriétaire afin d'optimiser la croissance du chiot (donner des repas en temps limité et non en libre-service ou comment lui apprendre la propreté). Le praticien ne doit pas hésiter à demander au client, « avez-vous d'autres questions ? ». De même, il semble judicieux de résumer oralement et succinctement les points essentiels abordés, sans aborder de nouveaux thèmes.

Si au cours de la consultation, le propriétaire questionne le vétérinaire sur un thème autre que le chiot, comme par exemple la vermifugation de ses poules, le professionnel est en droit d'expliquer qu'ils y reviendront en fin de consultation, afin de ne pas tout mélanger et perdre le fil conducteur sur le sujet principal. Enfin, si le client est intéressé, le vétérinaire pourra lui donner des informations sur des séances d'éducation du chiot, proposées par la clinique elle-même ou sur d'autres sites. L'important est donc de ne pas mélanger toutes les données et de bien les structurer afin qu'elles apparaissent le plus clairement possible pour le récepteur.

Pour conclure cette partie, nous venons de mettre en évidence à travers l'analyse des enregistrements, les habitudes en communication présentes lors du dialogue entre le praticien et le propriétaire. Certains des éléments sont favorables à une communication optimale alors que d'autres au contraire nuisent à la transmission des informations. C'est pourquoi les vétérinaires ne doivent pas se focaliser uniquement sur la consultation de primo-vaccination afin de communiquer l'ensemble des conseils. En effet, différents types de soutiens sont à leur disposition, tels que les autres membres de l'équipe (axillaires vétérinaires), les documents écrits ou encore les consultations à venir.

Conclusion

Les attentes des propriétaires d'animaux lors des consultations ont évolué ces dernières années. Comme nous l'avons vu, les connaissances médicales sont nécessaires mais insuffisantes à la satisfaction des clients. Les compétences en communication sont cruciales mais ne sont pourtant pas toujours innées et faciles à maîtriser.

Elles peuvent s'acquérir efficacement par l'association de moyens pratiques et théoriques. La pratique se fait directement lors des consultations répétées dans les structures vétérinaires et la théorie via des cours dans le cursus initial ou pendant des formations continues. En médecine humaine, les études réalisées sur ce sujet sont nombreuses, et peuvent être utilisées en pratique vétérinaire comme modèles d'organisation de la consultation, afin d'optimiser la compréhension du patient ou du propriétaire et donc, l'efficacité de la prise en charge.

Cependant, il n'est pas évident pour le praticien de se rendre compte personnellement de l'impact de ses paroles, tournures de phrases, ou attitudes sur le propriétaire. Cette étude de terrain constituée de l'analyse des 17 enregistrements, a permis d'obtenir le point de vue direct des propriétaires sur les consultations auxquelles ils viennent d'assister. Lorsque de multiples conseils sont fournis en peu de temps, comme c'est le cas lors de la primo-vaccination de chiot, le client ne peut pas tout mémoriser. C'est pourquoi cette consultation devrait être préparée et l'avance et le vétérinaire utiliser tous les moyens mis à sa disposition pour transmettre l'ensemble des informations souhaitées. Ces moyens sont d'ordre humain par la participation d'autres membres de la clinique, logistique par la structuration de l'entrevue, et administratif par l'envoi de relances ou la remise de documents écrits reprenant les données expliquées oralement.

Ces résultats ont été obtenus pour un type de consultation particulier sur un animal à priori sain, sans pathologie. Nous pourrions nous demander s'ils peuvent être extrapolés et élargis pour les consultations abordant une pathologie précise. En effet, le propriétaire peut être plus agité et anxieux lorsque la santé de son animal est en jeu et avoir des attentes supplémentaires et différentes vis-à-vis du professionnel.

Les compétences en communication seraient tout autant importantes à maîtriser afin de s'assurer d'un bon suivi et de la guérison de l'animal. Aussi, le champ des travaux à mener sur ce sujet reste vaste et peu exploré.

AGREMENT SCIENTIFIQUE

En vue de l'obtention du permis d'imprimer de la thèse de doctorat vétérinaire

Je soussigné, **Pierre SANS**, Enseignant-chercheur, de l'Ecole Nationale Vétérinaire de Toulouse, directeur de thèse, certifie avoir examiné la thèse de **SEPART Audrey** intitulée « *Importance de la communication entre les vétérinaires et les propriétaires de chiots pour la transmission d'information lors des consultations de primo-vaccination.* » et que cette dernière peut être imprimée en vue de sa soutenance.

Fait à Toulouse, le 9 novembre 2015
Professeur Pierre SANS
Enseignant chercheur
de l'Ecole Nationale Vétérinaire de Toulouse

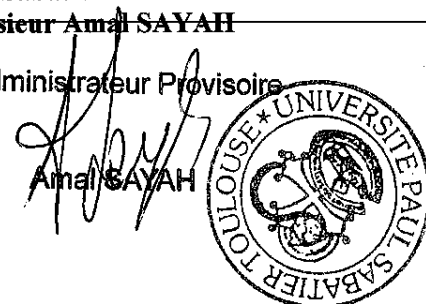
Vu :
Le Président du jury :
Professeur Gérard CAMPISTRON

Vu :
La Directrice de l'Ecole Nationale
Vétérinaire de Toulouse
Isabelle CHMITELIN



Vu et autorisation de l'impression :
Administrateur Provisoire de
l'Université.
Paul Sabatier
Monsieur Amal SAYAH

L'Administrateur Provisoire



Mlle SEPART Audrey
a été admis(e) sur concours en : 2010
a obtenu son diplôme d'études fondamentales vétérinaires le : 26/06/2014
a validé son année d'approfondissement le : 22/10/2015
n'a plus aucun stage, ni enseignement optionnel à valider.

Bibliographie

ABRIC C (2011). Formation en sciences humaines, Ecole Nationale Techniciens Equipement (ENTE) Montpellier, Domaine de la communication. *Guide du formateur : les caractéristiques générales de la communication*, 5-19.

