

**Institut d'études politiques de Paris**

**École de la recherche**

**Master de Sociologie**



**Soigner, s'attacher, s'adapter**

***Ethos, styles professionnels et dynamiques organisationnelles en  
clinique vétérinaire canine***

Pauline Ligny

Soutenance le 22 mai 2025

Directrice de mémoire : Gwenaële Rot (CSO – SciencesPo Paris)

Co-directeur de mémoire : Jérôme Michalon (CNRS et UMR  
TRIANGLE)

Année académique : 2024-2025

Nombre de signes : 264 303 signes (espaces compris, hors annexes et bibliographie)

## **Table des matières**

Remerciements .....	4
Liste des acronymes .....	5
INTRODUCTION.....	6
<b>PARTIE I : SOIGNER SES INTERACTIONS AVEC LES PROPRIÉTAIRES : UNE CONDITION POUR SOIGNER L'ANIMAL .....</b>	<b>16</b>
<b>CHAPITRE 1. Des soins à trois : comprendre la place des propriétaires dans le soin animal</b>	<b>16</b>
1) Le soin vétérinaire comme coopération contrainte.....	16
2) Soigner avec un tiers : l'analogie pédiatrique.....	17
3) Soigner à quel prix ? L'animal entre valeur affective et calcul économique .....	18
4) Une implication négociée : marges de manœuvre des propriétaires dans le soin.....	20
<b>CHAPITRE 2. Apprivoiser le.la propriétaire : des stratégies relationnelles à visée thérapeutique .....</b>	<b>22</b>
1) Construire la confiance pour sécuriser la trajectoire de soin.....	22
2) La compétence communicative : de profane à partenaire dans le soin vétérinaire.....	25
3) Quand l'argent freine le soin : stratégies face à la barrière économique .....	27
<b>CHAPITRE 3. La relation au propriétaire comme filtre affectif du soin.....</b>	<b>28</b>
1) Ancrages temporels et familiarité dans la relation de soin.....	28
2) Propriétaires « appréciés », animaux « chouchoutés » ? .....	29
Conclusion de cette partie .....	31
<b>Partie II : L'UNITÉ DANS LA DIVERSITÉ : UN ETHOS PARTAGÉ DU RAPPORT AUX ANIMAUX CHEZ LES SOIGNANT.E.S .....</b>	<b>32</b>
<b>CHAPITRE 1. Toucher l'animal pour le soigner : accéder au corps comme acte relationnel.</b>	<b>32</b>
1) Un soin sous condition d'accès corporel .....	32
2) De la technique à la relation : la douceur et la patience comme compétences professionnelles...	32
3) Les limites du travail sentimental : gérer les résistances et agressivités animales.....	36
<b>CHAPITRE 2. Des patients à part entière : l'individualisation des animaux en clinique vétérinaire.....</b>	<b>36</b>
1) Individualiser pour soigner : un travail d'observation et d'ajustement en temps réel.....	36
2) Construire une mémoire du patient : l'apprentissage clinique des comportements animaux .....	38
3) Le domicile comme lieu d'extension du soin : ajuster le soin à la relation animal-propriétaire...	40
<b>CHAPITRE 3. Soigner jusqu'à la mort : la gestion quotidienne du décès animal .....</b>	<b>41</b>
1) La clinique vétérinaire comme lieu de vie et de fin de vie.....	41
2) Quand la mort échappe au soin : les décès imprévus et la responsabilité professionnelle.....	42
3) La dernière piqûre : sens et tensions autour de l'euthanasie.....	43
4) Les apprentissages émotionnels autour du décès animal.....	44
Conclusion de cette partie .....	45

PARTIE III – SOIGNER OU S’ATTACHER ? TYPOLOGIE DES SOIGNANT.E.S ET VARIATIONS CONTEXTUELLES .....	47
CHAPITRE 1. Une typologie wébérienne des soignant.e.s : reprise et dépassement de Véga et Rollin.....	47
1) Des soignant.e.s “gaga” ? Des figures du soin relationnel.....	47
2) L’affection comme jeu de surface et nécessité technique : les soignant.e.s technicien.ne.s .....	49
CHAPITRE 2. Formé.e.s pour soigner, éduqué.e.s pour ressentir : les socialisations différenciées des soignant.e.s .....	51
1) Apprendre à soigner : la fabrique professionnelle du geste vétérinaire.....	52
2) La fabrique genrée des styles professionnels.....	54
CHAPITRE 3. Une typologie en mouvement : le soin en transformation.....	56
1) L’expérience comme moteur de la recomposition des pratiques de soin.....	56
2) Une typologie fluctuante : la clinique comme scène d’improvisation affective.....	57
Conclusion de cette partie .....	60
PARTIE IV - DES INTERACTIONS ORGANISÉES : LES EFFETS DES DYNAMIQUES ORGANISATIONNELLES SUR LES INTERACTIONS SOIGNANT.E.S-SOIGNÉS .....	62
CHAPITRE 1. Travail distribué, relations différenciées : la répartition des tâches entre vétérinaires et AV .....	62
1) Les animaux comme « cas médicaux » : les vétérinaires et l’autorité médicale.....	62
2) Les auxiliaires vétérinaires : entre position subalterne et proximité à l’animal .....	63
CHAPITRE 2. Soigner sous autorité : entre statut professionnel, autonomie et pouvoir de décision .....	65
1) Entre exécution et influence : les AV dans les logiques décisionnelles .....	65
2) Du. de la chef.fe d’entreprise à l’employé.e : variations des marges de manœuvre des vétérinaires	67
CHAPITRE 3. Quand l’espace et l’équipe façonnent le soin : les conditions concrètes d’exercice du soin.....	69
1) L’architecture du soin : des espaces qui conditionnent les interactions .....	69
2) Travailler seul.e ou en équipe : implications pour la relation de soin.....	70
CHAPITRE IV. De l’indépendance au regroupement : enjeux des cliniques vétérinaires de groupe.....	73
1) Genèse et structuration des groupes en contexte français .....	73
2) Petit groupe de cliniques : gestion souple et hiérarchie simpliste .....	74
3) Entre organisation pyramidale et fonctions support : la structuration des grands groupes .....	75
4) Entre obligations et recommandations : pratiquer dans un grand groupe.....	76
5) Les interactions soignant.e.s-soignés face au travail en grand groupe .....	78
Conclusion de cette partie .....	79
Conclusion du mémoire .....	81
Bibliographie.....	85

## **Remerciements**

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma gratitude.