ADAMS C, COLON P, LONG K (2004). Professional and Veterinary Competencies: Addressing Human Relations and the Human–Animal Bond in Veterinary Medicine. *JVME*, **31(1)**, 67-72.

ADAMS C, FRANKEL R (2007). It May Be a Dog's Life But the Relationship with Her Owners Is Also Key to Her Health and Well Being: Communication in Veterinary Medicine. *Veterinary clinics small animal practice*, **37**, 1-17.

ADAMS CL, COE JB, DYSART L (2011). Analysis of solicitation of client concerns in companion animal practice. *JAVMA*, **238**, 1609-1615.

BEAUMONT R (2012). Health medical consultation models. *Communication skills for doctors, pharmacists and nurses*, 3-24.

BECHU D (2012). Management relationnel. *Forum ERGONE*, 7 et 8 Juin 2012, Toulouse: ENVV.

BENAC M, BRASSART J, TAZI J (2008). L'efficacité de la communication interpersonnelle. *Gestion de la relation commerciale BTS des Management Unités Commerciales*. Tome 2. Paris: Hachette Livre, p 176-187.

BERTAKIS K, FRANKS P, EPSTEIN R (2009). Patient-Centered Communication in Primary Care: physician and patient gender and gender concordance. *Journal of women's health*, **18(4)**, 539-545.

BEVINGTON B (2000). Talking with patient. *A consultation handbook*, 11-16.

BONNETT B, SHAW J, ADAMS C (2008). A focus group study of veterinarians' and pet owner' perceptions of veterinarian-client communication in companion animal practice. Special report. *JAVMA*, **233**, 1072-1081.

BONNETT B, SHAW J, ADAMS C, LARSON S, ROTER D (2012). Veterinarian satisfaction with companion animal visits. *JAVMA*, **240**, 832-841.

BOURDY C, MILLETTE B, RICHARD C, LUSSIER MT (2004). Les processus de communication. *Guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale* [en ligne], 1-12, <http://www.skillscascade.com> (consulté le 01/09/2015).

BRADIER P (2013). Pour une vision de la profession à l'horizon en 2018 : les attentes des vétérinaires et des propriétaires. *La dépêche Technique* **140**, 2-28.

BUSSIERAS F (2013). Les vétérinaires à l'écoute des propriétaires d'animaux de compagnie. *La dépêche vétérinaire*, **1221**.

CARSON C (2007). Non verbal communication in veterinary practice. *Veterinary Clinics Small Animal*, **37**, 49-63.

Code de déontologie (2015). *Ordre national des vétérinaires*. Article R. 242-35 – Communication et information.

COE J, BONNETT N, ADAMS C (2007). A focus group study of veterinarians' and pet owners' perceptions of the monetary aspects of veterinary care. Special Report, *JAVMA*, **231(10)**, 1510-1518.

CORNELL K, KOPCHA M (2007). Client-Veterinarian Communication: Skills for Client Centered Dialogue and Shared Decision Making. *Veterinary Clinics Small animal practice*, **37**, 37-47.

DEFORTE C (2012). Langage verbal : le poids des mots. *La semaine vétérinaire*, **1501**, 23-27.

DUBOIS C (2013). *Théorie de l'information et de la communication*. Société de l'information, Bibliographie Claude Elwood Shannon, 3-10.

ECDS - European Centre for Disease Prevention and Control (2002). Dialogue avec les patients. *European Antibiotic Awareness Day*, 1-2.

FAESSEL A (2007). Adapter sa communication au profil du client nécessite parfois beaucoup d'énergie. *La semaine vétérinaire*, **1252**, p 40.

GAZZANO A, MARITI C, ALVARES S, COZZI A, TOGNETTI R (2008). The prevention of undesirable behaviors in dogs: effectiveness of veterinary behaviorists' advice given to puppy owners. *Journal of veterinary behavior*, **3 (3)**, 125-133.

GIEZENDANNER F (2012). Enquêtes: principaux biais dans la formulation des questions. CMS-SPIP [en ligne], 2-15. <http://icp.ge.ch/sem/cms-spip/spip.php?article1765> (consulté le 10/09/2015).

HAMOOD J, HANSEN A, MCARTHUR M (2014). A qualitative study to explore communication skills in veterinary medical education. *International Journal of Medical Education*, **5**, 193-198.

HEURLEY L (2013). La théorie mathématique de la communication et la psychologie cognitive. Université de Picardie Jules Verne, *Sociales et Philosophie UFR Sciences Humaines*, 1-8.

DELEBECQUE B (2006). *Théorie de l'information et principes de communication*. Cours théoriques dispensés à l'Université Charles Foix, 1-28.

KHUC T (2008). Mieux communiquer avec sa clientèle: l'exemple australien. *Le Point Vétérinaire*, **289**, 14-15.

KLINGBORG D (2007). Talking with Veterinary clients about money. *Veterinary Clinics Small Animal*, **37**, 79-93.

KURTZ S, SILVERMAN J et DRAPER J (1998). *Teaching and Learning Communication Skills In Medicine*. 2nd édition. San Francisco: Radcliffe Publishing Ltd. 392 p. ISBN 978-1-85775-658-6.

LEPLEGE A, COSTE J (2001). *Mesure de la santé perceptuelle et de la qualité de vie : méthodes et applications*. Paris: Estem. 333 p. ISBN 978-2843711367

LEVINSON W, KAO A, KUBY A, THISTED R (2005). Not all patients want to participate in decision making. *JGIM*, **20**, 531-535.

MALAVAL P, DECAUDIN JM (2012). *Fondements et techniques de la communication. Pentacom Communication corporate, interne, financière, marketing b-to-c et b-to-b*. 3^e édition. Paris : Pearson Education, p. 4-30.

MARTIN A (2006). Managing client communication for effective practice: what skills should veterinary graduates have acquires for success. *JVME*, **33**, 45-49.