Je voudrais tout d'abord remercier mes deux directeur.rice.s de mémoire, Gwenaële Rot et Jérôme Michalon, pour leur patience, leur disponibilité et leurs judicieux conseils. Je vous remercie de m'avoir encadrée, orientée et conseillée. Vos remarques constructives et vos encouragements ont été essentiel à l'élaboration de ce mémoire.

J'adresse également mes sincères remerciements à toutes mes professeur.e.s de licence et de master, de l'UCLouvain et SciencesPo Paris, qui ont assuré ma formation théorique et dont les enseignements ont nourri ma réflexion et structuré ma démarche de recherche.

Je suis particulièrement reconnaissante envers les personnes que j'ai rencontrées au cours de mon enquête, qui ont accepté de m'ouvrir les portes de leur univers professionnel et de partager avec moi un peu de leur quotidien. Leur disponibilité, leur confiance et la richesse de leurs témoignages ont été précieuses tout au long de ce travail. Je remercie tout spécialement Steve, pour l'attention qu'il a porté à mon enquête, sa disponibilité, et le temps qu'il m'a généreusement consacré.

Enfin, je souhaite également remercier mes proches, qui m'ont soutenue de façon constante et précieuse. Je remercie tout particulièrement mes parents, pour leur confiance indéfectible, pouvoir avoir cru en mes projets et capacité, et pour leur soutien tout au long de ce parcours. Merci infiniment à ma partenaire, pour son soutien moral quotidien, son écoute et sa présence, qui ont été essentiels dans les moments d'incertitude et d'élan. Et merci à Maya, dont la présence douce et attentive m'a accompagnée tout au long de la rédaction. Je vous remercie infiniment.

À Oscar, qui m'a accompagnée chaque jour au moment où ce mémoire a commencé à prendre forme. Tu n'es plus là, mais tu continues de veiller à ta manière. Ce mémoire t'est dédié.

## **Liste des acronymes**

<b>AV</b>	Auxiliaire vétérinaire
<b>CHV</b>	Centre hospitalier vétérinaire
<b>CRPM</b>	Code rural et de la pêche maritime
<b>CVS</b>	Centre de vétérinaires spécialistes
<b>ESV</b>	Établissement de soins vétérinaires
<b>NAC</b>	Nouveaux animaux de compagnie
<b>RCP</b>	Responsabilité civile professionnelle
<b>SEL</b>	Société d'exercice libéral
<b>SELARL</b>	Société d'exercice libéral à responsabilité limitée
<b>SELAS</b>	Société d'exercice libéral par actions simplifiées
<b>SPFPL</b>	Société de participation financière des professions libérales
<b>TNS</b>	Travailleur.euse non-salarié.e
<b>URSAFF Familiales</b>	Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations

## **INTRODUCTION**

### **1) Transformation de la profession vétérinaire à l'ère du soin canin**

Selon Herpin, Grimler et Verger (1991), les animaux de compagnie connaissent un franc succès en France depuis les années 1970 et leur présence dans les foyers n'a cessé de s'affirmer, passant de 26 millions en 1988 (Herpin et al., 1991) à 75 millions en 2024 (FACCO, 2024). Entre 2000 et 2016, le chiffre d'affaires du secteur vétérinaire a progressé de 3,6% par an, porté par les soins aux animaux de compagnie qui représentaient alors les deux tiers de l'activité vétérinaire (Insee, 2019). Ce phénomène a contribué à une transformation structurelle du champ de la médecine vétérinaire : les vétérinaires spécialisé.e.s en animaux de rente, autrefois majoritaires, sont désormais minoritaires face aux vétérinaires canins (Bonnaud & Fortané, 2020). Parallèlement, l'offre de soins s'est diversifiée avec l'introduction de nouveaux services, le développement de spécialités et l'élargissement des possibilités diagnostiques et thérapeutiques (Gerster & Steinmetz, 2018).

Dans le même temps, la profession vétérinaire connaît une transformation de sa composition démographique marquée par un processus de féminisation depuis les années 1970 (Tourre-Malen, 2016). En 2023, les femmes représentaient 59,8% des vétérinaires inscrit.e.s au tableau de l'Ordre (Ordre national des vétérinaires, 2024a). La profession connaît également d'importantes mutations structurelles : diminution du nombre de cabinets vétérinaires au profit des cliniques vétérinaires, apparition des CHV et CVS<sup>1</sup> (bien que minoritaires), augmentation de la taille des équipes et progression du salariat (Gerster & Steinmetz, 2018 ; Ordre national des vétérinaires, 2024a). Enfin, le secteur vétérinaire connaît depuis une dizaine d'années un phénomène de *consolidation*, désignant la *concentration* progressive du marché au profit de groupes privés qui détiennent plusieurs établissements (Frayssinet & Baralon, 2020a). Cette dynamique repose sur des opérations de *fusions-acquisitions* par lesquelles des groupes rachètent des ESV indépendants pour les regrouper en leur sein (Frayssinet & Baralon, 2020a). En 2017, seuls 2 % des vétérinaires canins exerçaient dans une clinique appartenant à un groupe privé, contre 19% en 2022 (Jeanney, 2022).

La clinique vétérinaire canine<sup>2</sup> est donc un modèle d'ESV qui s'est généralisé depuis plusieurs décennies et qui est traversé par les mutations que connaît le secteur vétérinaire. C'est dans ce cadre en évolution que les interactions entre soignant.e.s et animaux prennent une forme particulière. Dans ce contexte, il apparaît essentiel de se demander *quelles sont les formes que prennent ces interactions dans les cliniques vétérinaires canines*.

### **2) Revue de littérature**

---

<sup>1</sup> En France, il existe quatre catégories d'ESV encadrées par les articles R.242-33 à R. 242-50 du CRPM et par l'arrêté du 13 mars 2015 relatif aux catégories d'ESV, à savoir les cabinets, les cliniques, les CHV et les CVS. Ces catégories sont définies par des exigences croissantes en matière d'équipements, de personnel et d'horaires. Les cabinets offrent des services de base, tandis que les cliniques exigent un plateau technique complet et une équipe minimale. Les CHV doivent fonctionner 24h/24 avec une équipe pluridisciplinaire. Finalement, les CVS sont exclusivement composés de vétérinaires spécialistes dédié.e.s à des disciplines spécifiques (Ordre national des vétérinaires, 2024b).

<sup>2</sup> Les cliniques vétérinaires canines sont spécialisées dans le soin des chiens et chats, et plus marginalement des NAC (Ordre national des vétérinaires, 2020).

## **2.1) Faire une place aux animaux : évolutions théoriques et méthodologiques en sociologie**

Les premiers travaux en sciences humaines et sociales portant sur les relations entre humains et animaux ont été écrits par des ethnologues et des anthropologues à la fin du XIXe siècle et au début du XXe siècle (Rémy, 2016). Il faut toutefois attendre les années 1970-1980 pour voir apparaître les premiers travaux sociologiques empiriques sur ces questions (Michalon, 2017). Si ces travaux se multiplient à partir des années 1990, c'est surtout dans les années 2000 que s'affirme un champ spécifique : la sociologie des relations anthropozoologiques (Michalon, 2020).

Cet intérêt croissant conduit les sociologues, à partir des années 1990, à interroger la manière d'intégrer les animaux dans l'analyse, tant sur le méthodologique et épistémologique (Michalon, 2020). Les réflexions de Bruno Latour (1994) et Michel Callon (1986), à travers le projet d'anthropologie symétrique, ont joué un rôle central en remettant en cause l'idée de passivité animale. Selon la théorie de l'acteur-réseau, les entités non humaines (objets, artefacts, équipements) doivent être considérées comme des *actants* capables d'agir. Cette perspective a nourri les travaux de sociologues qui se sont saisis de la question de l'*agentivité animale*, jusque jusque-là marginalisée par les ethnologues, qui voyaient surtout dans l'animal un « objet culturel ou symbolique, support de représentations sociales, mais non pas comme un être présent en situation et agissant » (Rémy, 2016, p. 301).

Diverses propositions ont alors émergé pour reconnaître un rôle actif aux animaux dans l'analyse de leurs interactions avec les humains (Michalon, 2017). Pour ma part, je m'inscris dans la perspective développée par Rémy (2016) qui défend l'idée que le sociologue doit observer ce que font les animaux dans leurs interactions, sans prétendre adopter leur point de vue, à la différence d'Arluke et Sanders (1996), qui appellent à se mettre à la place des animaux pour saisir leurs intentions. L'enjeu, selon Rémy (2016), est d'analyser les rencontres entre humains et animaux en décrivant finement les situations, sans chercher à interpréter ce que les animaux pensent ou veulent, mais en reconnaissant leur présence et actions.

## **2.2) Ethnographier les relations interspécifiques dans les établissements de soin vétérinaire**

Dans la lignée des premiers travaux sociologiques sur les relations entre humains et animaux, les sciences humaines et sociales se sont intéressées à la profession vétérinaire à partir des années 1990, avec une intensification des recherches dans les années 2010, en France comme aux Etats-Unis (Bonnaud & Fortané, 2020). Ces travaux portent notamment sur les vétérinaires exerçant en zones rurales (Wilkie, 2010), ceux de l'inspection publique (Bonnaud & Coppalle, 2008 ; Fritsch, 2009), ou encore sur les modes de régulation de la profession par l'État (Bonnaud & Fortané, 2016 ; 2018).

Dans le cadre de ce mémoire, je m'intéresse plus spécifiquement aux recherches ethnographiques sur les interactions entre les soignant.e.s et les animaux dans les ESV. Les premiers travaux en la matière ont été menés par le sociologue interactionniste Clinton Sanders aux Etats-Unis dans les années 1990 et 2000, à partir d'observations participantes de longue durée dans des hôpitaux vétérinaires. Ils ont depuis été prolongés par d'autres enquêtes

ethnographiques, principalement menées aux Etats-Unis et en Angleterre dans les années 2000 et 2010. En France, quelques études ont vu le jour (Rémy, 2009 ; Tillich, 2020), mais elles demeurent encore rares.

### **2.2.1) Comprendre les interactions entre soignant.e.s et animaux : les cadres interactionnels chez Sanders**

Dans un article datant de 1994, Sanders propose la première analyse des relations entre animaux et soignant.e.s dans un hôpital vétérinaire. Il montre que ces relations sont structurées par une classification opérée par les soignant.e.s entre « bons » et « mauvais » patients, les second étant ceux qui entravent le déroulement conventionnel de la rencontre (Sanders, 1994a). Comme dans d'autres professions de service (Mennerick, 1974), les comportements considérés comme déviants sont ceux qui ne respectent pas les règles implicites d'interactions (Sanders, 1994a). Sanders (1994a) souligne aussi le rôle central des propriétaires dans la médiation entre soignant.e.s et animaux, et analyse comment les vétérinaires catégorisent également les « bon.ne.s » et « mauvais.e.s » propriétaires (Sanders, 1994b).