MASSAL N, BEAUMONT E (2010). Première consultation d'un chiot: aspect comportemental. *Le point vétérinaire*, **308**, 28-31.

McARTHUR ML, FITZGERALD JR (2013). Companion animal veterinarians' use of clinical communication skills. *Australian Veterinary Journal*, **91(9)**, 374-380.

MEAD N, BOWER P (2007). Measuring patient-centredness: a comparison of three observation-based instruments. *Patient Education and Counseling*, **39**, 71 –80.

MEHAY R (2012). *The essential handbook for GP Training and Education*. 1e édition. Kindle Edition. 536 p. ISBN : 978-1846195938.

MICHEL JF (2013). A chacun sa façon d'apprendre. *Les 7 profils d'apprentissage*. 2^e édition. Paris : Eyrolles, p 21-36.

MICHON P (2006). Technique de management : les mots ne suffisent pas à se faire comprendre et une gestuelle adaptée s'impose. *La semaine vétérinaire*, **1243**, p 64.

MILANA M (2003). Practitioner-client communication: when goals conflict. *The art of private veterinary practice, Canadian Veterinary Journal*, **44**, 675-678.

MOREAU P, NAP R (2010). *Essential of veterinary practice*. 1st edition. London : Henston. 172 p. ISBN 978-1850541592.

MOREL L (2003). Schéma de communication. *La communication*. Formation théorique dispensés par l'entreprise CTR Communication, 2-10.

MORRISEY J, VOILAND B (2007). Difficult Interactions with Veterinary Clients: Working in the Challenge Zone. *Veterinary Clinics of North America Small Animal Practice*, **37**, 65-77.

NEVEUX M (2015). Décryptage du nouveau code de déontologie. *La semaine vétérinaire*, **1622**, 29-34.

PANTENBURG D, CRAWFORS P (2007). Perceptions and attitudes of pet owners: the impact of the bone. *BNResearch of Portland*, 2-38.

POUBANNE Y, HABRAN Y (2009). *Guide pratique de gestion de la clinique vétérinaire*. Paris : MED'COM. 290 p. ISBN 978-2-354030-26-1.

ROTER D, LARSON S (2002). The Roter Interaction Analysis System (RIAS): utility and flexibility for analysis of medical interactions. *Patient education and counseling*, **46**, 243-251.

SCHLEITER KCE (2009). Difficult patient-physician relationship and the risk of medical malpractice litigation. *American Medical Association Journal of Ethics*, **11**, 242-246.

SHAW JR, BONNETT BN, ADAMS CL, LARSON S, ROTHER D (2004a). Use of the roter interaction analysis system to analyze veterinarian-client-patient communication in companion animal practice. *JAVMA*, **225 (2)**, 222-229.

SHAW J, ADAMS C, BONNETT B (2004b). What can veterinarians learn from studies of physician-patient communication about veterinarian-client-patient communication. *JAVMA*, **224(5)**, 676-684.

SHAW J (2006a). Four Core Communications Skills of Highly effective practitioners. *Veterinary clinics small animal practice*, **36**, 385-396.

SHAW J, BONNETT B, ADAMS C, ROTER R (2006b). Veterinarian-client-patient communications patterns used during clinical appointments in companion animal practice. *JAVMA*, **228**, 714-721.

SHAW JR, ADAMS CL, BONNETT BN, LARSON S, ROTER D (2008). Veterinarian-client-patient communication during wellness appointments versus appointments related to a health problem in companion animal practice. *JAVMA*, **233**, 1576-1586.

SHAW JR, BONNETT B, ROTER D, ADAMS C, LARSON S (2012). Gender differences in veterinarian-client-patient communication in companion animal practice. *JAVMA*, **241(1)**, 81-88.

SHUKLA AK, KASTURY N, YADAV S (2010). Doctor-Patient Communication: An Important but Often Ignored Aspect in Clinical Medicine. *Indian Academy of Clinical Medicine*, **11(3)**, 208-211.

TERRIER C (2013). La communication non-verbale. *Communication*, partie 6, 1-10.

TRACEY S (2011). 9 steps to a perfect veterinary appointment-Tweak your communication and practice protocols for big dividends in client compliance and service. *Veterinary economics*, 1-3.

WITTKE G (2013). *Préparation à la relation client*. Cours théoriques dispensés à l'Ecole Nationale Vétérinaire de Toulouse.

ANNEXE 1: Comportements décrits dans le modèle « Calgary Cambridge » [Mehay, 2012]

Skills (behaviours) in the Calgary-Cambridge Model	
1. Introduction & Orientation	<ul style="list-style-type: none"> • Greetings • Introduction - self, role, nature of interview, requests consent • Respect - demonstrates interest, concern and respect, attends to patient's physical comfort • Opening question to identify problem that patient wishes to address • Listening without interruption • Screening - checks if other problems patient is concerned about • Agenda setting negotiates agenda taking both patient's and physician's needs into account.
2. Gathering Information	<ul style="list-style-type: none"> • Encourages patient to tell story chronologically • Question style open to closed • Listening attentively, not interrupting, allowing patient time • Facilitation – use of encouragement, silence, repetition, etc. • Cues • Clarification • Summarisation to patient - at intervals to check own understanding • Language
3. Understanding Patient's Perspective	<ul style="list-style-type: none"> • Ideas/Concerns/Beliefs/Feelings • Effects • Expectations • Picks up on cues
4. Providing Structure	<ul style="list-style-type: none"> • Summarising • Signposting • Sequencing – logical sequence • Timing & keeping to task
5. Developing Rapport	<ul style="list-style-type: none"> • Non-verbal behaviour • Appropriate level of note taking • Not judgmental • Empathy & support • Sensitive
6. Involving the patient	<ul style="list-style-type: none"> • Explaining thinking/rationale • Explaining examination
7. Explanation	<ul style="list-style-type: none"> • Comprehensive & appropriate information according to each patient's needs. • Correct type, amount & level of information • Clear information – avoid jargon • Timing of information • Avoiding premature reassurance
8. Aiding Recall and Understanding	<ul style="list-style-type: none"> • Emphasis and use of aids • Prioritising information • Asking patient to restate
9. Achieving a Shared Understanding	<ul style="list-style-type: none"> • Explanations linked to patients' views, problems & requests for information • Invites questions • Sensitive to patients' signs of puzzlement, overload, etc. – picks up cues • Asks how patient feels about information
10. Planning	<ul style="list-style-type: none"> • Shared decision making • Negotiates, offers choices, encourages patient to contribute ideas and preferences, checks patient's acceptance • and decisions
11. Closure	<ul style="list-style-type: none"> • Summarises, Agrees next step, Any final questions