Dans un autre article, consacré à l'euthanasie, Sanders (1995) met en lumière les tensions qui traversent cette pratique, située au cœur d'un processus de négociation entre les recommandations vétérinaires et les motivations des propriétaires. Ainsi, les vétérinaires tentent de dissuader les propriétaires si les raisons leurs paraissent illégitimes, et, en cas d'échec, s'appuient sur l'argument qu'un.e autre praticien.ne le ferait de toute façon, afin d'alléger leur culpabilité (Sanders, 1995). Ses propos seront ensuite prolongés par le travail de la sociologue Patricia Morris (2009 ; 2012a ; 2012b) qui explore plus particulièrement la question de l'euthanasie à travers l'étude du processus de négociation entre propriétaires et vétérinaires, la gestion des émotions des propriétaires et l'apprentissage de stratégies émotionnelles par les soignant.e.s

Enfin, Sanders s'est intéressé à la division du travail en hôpital vétérinaire (Sanders, 2010). Il montre que les AV prennent en charge ce qui est considéré comme le « sale boulot » au sens de Hughes (1971), c'est-à-dire les tâches physiquement ou socialement désagréables, comme le nettoyage des locaux et cages, emprunts de fluides nauséabonds comme des excréments et de l'urine (Sanders, 2010). Cette répartition fait écho à celle observée dans les milieux médicaux humains, où les actes techniques et valorisés sont confiés aux médecins, tandis que les soins corporels quotidiens reviennent aux infirmier.e.s et aides-soignant.e.s (Chiappetta-Swanson, 2005). Emma Tillich (2020) prolonge ces analyses en soulignant que le dégoût est également une expérience ordinaire pour les vétérinaires, exposé.e.s à des substances nauséabondes comme le sang, les urines, les excréments et des liquides purulents.

### **2.2.2) De l'uniformité à la diversité : vers une sociologie différenciée des soignant.e.s**

Les travaux de Sanders montrent qu'il existe bien un certain *ethos professionnel* partagé par les soignant.e.s à propos de leurs interactions avec les animaux et propriétaires. Les soignant.e.s partagent ainsi certaines façon d'interagir avec les animaux, d'interpréter leurs comportements et de s'y adapter. Toutefois, définir les relations entre les soignant.e.s et leurs patient.e.s à partir d'une catégorisation entre ceux qui seraient « bon.ne.s » et « mauvaise.s » est trop réducteur. De plus, il aborde peu les différences de comportements entre les soignant.e.s, qui sont traité.e.s

comme un groupe homogène, envisageant leur métier et leur rapport aux animaux de la même façon. D'autres travaux ethnographiques, réalisés à posteriori de ceux de Sanders, sont particulièrement intéressants en ce qu'ils dépassent les deux écueils que je viens d'exposer.

Ainsi, Hamilton et Taylor (2013), qui ont réalisé une ethnographie dans une clinique vétérinaire anglaise, expliquent que les relations entre soignant.e.s et animaux se jouent dans une redéfinition et une négociation constante, réalisée par les soignant.e.s, de la frontière entre humains et animaux. En effet, les soignant.e.s naviguent entre deux statuts donnés à l'animal, considéré comme *sujet*, c'est-à-dire un être sensible, doté d'émotions, et membre de la famille, et comme *objet*, patient passif devant être traité avec objectivité (Hamilton & Taylor, 2013, p. 162). Au-delà de cette ambivalence propre aux soignant.e.s en clinique vétérinaire, Rémy identifiait en 2009 (p.102) quatre types de cadrages qu'effectuent les soignant.e.s en clinique vétérinaire à propos des animaux : la *subjectivation* (positive ou négative, selon que l'animal soit perçu comme étant intéressant ou non), la *personnification* (attribution de traits de comportement et de caractère à l'animal), l'*objectivation* (l'animal est perçu comme insensible et passif) et la *corporéisation* (l'animal n'est perçu que comme corps, lorsqu'il est considéré comme sale et malodorant). L'ethnographie de Rémy (2009) est particulièrement intéressante en ce qu'elle montre que les soignant.e.s ne sont pas un groupe homogène : ils n'interagissent pas tous de la même façon avec les animaux et le cadrage auquel ces dernier.e.s vont s'attacher dépend de la situation dans laquelle ces acteur.rice.s se trouvent, et la façon dont ils choisissent de s'y adapter. Néanmoins, son ethnographie traite uniquement des normes professionnelles partagées entre les soignant.e.s au sujet des euthanasies, puisque sa démarche reposait sur l'étude plus particulière de cet acte, ce qui limite son approche.

### **2.2.3) Typologie, contexte et idéologie professionnelle : les apports d'Atwood-Harvey**

Bien que pourtant moins récente que les travaux cités précédemment, la thèse de doctorat de la sociologue Atwood-Harvey (2003) articule avec fécondité l'étude des normes professionnelles partagées par le personnel soignant, les différences de comportements entre soignant.e.s et les facteurs contextuels pouvant être décisifs dans les interactions entre soignant.e.s et soignés. Dans son ethnographie d'une clinique vétérinaire pour félins, elle montre que les soignant.e.s se reposent sur un *cadre idéologique* spécifique au travail de soin vétérinaire, qu'elle résume comme les grandes activités qui structurent le travail vétérinaire et la perception qu'en ont les soignant.e.s (Atwood-Harvey, 2003, p.63). Ces activités sont : les consultations vaccinales, les stérilisations, les dégriffages et l'euthanasie. En outre, les interactions seraient influencées par le type de vétérinaire. À partir des travaux de Rollin (1999), elle différencie les *vétérinaires pédiatres* des *vétérinaires mécanicien.ne.s* (Atwood-Harvey, 2003, p. 64). Les vétérinaires pédiatres abordent la consultation de la même manière d'un.e pédiatre, en rappelant la responsabilité qu'ont les propriétaires vis-à-vis de leur animal. Les vétérinaires mécanicien.ne.s, elleux, ne tentent pas d'éduquer les propriétaires, mais appliquent les soins décidés par ces dernier.e.s, sans les remettre en question. D'autres facteurs contextuels sont susceptibles d'influencer le cours des interactions comme la présence du propriétaire, l'âge des animaux et le statut social des animaux.