ANNEXE 2 : Consentement éclairé signé par le propriétaire



Etudiante : SEPART Audrey, 5^{ème} année à l'école vétérinaire de Toulouse
Maitre de thèse : SANS Pierre, enseignant chercheur à l'école vétérinaire
WITTKÉ Gil : vétérinaire, chargé des cours sur la relation client
Diplôme obtenu : Docteur en Médecine Vétérinaire



Autorisation d'utilisation d'enregistrement de la consultation, dans une étude expérimentale pour une thèse de doctorat vétérinaire

Présentation de l'étude

Madame, Monsieur,

Etudiante en cinquième année à l'école vétérinaire, je réalise actuellement une thèse portant sur l'importance de la communication entre le vétérinaire et le propriétaire de chiots lors des premières consultations de vaccination. Pour ce faire, j'aurais besoin **d'enregistrer, à l'aide d'un dictaphone**, l'intégralité de **la consultation** d'aujourd'hui afin de la retranscrire ultérieurement. L'objectif est de mieux comprendre les interactions qui se produisent entre le vétérinaire et les propriétaires de chiots, ainsi que les messages et informations réellement perçus par le propriétaire à la fin de la consultation. C'est pourquoi après la consultation, si vous en êtes d'accord, je vous poserai **quelques questions** (5 minutes maximum) afin de préciser certains éléments.

Cet enregistrement, ainsi que la retranscription seront strictement anonymes et confidentiels. Ils seront utilisés uniquement dans le cadre de ma thèse ; aucun nom, ni le vôtre, ni celui de l'animal, ni aucune information personnelle n'apparaîtront et l'enregistrement sera détruit après l'étude.

D'avance, je vous remercie pour votre participation.

Autorisation d'utilisation de l'enregistrement

Je soussigné (e) accepte de participer à cette thèse selon les modalités présentées ci-dessus.

Fait à Le Signature

Si vous souhaitez que je vous transmette les résultats de la thèse, une fois leurs analyses terminées, merci de m'indiquer votre adresse mail :

Par rapport à vos réponses, avez-vous des remarques à faire ?

- 4) Veuillez noter, en quelques mots, les principaux **conseils/informations** que vous avez retenus (maximum 5) :

-
-
-
-
-

- 5) En termes de **communication/ d'échanges entre vous et le vétérinaire**, la consultation était satisfaisante.

Pas du tout d'accord *Pas d'accord* *Plutôt pas d'accord* *Plutôt d'accord* *D'accord* *Tout à fait d'accord*

➔ Si vous avez répondu « *Plutôt pas d'accord, Pas d'accord ou Pas d'accord du tout* », qu'est-ce qui vous a **déplu ou dérangé** lors de cette consultation ?

➔ Si vous avez répondu « *Tout à fait d'accord, D'accord ou Plutôt d'accord* », que proposeriez-vous pour **améliorer** encore plus cette première consultation spécialisée sur le chiot ?

- 6) Avez-vous d'autres remarques ou commentaires ?

Merci pour votre participation.

ANNEXE 4 : Extrait de la retranscription d'un enregistrement

	A	B	C
1			
2	V	Tout se passe bien ?	
3	P	Oui oui	
4	V	Pas de problème ?	
5	P	Non pas de problème	
6	V	C'est votre premier chien ou vous avez déjà eu des chiens?	
7	P	Non j'en ai eu plusieurs	
8	V	Donc vous avez	
9	P	Oui	
10	V	... de l'expérience	
11	P	Oui oui	
12			
13		<i>(le chien est monté sur la table)</i>	
14			
15	V	On va regarder. Tout se passe bien depuis que vous l'avez?	
16	P	Oui oui	
17	V	Quel âge ça lui fait maintenant?	
18	P	Elle a trois mois	
19	V	Elle a trois mois, il, il c'est un mâle	
20	P	Ouais, d'accord	
21	V	Il a 3 mois. Ok pas de problème	
22	P	3 mois le 1 (Octobre)	
23	V	Ok. Vous avez déjà eu des bergers belges ou non? Ou c'est....	
24	P	Non j'ai eu un chien berger allemand, après j'ai eu des border collie	
25	V	Ouais, d'accord. Ouais d'accord	
26			
27	V	Au niveau comportemental il est très remuant!	
28	P	Oui <i>(rires du propriétaire et de son ami)</i>	
29	V	Alors il mordille beaucoup - Ouais - . Donc moi je m'occupe de problème de comportement et ce qui est important	
30		et d'ailleurs je le dis aux gens systématiquement quand on voit le chien même au cours des premières vaccinations,	
31		il est..., il ne contrôle pas tout à fait, il ne se contrôle pas, on parle de retard un petit peu dans les autocontrôles.	
32		Donc c'est important de l'aider à, à s'autocontrôler - Ouais -, c'est à dire que quand il vous mordille vous lui dites non, hein?	
33		pas forcément le repousser - Oui oui- parce que parfois c'est un jeu pour lui, hein? Le faire à la limite asseoir avec une	
34		récompense. - Oui oui- Alors il faut travailler ça sur les autocontrôles, qu'il ne mordille pas.	
35		Alors moi j'avais un chien qui était un peu comme ça qui mordillait énormément et je lui appuyait avec le doigt	
36		etc ou autre, pour essayer de trouver un moyen qui l'ennuie -Ouais d'accord-, je fais comme ça ou autre, mais il faut trouver	
37		parce que le problème des bergers belges en général, de manière générale c'est leur impulsivité et parfois le	
38		difficile des autocontrôles, on a parfois des chiens hyper actifs et dans 30% des cas environs on a des problèmes	
39		d'agressivité - Oui- , plus tard, donc il faut vraiment le gérer.	
40		Donc servez vous .., il ne faut pas le gronder -Non- car vous risquez de, d'accentuer d'autres problèmes, mais essayez	
41		de bien mettre en œuvre le fait qu'il ne doit plus mordiller; on peut le faire jouer avec des objets, pas tirer	
42		pour pas trop développer -Oui- etc... mais on peut faire, le faire jouer et arrêter le jeu quelques secondes pour juste	
43		qu'il se contrôle. Vous risquez pas de ...	
44	P	Ah non mais lui ça va il écoute, quand on lui dit stop il arrête...	
45	V	Ah bon ça va...	
46	P	Il m'a mordu au début mais maintenant rien	
47	V	Ouais, comment vous avez fait pour qu'il arrête? Vous l'avez grondé ou...?	
48	P	Je lui ai dit stop! Tu mords pas	