Dans sa thèse, Atwood-Harvey (2003) arrive donc à proposer une analyse cohérente des rapports entre soignant.e.s et soignés, en montrant qu'il existe bien des normes professionnelles

communes entre les soignant.e.s, mais que ce groupe n'est pas homogène, puisqu'il existe différents types de soignant.e.s en fonction des interactions qu'ils privilégient avec les animaux. Ces soignant.e.s ne vont toutefois pas agir de la même façon avec tous les animaux, puisque d'autres facteurs contextuels rentrent également en jeu. À ce titre, cette étude est la plus complète que j'ai pu lire à propos des interactions entre humains et animaux en clinique vétérinaire.

En revanche, l'autrice utilise un cadre d'analyse parcellaire des normes professionnelles communes, dans la mesure où elle le résume à la façon dont les soignant.e.s envisagent les différentes activités qu'ils réalisent au quotidien. À partir de cet angle, elle démontre peu les façons communes d'interagir concrètement avec les animaux que les normes professionnelles partagées impliquent. Par ailleurs, l'autrice peine à expliquer le profil des soignant.e.s qu'elle qualifie de « pédiatres » et de « mécanicien.ne.s » ainsi que leurs motivations professionnelles. En outre, et c'est également le cas pour les travaux précédemment cités, l'autrice crée une typologie de soignant.e.s sans intégrer le traitement médical des animaux en tant que tel dans l'objet d'analyse. Pourtant, il doit s'agir également de s'intéresser à ce que font les soignant.e.s aux animaux en termes de pratiques médicales, quand, pourquoi, et comment. En guise de dernier élément, bien qu'Atwood-Harvey passe en revue des facteurs notamment contextuels afin d'étudier sa typologie en situation, cette dernière néglige d'autres facteurs tels que les facteurs organisationnels, structurels et économiques. Pourtant, comme l'ont montré les travaux de Sanders (2010), certains facteurs organisationnels, comme la répartition du travail, influencent les interactions entre soignant.e.s et soignés. Et comme nous l'avons vu, la profession connaît de nombreuses transformations structurelles qui touchent à différents facteurs organisationnels, ce qu'il serait donc intéressant d'investiguer.

### **2.3) Entre normes professionnelles, logiques d'action et organisation : délimiter le cadre d'analyse**

Compte tenu des diverses lacunes des travaux ayant été réalisés sur les interactions entre soignant.e.s et animaux en ESV, le présent mémoire vise à répondre à la question *Comment les interactions entre soignant.e.s et animaux dans les cliniques vétérinaires canines se façonnent-elles à l'intersection d'un ethos professionnel, de logiques d'action différenciées et des structures organisationnelles ?* En m'appuyant sur Goffman (1973), je conçois les interactions comme les séquences d'actions situées d'ajustements réciproques entre les acteur.rice.s. L'objectif de ce mémoire est de présenter les différents éléments qui structurent et influencent les interactions entre soignant.e.s et soignés et leurs articulations.

Ainsi, la première ambition de ce mémoire est de proposer une explication compréhensive de la façon dont se structurent les interactions entre animaux et soignant.e.s entre, d'une part, un *ethos professionnel* et, d'autre part, des *logiques d'action différenciées* entre soignant.e.s. Par *ethos professionnel*, je fais référence à un ensemble de normes, de modèles, de croyances, qui forment un cadre de référence du comportement des travailleur.rice.s au sein d'une profession (Jorro, 2022). Toutefois, comme l'a démontré la littérature, toutes les soignant.e.s n'agissent pas toujours de la même façon, bien qu'un ensemble de leurs comportements et manières d'analyser les situations soient partagées. Il convient donc de compléter cette approche de l'étude des *logiques d'action* propre à chaque soignant.e., c'est-à-dire les objectifs, normes et

valeurs qui orientent leurs comportements (Amblard & al., 2005), qui sont donc à l'origine de divers *styles professionnels*. La seconde ambition de mon étude est d'y intégrer l'analyse des *structures organisationnelles*, c'est-à-dire la façon dont chaque structure coordonne les tâches de travail entre les différents acteur.rice.s impliqué.e.s (Mintzberg, 1982). Dans cette perspective, ce mémoire repose sur un travail ethnographique et s'inscrit à la croisée de la sociologie des relations anthropozoologiques, la sociologie du travail, la sociologie de la santé et la sociologie des organisations, des domaines qui n'ont pas été croisés dans l'état de l'art pour l'instant.

### **3) Méthodologie d'enquête pour l'analyse des interactions soignant.e.s-soignés en clinique vétérinaire canine**

Afin de répondre à ma question de recherche, j'ai choisi d'adopter une approche ethnographique fondée sur l'observation des interactions soignant.e.s-soignés dans trois cliniques vétérinaires différentes situées en banlieue parisienne, ainsi que la réalisation d'entretiens avec les professionnel.le.s de ces cliniques et d'autres soignant.e.s exerçant dans des cliniques vétérinaires également située en banlieue parisienne<sup>3</sup>. À la suite de la récolte de mes premières données et donc de la formulation de mes premières hypothèses, j'ai largement eu recours à un processus d'itération : j'ai effectué des va-et-vient entre ma problématique, mes données, mes interprétations et mes résultats. Cela a impliqué des réaménagements permanents entre mon cadre interprétatif et mes éléments empiriques (Olivier de Sardan, 2009).

#### **3.1) Entre observation et comparaison : enquête dans trois cliniques vétérinaires canines**

De l'observation a été réalisée dans trois cliniques vétérinaires situées dans le même département de banlieue parisienne, entre septembre et décembre 2024<sup>4</sup>. M'intéressant aux interactions concrètes entre soignant.e.s et soignés, une approche par observation était indispensable pour répondre à ma question de recherche. J'ai choisi d'observer plusieurs cliniques afin d'adopter une perspective comparative, permettant d'analyser l'incidence de facteurs tels que le nombre de soignant.e.s ou le type de modèle d'affaires sur les interactions. Les trois cliniques sélectionnées représentaient ainsi trois configurations différentes : une clinique indépendante, une clinique appartenant à petit groupe détenu par un vétérinaire et une clinique rachetée par un grand groupe français<sup>5</sup>. Afin d'assurer la cohérence de la comparaison, mon enquête s'est concentrée sur les cliniques vétérinaires canines, le modèle d'ESV le plus répandu aujourd'hui en France. Dans ces trois lieux, je me suis insérée comme étudiant.e en sociologie pour le personnel, et comme stagiaire aux yeux des propriétaires.

La première clinique, Médianimal<sup>6</sup>, appartient à un groupe de cinq cliniques, Vetalia<sup>7</sup>, fondé par un vétérinaire de 39 ans et qui comprend, au total, treize vétérinaires et vingt-deux AV. J'y ai réalisé quatorze journées d'observation en septembre et octobre 2024. La Clinique vétérinaire Médianimal, comprenait une équipe formée de trois vétérinaires (Steve, 31 ans, Morgane, 27

---

<sup>3</sup> Voir annexe 1 de ce présent mémoire qui résume ma méthodologie d'enquête.

<sup>4</sup> Voir annexe 2 qui résume le calendrier de mes observations.

<sup>5</sup> Voir annexe 3 qui résume les caractéristiques de chaque clinique observée.

<sup>6</sup> L'ensemble des noms des cliniques et des enquêté.e.s ont été anonymisés afin de préserver leur anonymat.

<sup>7</sup> Les noms des groupes ont été anonymisés.

ans, et Claire, 38 ans), collaborateur.rice.s libéraux.ales, et de cinq AV (Elise, 32 ans ; Nicolas, 35 ans ; Audrey, 31 ans ; Léna, 19 ans et Constance, 30 ans), qui circulent parfois entre les différentes cliniques du groupe.

La seconde clinique, la clinique vétérinaire des Compagnons, fait partie du groupe Vétinéo, qui possède plusieurs centaines de cliniques sur le territoire français. J'y ai observé huit journées entre octobre et novembre 2024. L'ancienne propriétaire de la clinique, Isabelle, 43 ans, a revendu la clinique en 2023 et travaille désormais comme collaboratrice libérale auprès de trois vétérinaires salariées (Charlotte, 28 ans ; Léa, 27 ans et Adèle, 31 ans) et trois AV (Chloé, 27 ans ; Amélie, 30 ans et Caroline, 44 ans).

Enfin, la clinique vétérinaire du Parc, elle, est détenue par deux vétérinaires associées, Monique, 51 ans et Catherine, 53 ans. Catherine a racheté cette clinique en 2009 et a été rejointe par Monique en 2010. J'y ai mené sept journées d'observation en décembre 2024. L'équipe comprenait également quatre AV : Sophie, 47 ans ; Julie, 28 ans ; Clara, 24 ans et Maelys, 20 ans.

Ces trois cliniques reposaient sur des horaires d'ouverture et une organisation de leur journée similaire. En effet, ces trois cliniques ouvraient leur porte à 8h30. Les matinées étaient consacrées à la réalisation des opérations chirurgicales, qui sont majoritairement des « chirurgies de convenance », c'est-à-dire des chirurgies considérées comme simples et routinières, telles que les stérilisations et les détachements. La seconde partie de la journée était consacrée aux consultations, jusqu'à l'heure de fermeture (19h00 ou 19h30 selon la clinique). Bien que ces cliniques fonctionnent sur rendez-vous, celles-ci devaient également gérer des urgences lorsque celles-ci se présentaient (animal ayant eu un accident, etc.).

Sur le terrain, j'observais trois types de situations en particulier : les chirurgies, les consultations et les soins aux animaux hospitalisés, durant lesquelles je prenais des notes dans un carnet de terrain des interactions qu'il m'était donné d'observer. Lorsqu'il ne m'était pas possible de prendre des notes durant certaines séquences d'action, je prenais quelques minutes pour m'isoler et prendre notes de ce que je venais d'observer. Ainsi, la tenue d'un carnet de terrain a permis la transformation d'observations en données traitables (Olivier de Sardan, 2009). Sur le terrain, je tentais d'être aussi discrète que possible et suivais les soignant.e.s dans leurs rencontres avec les animaux et leurs propriétaires en restant silencieuse, à moins que les acteur.rice.s impliqués ne débutent une conversation avec moi. Bien que j'aie tenté de préserver autant que possible une posture d'observatrice, mon observation s'est avérée participante car j'ai, à plusieurs reprises, participé à certaines activités et soins lorsque mon aide était sollicitée. À ce titre, il m'est arrivé de faire de la contention, d'apporter ou de préparer du matériel et de participer au nettoyage de certains locaux.