V = Interventions du vétérinaire

P = Intervention du propriétaire

ANNEXE 5 : Fiches personnalisées des sujets abordés

Page 1 : Mode de vie du chiot avant et après l'adoption

Premier chiot	Oui	Non		
Age du chiot à l'adoption	< 6 semaines	6 < < 7/8 semaines	8 semaines < < 3 mois	> 3 mois
Motif de l'adoption	Veulent un animal	Ont perdu un autre chien	Obligation (abandon...)	
Origine de l'animal	Acheté	Donné	Trouvé	
	Achat dans un élevage	Achat chez un particulier		
Lieu d'habitation avant l'adoption	Maison	Appartement		
	Ville	Campagne	Montagne	
	Jardin privé	Pas de jardin	Sortie à l'extérieur	
Lieu d'habitation actuel	Maison	Appartement		
	Ville	Campagne	Montagne	
	Jardin privé	Jardin partagé	Pas de jardin	
Mode de vie avant l'adoption	Elevé avec la mère	Sans la mère		
	Avec frères et sœurs	Si oui combien:	Elevé seul	
	Enfants dans la famille	Pas d'enfant		
Mode de vie actuel	Vit avec d'autres chiens	Pas d'autre chien		
	Vit avec d'autres animaux	Si oui lesquels:		
	Enfant dans la famille	Pas d'enfant		

Alimentation avant l'adoption	Croquettes	Pâté	Ration ménagère
	Ad libitum	Quantité limitée	Autre :
Alimentation actuelle	Croquettes	Marque:	Transition alimentaire: oui / non
	Pâté	Ration ménagère	
	Ad libitum	Rationnement	Quantité en g/jour :
	« Self service »	Repas limité	Nombre repas/jour :
	Mange quand il veut	Durée repas limitée	Durée du repas (mn):
	Mange seul	Mange avec propriétaire à côté	Mange avec d'autres chiens
	Lieu du repas:	Mange les croquettes d'autres chiens / des chats	
	Mange avant les propriétaires	Mange après les propriétaires	Mange en même temps
	Réclame à table	oui / non	
Propreté	Acquise (urine et selles)	En cours d'acquisition	Pas propre du tout
	Propre en journée	Propre la nuit	
	Pas encore propre la journée	Pas encore propre la nuit	
	Si pas encore propre, lieu d'urine dans la maison: partout, devant la porte, sur un journal, un tapis....		
	* Combien de fois le chien est sorti par jour ?		
	Accès libre au jardin	Après chaque repas	Matin, midi et soir
	Le propriétaire l'accompagne	Le chien va seul faire ses besoins	
	Récompense quand besoins dehors		Pas de récompense
	* Comment le propriétaire s'y prend quand il trouve des urines dans la maison?		
	Lui met "le nez dedans"	Le gronde	Ne fait rien
	Nettoie hors de la vue du chien		Nettoie en présence du chien

Lieu de couchage	Extérieur	Véranda	Intérieur
	Si intérieur: salon, cuisine, chambre des propriétaires		Autre:
	Aboiement	Dégradations, bêtises	
Acquisition des autocontrôles	Inhibition de la morsure:	Oui	Non
	Mordille:	Oui	Non
	S'arrête de jouer seul:	Oui	Non
	Qui a l'initiative des contacts:	Propriétaire	Chiot
Socialisation intrinsèque au chien	Se laisse facilement manipuler	Ne se laisse pas manipuler	
	Gestes réalisables sur le chiot:	* ouverture de la bouche	oui / non
		* nettoyage des oreilles	oui / non
		* nettoyage des yeux	oui / non
		* brossage	oui / non
		* se laisse mettre sur le dos	oui / non
		* regarder les pattes	oui / non
		* couper les griffes	oui / non
Socialisation extrinsèque au chien	* Dans un environnement inconnu, bruyant	peureux / curieux / à l'aise	
	* Avec les autres chiens	peureux / curieux / à l'aise	
	* Avec les autres animaux	peureux / curieux / à l'aise	
	* Avec les enfants	peureux / curieux / à l'aise	
	* Avec les inconnus	peureux / curieux / à l'aise	
	* Dans la rue, route, avec les voitures	peureux / curieux / à l'aise	
	* S'habitue marche en laisse	oui / non	
	* S'habitue au transport en voiture	oui / non	
Souhaite aller dans des cours d'éducation canine	oui / non		

Vaccins	A déjà eu une primo-vaccination	oui / non
	Si oui quelles valences:	à quelle date:
	Souhait de vacciner contre la rage:	oui / non
	Souhait de vacciner contre la Toux du chenil:	oui / non
Antiparasitaires externes	A déjà eu un traitement	oui / non
	Si oui: quand:	quel produit:
Antiparasitaires internes	A déjà eu un traitement	oui / non
	Si oui: quand:	quel produit:

Page 3 : Thèmes à aborder à la seconde consultation lors du rappel vaccinal

Acquisition de la propreté	oui / non	Si non pourquoi:
Acquisition des autocontrôles	oui / non	Si non pourquoi:
Socialisation intrinsèque et extrinsèque	oui / non	Si non pourquoi:
Détachement de "l'être d'attachement"	Encore très attaché	Légèrement attaché
	Détaché	
	Reste seul sans aboiement ni destruction:	oui / non
Apprentissage des ordres simples	Le rappel	oui / non
	Marche en laisse	oui / non
	Le NON	oui / non
	Le assis	oui / non
	Le coucher	oui / non
Hiérarchie	Contact (caresses) à l'initiative: des propriétaires / du chiot	
	Démarrage du jeu à l'initiative des propriétaires / du chiot	

Page 4 : Thèmes à aborder lors de la consultation pubertaire

Problème particulier de comportement	
Envisage la stérilisation / castration	oui / non	Si non, pourquoi:
Poids	Score corporel : /9	Optimal
	Trop maigre	Surpoids
Vaccination contre la piroplasmose envisagée contre la leishmaniose	oui / non	
	oui / non	




ANNEXE 6 : Exemple de planning des actes à réaliser dans la première année de vie du chiot

























Janvier 2016		Février 2016		Mars 2016		Avril 2016		Mai 2016		Juin 2016		
V 1	Jour de l'an	L 1	5	M 1		V 1		D 1	Fête du Travail	M 1		
S 2	Saint-Berchtold	M 2		M 2		S 2		L 2	18	J 2		
D 3		M 3		J 3		D 3		M 3		V 3	Stérilisation	
L 4	1	J 4		V 4		L 4	14	M 4		S 4	Castration	
M 5		V 5		S 5		M 5		J 5	Ascension	D 5		
M 6	Épiphanie	S 6		D 6		M 6		V 6		L 6	23	
J 7		D 7		L 7	10	J 7		S 7		M 7		
V 8		L 8	PV2	M 8		V 8		D 8		M 8		
S 9		M 9		M 9		S 9		L 9	Consultation	J 9		
D 10		M 10		J 10		D 10		M 10	pubertaire et	V 10		
L 11	PV1	2	J 11	V 11		L 11	15	M 11	autres vaccins	S 11		
M 12		V 12		S 12		M 12		J 12		D 12		
M 13	APE	S 13	APE	D 13	APE	M 13	APE	V 13	APE	L 13	APE	24
J 14		D 14		L 14	11	J 14		S 14		M 14		
V 15	API	L 15	API	M 15	API	V 15	API	D 15	API	M 15		
S 16		M 16		M 16		S 16		L 16	Lundi de Pentecôte	J 16		
D 17		M 17		J 17		D 17		M 17		V 17		
L 18	3	J 18		V 18		L 18	16	M 18		S 18		
M 19		V 19		S 19	Saint-Joseph	M 19		J 19		D 19		
M 20		S 20		D 20		M 20		V 20		L 20	25	
J 21		D 21		L 21	12	J 21		S 21		M 21		
V 22		L 22	8	M 22		V 22		D 22		M 22		
S 23		M 23		M 23		S 23		L 23	21	J 23		
D 24		M 24		J 24		D 24		M 24		V 24		
L 25	4	J 25		V 25	Vendredi Saint	L 25	17	M 25		S 25		
M 26		V 26		S 26		M 26		J 26	Fête-Dieu	D 26		
M 27		S 27		D 27		M 27		V 27		L 27	26	
J 28		D 28		L 28	Lundi de Pâques	J 28	13	S 28		M 28		
V 29		L 29	9	M 29		V 29		D 29		M 29		
S 30		M 30		M 30		S 30		L 30	22	J 30		
D 31		NumeroDeSemaine.ch		J 31				M 31				

Juillet 2016		Août 2016		Septembre 2016		Octobre 2016		Novembre 2016		Décembre 2016		
V 1		L 1	Fête nationale	31	J 1		S 1		M 1	Toussaint	J 1	
S 2		M 2	Changement		V 2		D 2		M 2		V 2	
D 3		M 3	d'alimentation:		S 3		L 3	40	J 3		S 3	
L 4	27	J 4	Junior => Adulte		D 4		M 4		V 4		D 4	
M 5		V 5		L 5	36	M 5		S 5		L 5	49	
M 6		S 6		M 6		J 6		D 6		M 6		
J 7		D 7		M 7		V 7		L 7	45	M 7		
V 8		L 8	32	J 8		S 8		M 8		J 8	Immaculée Conception	
S 9		M 9		V 9		D 9		M 9		V 9		
D 10		M 10		S 10		L 10	41	J 10		S 10		
L 11	28	J 11		D 11		M 11		V 11		D 11		
M 12		V 12		L 12	37	M 12		S 12		L 12	50	
M 13	APE	S 13	APE	M 13	APE	J 13	APE	D 13	APE	M 13	APE	
J 14		D 14		M 14		V 14		L 14	46	M 14		
V 15		L 15	Assomption	33	J 15		S 15		M 15		J 15	
S 16		M 16	API	V 16		D 16		M 16	API	V 16		
D 17		M 17		S 17		L 17	42	J 17		S 17		
L 18	29	J 18		D 18		M 18		V 18		D 18		
M 19		V 19		L 19	38	M 19		S 19		L 19	51	
M 20		S 20		M 20		J 20		D 20		M 20		
J 21		D 21		M 21		V 21		L 21	47	M 21		
V 22		L 22	34	J 22		S 22		M 22		J 22		
S 23		M 23		V 23		D 23		M 23		V 23		
D 24		M 24		S 24		L 24	43	J 24		S 24		
L 25	30	J 25		D 25		M 25		V 25		D 25	Nöel	
M 26		V 26		L 26	39	M 26		S 26		L 26	Saint Etienne	52
M 27		S 27		M 27		J 27		D 27		M 27		
J 28		D 28		M 28		V 28		L 28	48	M 28		
V 29		L 29	35	J 29		S 29		M 29		J 29		
S 30		M 30		V 30		D 30		M 30		V 30		
D 31		M 31				L 31	44	NumeroDeSemaine.ch		S 31		

Dans cet exemple, le chiot aurait 2 mois lors de la primo-vaccination (PV1) et 3 mois lors du rappel (PV2). Rappelons que APE signifie antiparasitaire externe et API antiparasitaire interne.




