Il est important de noter que ces différentes cliniques regorgeaient de documents écrits, plus particulièrement dans les salles d'attente et les salles de consultation, ce qui m'a conduite à réaliser de l'analyse de documents. En effet, étaient exposés divers documents comme des affiches portant sur la santé animale, la prévention, la tarification et les services proposés dans ces cliniques, les normes de comportement attendues de la part des propriétaires, des schémas du corps de certains animaux, ainsi que des dépliants portant sur l'alimentation animale et sur

les mutuelles pour animaux. J'ai récolté des exemplaires de ces documents lorsque cela était possible, et j'ai photographié les documents qui étaient affichés aux murs, afin de les analyser postérieurement. L'une de mes ambitions étaient d'analyser des documents qui n'étaient pas à disposition du public, comme des comptes-rendus de réunions. Toutefois, il n'était pas possible pour ces cliniques de me fournir de tels documents.

Il est important de préciser que j'ai éprouvé plusieurs difficultés afin de m'insérer dans des cliniques vétérinaires canines. Peu de cliniques ont accepté ma présence car leur rythme de travail et leur emploi du temps étant très chargés, ce qui ne leur permettait pas d'accueillir une étudiante en sciences sociales. De plus, ma présence a été acceptée sur des temporalités relativement courtes. Bien que ces cliniques aient accepté de me recevoir, il n'était pas possible pour les membres du personnel de m'accueillir sur une temporalité davantage prolongée, ce qui a considérablement réduit le temps que j'ai pu passer sur le terrain.

### **3.2) Les entretiens comme complément aux observations ethnographiques**

Afin de compléter mes observations, j'ai réalisé des entretiens avec les membres des cliniques dont j'ai pu observer l'organisation, ainsi que d'autres AV et vétérinaires exerçant également en banlieue parisienne, et ce entre octobre 2024 et février 2025<sup>8</sup>. Ainsi, vingt-six entretiens ont pu être conduits avec des vétérinaires, et vingt-six entretiens avec des AV. Les entretiens supplémentaires ont été réalisés avec des soignant.e.s exerçant dans des cliniques indépendantes ou des cliniques appartenant au groupe Vétinéo. En effet, en plus de me concentrer sur l'étude d'un petit groupe de clinique vétérinaire, Vetalia, auquel appartient la clinique vétérinaire Médianimal (que j'ai observée et dont les soignant.e.s ont été interviewés), j'ai choisi d'étudier un grand groupe français en particulier. J'ai choisi de concentrer mes efforts sur ce groupe en particulier dans le cadre de mes entretiens (au-delà des entretiens avec des soignant.e.s exerçant dans des cliniques indépendantes), afin de comprendre en profondeur l'organisation de ce dernier, ce qui était une tâche complexe.

Sur l'ensemble des professionnel.le.s que j'ai pu interroger, ces dernière.s provenaient de trente-et-une cliniques différentes, réparties sur six départements d'Île-de-France<sup>9</sup>. Ces entretiens étaient semi-directifs, puisque bien que me reposant sur un plan servant de référence, je laissais une liberté de parole à mes enquêté.e.s. Ainsi, les questions étaient préparées, mais les réponses des professionnel.le.s menaient à des questions complémentaires imprévues (Sauvayre, 2013). Bien que ces entretiens aient été réalisés de façon individuelle, certain.e.s professionnel.le.s étaient proches ou en compagnie d'un ou de plusieurs collègue(s), ce qui a mené à des discussions entre ces dernière.s pendant notre entretien.

Ces entretiens ont duré entre 22 minutes et 3h17, avec une moyenne de 51 minutes par entretien. Ces chiffres illustrent un autre obstacle méthodologique important qu'est le temps limité que pouvaient m'accorder les professionnel.le.s de soin. L'emploi du temps chargé de ces soignant.e.s limitait le temps dont ils disposaient pour notre entretien. Ainsi, beaucoup d'entretiens ont dû être réalisés entre deux consultations ou pendant des pauses déjeuner, en

---

<sup>8</sup> Voir annexe 4 qui présente la liste des interviewé.e.s et leurs caractéristiques.

<sup>9</sup> Ces départements ne sont pas cités dans un souci d'anonymisation.

présentiel (dans une salle de consultation ou une salle de pause) ou en vidéoconférence, ce qui a considérablement réduit le temps qui pouvait m'être dédié dans le cadre de ma recherche.

Les entretiens réalisés avec les professionnel.le.s observées en clinique avaient pour but d'approfondir certains éléments que j'avais pu observer sur le terrain ainsi que les discussions que nous avons pu entamer en ces lieux. En effet, j'ai eu de nombreux échanges avec mes enquêté.e.s, notamment pendant les pauses, entre les consultations et pendant la réalisation de certains soins. À ce titre, j'ai également pu dialoguer à de nombreuses reprises avec des propriétaires d'animaux, notamment lorsque je me retrouvais seule avec elleux en salle d'attente ou en salle de consultation. L'ambition des entretiens complémentaires, réalisés avec d'autres AV et vétérinaires, était autre, puisqu'il s'agissait surtout pour moi de comprendre l'organisation de leur lieux de travail et leur façon de percevoir leurs interactions avec les animaux et propriétaires. Dans les deux cas, il s'agissait d'amener les soignant.e.s à décrire les divers contextes organisationnels dans lesquels ces dernier.ère.s ont eu l'occasion de travailler et à comparer ces contextes. Dans ce cadre, il m'a été possible de comprendre le fonctionnement d'une diversité de contextes organisationnels et leurs impacts potentiels sur le rapport soignant.e.s-soignés.

Trois entretiens supplémentaires ont été réalisés avec trois autres types d'acteur.rice.s. En effet, un entretien a été réalisé avec l'un des membres du Conseil National de l'Ordre des Vétérinaires. Cet entretien a été l'occasion de discuter de la façon dont se structure la profession vétérinaire en France. En outre, j'ai pu réaliser un entretien avec une responsable régionale du groupe Vétinéo. Cet entretien m'a permis de récolter des informations sur la façon dont se réorganisent les cliniques vétérinaires à l'issue d'un rachat. Finalement, j'ai pu échanger avec une directrice régionale du groupe Vétinéo. À ce titre, cette dernière a pu m'expliquer comment était organisé et structuré le groupe.