ANNEXE 7 : Le guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale : les processus de communication

























	Maîtrisée.
	En voie d'être maîtrisée.
	Non maîtrisée.

























I COMMENCER L'ENTREVUE				
A. Préparer la rencontre				
Commentaires				
B. Établir le premier contact (l'accueil)				
1. Salue le patient et obtient son nom.				
Commentaires				
2. Se présente et précise son rôle, la nature de l'entrevue ; obtient le consentement du patient, si nécessaire.				
Commentaires				
3. Montre du respect et de l'intérêt ; voit au confort physique du patient.				
Commentaires				
C. Déterminer les motifs de consultation				
1. Détermine par une question d'ouverture les problèmes ou les préoccupations que le patient souhaite voir aborder durant l'entrevue.				
Commentaires				
2. Écoute attentivement les énoncés d'ouverture du patient, sans l'interrompre ni orienter sa réponse.				
Commentaires				
3. Confirme la liste initiale des motifs de consultation et vérifie s'il y a d'autres problèmes.				
Commentaires				
4. Fixe le programme de la rencontre avec l'accord du patient, en tenant compte à la fois de ses besoins et des priorités cliniques.				
Commentaires				

II RECUEILLIR L'INFORMATION

A. Explorer les problèmes du patient

1. Encourage le patient à raconter l'histoire de son ou de ses problèmes, du début jusqu'au moment présent, dans ses propres mots (en clarifiant le motif de consultation actuel).			
Commentaires			
2. Utilise la technique des questions ouvertes et des questions fermées.			
Commentaires			
3. Écoute attentivement, en permettant au patient de terminer ses phrases sans l'interrompre et en lui laissant du temps pour réfléchir avant de répondre ou pour continuer après une pause.			
Commentaires			
4. Facilite, verbalement et non verbalement, les réponses du patient.			
Commentaires			
5. Relève les indices verbaux et non verbaux ; offre son interprétation au patient et vérifie si le patient est d'accord.			
Commentaires			
6. Clarifie les énoncés du patient qui sont ambigus ou qui nécessitent plus de précisions.			
Commentaires			
7. Fait périodiquement des résumés des propos du patient.			
Commentaires			
8. Utilise des questions et des commentaires concis et faciles à comprendre ; évite le jargon médical ou, du moins, l'explique.			
Commentaires			
9. Établit la séquence temporelle des événements depuis le début.			
Commentaires			

B. Hâbiletés additionnelles pour comprendre la perspective du patient			
1. Détermine activement et explore adéquatement : <ul style="list-style-type: none"> • les idées du patient (ses croyances sur les causes); • ses préoccupations (ses craintes) au sujet de chaque problème ; • ses attentes (ses buts, l'aide qu'il désire obtenir pour chaque problème); • les effets de ses problèmes de santé : comment chaque problème touche sa vie. 			
Commentaires			
2. Encourage le patient à exprimer ses émotions.			
Commentaires			
III STRUCTURER L'ENTREVUE			
A. Rendre explicite l'organisation de l'entrevue			
1. Fait un résumé à la fin de chaque sujet d'exploration.			
Commentaires			
2. Progresse d'une section à l'autre de l'entrevue en annonçant verbalement les transitions et en les justifiant.			
Commentaires			
B. Prêter attention au déroulement de l'entrevue			
1. Structure l'entrevue selon une séquence logique.			
Commentaires			
2. Est attentif au temps disponible et maintient l'entrevue centrée sur les tâches à accomplir.			
Commentaires			
IV CONSTRUIRE LA RELATION			
A. Utiliser un comportement non verbal approprié			
1. Adopte un comportement non verbal approprié : <ul style="list-style-type: none"> • contact visuel, expression faciale ; • posture, position et mouvement ; • indices vocaux tels que débit, volume, tonalité. 			
Commentaires			
2. Lit ou prend des notes, ou utilise un ordinateur d'une façon qui n'interfère ni avec le dialogue ni avec la relation.			
Commentaires			

3. Montre une confiance appropriée.			
Commentaires			
B. Établir une relation chaleureuse et harmonieuse			
1. Accueille les points de vue et les émotions du patient ; ne s'érige pas en juge.			
Commentaires			
2. Utilise l'empathie : reconnaît ouvertement les points de vue et les émotions du patient et utilise le reflet.			
Commentaires			
3. Fournit du soutien : exprime son intérêt, sa compréhension, sa volonté d'aider ; reconnaît les efforts d'adaptation et les démarches appropriées d'autosoins de son patient ; lui offre de travailler en partenariat.			
Commentaires			
4. Agit avec délicatesse dans la discussion de sujets embarrassants et troublants, en présence de douleurs physiques et durant l'examen physique.			
Commentaires			
C. Associer le patient à la démarche clinique			
1. Partage ses réflexions cliniques avec le patient.			
Commentaires			
2. Justifie des questions ou des parties de l'examen physique qui pourraient paraître non pertinentes.			
Commentaires			
3. Durant l'examen physique, explique le déroulement, demande la permission.			
Commentaires			

V EXPLIQUER ET PLANIFIER**A. Fournir la quantité et le type d'information adéquats**

1. Fournit l'information par portions faciles à gérer et vérifie la compréhension du patient; utilise les réponses du patient comme guide pour adapter ses explications.



Commentaires

2. Évalue les connaissances du patient: s'enquiert des connaissances préalables du patient; s'informe de l'étendue de ce que le patient souhaite savoir.



Commentaires

3. Demande au patient quelles autres informations lui seraient utiles.



Commentaires

4. Donne l'information à des moments appropriés: évite de donner des conseils et de l'information ou de rassurer prématurément.



Commentaires

B. Aider le patient à retenir et à comprendre les informations

1. Organise les explications: il divise l'information en parties logiquement organisées.



Commentaires

2. Utilise des catégories explicites; annonce les changements de thème.



Commentaires

3. Utilise la répétition et les résumés pour renforcer l'information.



Commentaires

4. Utilise un langage concis et facile à comprendre; évite le jargon médical, ou du moins l'explique.

























































Commentaires




























5. Utilise du matériel visuel pour transmettre l'information: diagrammes, modèles, informations ou instructions écrites.












Commentaires

6. Vérifie la compréhension qu'a le patient de l'information donnée (ou des plans élaborés).			
Commentaires			
C. Arriver à une compréhension partagée : intégrer la perspective du patient			
1. Relie ses explications aux opinions du patient sur ses malaises : fait le lien avec les idées, les préoccupations et les attentes qu'a préalablement exprimées le patient.			
Commentaires			
2. Fournit au patient des occasions de participer et l'encourage à le faire : l'incite à poser des questions, à demander des clarifications, à exprimer ses doutes ; y répond adéquatement.			
Commentaires			
3. Relève les indices verbaux et les indices non verbaux.			
Commentaires			
4. Fait exprimer au patient ses croyances, ses réactions et ses émotions en lien avec les informations données et les termes utilisés ; les reconnaît et y répond au besoin.			
Commentaires			
D. Planifier : arriver à une prise de décision partagée			
1. Partage ses réflexions cliniques (idées, processus de pensée, dilemmes) lorsque cela est approprié.			
Commentaires			
2. Fait participer le patient : présente des suggestions et des choix plutôt que des directives ; encourage le patient à partager ses pensées (idées, suggestions et préférences).			
Commentaires			
3. Explore les différentes options d'action.			
Commentaires			
4. S'assure du rôle que le patient souhaite jouer dans les décisions à prendre.			
Commentaires			

5. Discute d'un plan mutuellement acceptable : signale sa position ou ses préférences au sujet des options possibles ; détermine les préférences du patient.			
Commentaires			
6. Vérifie auprès du patient s'il est d'accord avec le plan et si on a répondu à ses préoccupations.			
Commentaires			
VI TERMINER L'ENTREVUE			
A. Planifier les prochaines étapes			
1. Conclut une entente avec le patient au sujet des prochaines étapes.			
Commentaires			
2. Prévoit un filet de sécurité, en mentionnant les résultats inattendus possibles, les mesures à prendre si le plan de traitement ne fonctionne pas, le moment et la façon de demander de l'aide.			
Commentaires			
B. Préparer la fin de l'entrevue			
1. Résume la séance brièvement et clarifie le plan de soins.			
Commentaires			
2. Vérifie une dernière fois que le patient est d'accord et à l'aise avec le plan de soins proposé, et demande s'il a des corrections à apporter, des questions à poser ou d'autres points à discuter.			
Commentaires			
VII EXPLIQUER ET PLANIFIER: CAS PARTICULIERS DE DISCUSSION AVEC LE PATIENT			
A. Discussion à propos d'opinions sur un problème ou sur sa signification			
1. Offre une opinion sur ce qui se passe et, si possible, nomme précisément le ou les problèmes.			
Commentaires			
2. Révèle les raisons à l'origine des opinions discutées.			
Commentaires			
3. Explique les causes, la gravité, les résultats attendus ainsi que les conséquences à court et à long terme.			
Commentaires			

4. Encourage le patient à exprimer ses croyances, ses réactions et ses préoccupations au sujet des opinions émises.			
Commentaires			
B. Élaboration conjointe d'un plan d'action			
1. Discute des possibilités d'intervention.			
Commentaires			
2. Fournit de l'information sur les interventions et les traitements offerts : <ul style="list-style-type: none"> leur nom ; les étapes des traitements et la façon dont ils fonctionnent ; leurs avantages ; les effets secondaires possibles. 			
Commentaires			
3. Sollicite la perspective du patient sur la nécessité d'agir, les bienfaits perçus, les obstacles, sa motivation.			
Commentaires			
4. Reconnaît le point de vue du patient ; au besoin, plaide en faveur d'autres points de vue.			
Commentaires			
5. Sollicite les réactions et les préoccupations du patient au sujet du plan de traitement ; vérifie notamment s'il le trouve acceptable.			
Commentaires			
6. Tient compte du style de vie, des croyances, du bagage culturel et des capacités du patient.			
Commentaires			
7. Encourage le patient à mettre en pratique les plans d'action, à prendre ses responsabilités et à être autonome.			
Commentaires			
8. Vérifie le soutien personnel dont bénéficie le patient et discute des autres possibilités de soutien social qui s'offrent à lui.			
Commentaires			

C. Discussion à propos des investigations et des interventions			
1. Fournit des informations claires sur les interventions, c'est-à-dire sur ce que le patient pourrait vivre et subir, et sur la façon dont il sera informé des résultats.			
Commentaires			
2. Fait le lien entre les interventions et le plan de traitement.			
Commentaires			
3. Encourage les questions et la discussion sur les craintes ou les résultats défavorables possibles.			
Commentaires			

Source : Kurtz et autres (1998, 2003b) et Silverman et autres (1998). Traduit et adapté avec la permission des auteurs par Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard et Marie-Thérèse Lussier (2004 : ici, la version diffère légèrement). La version originale anglaise est accessible sur Internet aux sites www.skillscascade.com ou www.med.ucalgary.ca/education/learningresources.