### **3.3) Du terrain aux résultats : le cheminement analytique**

Afin d'analyser mes divers matériaux, mes notes de terrain, qui avaient été prises à la main, ont été réécrites sur ordinateur. Les entretiens, eux, ont tous été retranscrits de façon intégrale. Je suis restée fidèle aux propos de mes enquêté.e.s et n'ai pas effectué de modification. Ces données retranscrites ont été analysées de façon verticale, c'est-à-dire que chaque entretien et chaque journée d'observation a été codée manuellement, et ensuite, de façon verticale, c'est-à-dire comparée entre elles. À ce titre, j'ai réalisé de la triangulation des données, puisque j'ai comparé les données récoltées à partir de méthodes différentes (Olivier de Sardan, 2009). L'ensemble des données que j'ai récoltées via l'empirie ont fait l'objet d'une réduction, d'une organisation, via notamment la construction de tableaux, permettant de simplifier leur interprétation et leur comparaison. J'ai finalement pu trier mes données en fonction de mes hypothèses et des thématiques émergentes, ce qui m'a permis d'organiser mes analyses de façon cohérente, facilitant ainsi le travail d'écriture.

Notons également que dans le cadre de ce mémoire, les termes et expressions spécifiés entre guillemets, sans y apposer une référence bibliographique, sont issus des propos mes enquêté.e.s et utilisés comme tel car considéré comme particulièrement révélateurs et évocateurs.

## **4) Plan du mémoire**

La première partie de mon mémoire s'attache à expliciter le rôle que jouent les propriétaires dans l'éthos professionnel des soignant.e.s en clinique vétérinaire. Le premier chapitre explore le rôle des propriétaires comme intermédiaires entre les soignant.e.s et les animaux. Le second aborde les stratégies déployées par les soignant.e.s afin de faciliter la prise en charge médicale des animaux en tenant compte des « barrières » que peuvent imposer les propriétaires. Le troisième chapitre aborde l'influence des interactions entre soignant.e.s et propriétaires sur les interactions soignant.e.s-soignés. La seconde partie de mon mémoire porte sur les éléments qui forment l'éthos professionnel des soignant.e.s à propos de leurs interactions avec les animaux. Le premier chapitre démontre que l'animal est avant tout perçu à partir de sa corporalité, tandis que le second chapitre explore le processus d'individualisation de l'animal inhérente au travail de soin. Le troisième chapitre traite de la question du décès, qui constitue un élément central du rapport des soignant.e.s aux animaux. La troisième partie examine les différentes figures de soin vétérinaire que j'ai pu dresser à l'issue de l'analyse de mes données. Le premier chapitre présente ma typologie, tandis que le second chapitre évoque les facteurs explicatifs d'une telle typologie. Le troisième chapitre évoque les facteurs contextuels qui construisent les interactions des soignant.e.s et des animaux en situation. Finalement, la quatrième et dernière partie porte sur les structures organisationnelles qui conditionnent les interactions entre soignant.e.s et soignés. Ainsi, le premier chapitre porte sur la répartition des tâches entre vétérinaires et AV. Le second aborde la question de la place des professionnel.le.s dans les processus décisionnels et leur marge d'autonomie dans l'exercice de leur profession. Le troisième chapitre évoque les conditions concrètes d'exercice du soin (composition matérielle des espaces et composition des équipes). Finalement, le quatrième discute l'impact du modèle d'affaire des cliniques vétérinaires canines sur les interactions humains-animaux.

## **PARTIE I : SOIGNER SES INTERACTIONS AVEC LES PROPRIÉTAIRES : UNE CONDITION POUR SOIGNER L'ANIMAL**

Comme l'avait déjà montré Sanders dans les années 1990 (Sanders, 1994b), les animaux de compagnie sont accompagnés de leur(s) propriétaire(s) dans le cadre de leur venue en clinique vétérinaire. Ainsi, les interactions qui se déroulent en clinique vétérinaire reposent sur un rapport « triangulaire » (Sanders, 1994b, p.160) qui se joue entre soignant.e.s, soignés et propriétaires. L'éthos professionnel des soignant.e.s ayant pour base structurante ce rapport triangulaire, qui, nous le verrons, influence profondément les interactions entre soignant.e.s et animaux, ce premier chapitre de mon mémoire y est dédié.

### **CHAPITRE 1. Des soins à trois : comprendre la place des propriétaires dans le soin animal**

#### **1) Le soin vétérinaire comme coopération contrainte**

Les caractéristiques physiologiques des animaux de compagnie rendent nécessaire d'inclure les propriétaires au titre de médiateur.rice.s entre soignant.e.s et animaux dans le cadre de leur prise en charge médicale. D'une part, les animaux ne pouvant parler, ils ne peuvent pas expliciter leurs symptômes et leurs ressentis. Ainsi, les vétérinaires doivent, pour recueillir les informations sur l'état de santé de l'animal, observer son comportement et ausculter son corps au moment de la consultation, mais aussi prendre connaissance des observations qu'ont faites les propriétaires de l'état de santé de leur animal en pré-consultation. Ces informations sont précieuses dans le cadre de « l'anamnèse », c'est-à-dire du processus d'investigation via lequel les vétérinaires posent un diagnostic. Hobson-West et Jutel (2020) parlent alors d'une forme d'expertise profane dont doivent preuve les propriétaires, c'est-à-dire le développement d'une connaissance fine du comportement de leur animal, issue de la cohabitation quotidienne.

D'autre part, les animaux ne pouvant assurer leur propre médicalisation, il revient aux propriétaires d'assurer la continuité des soins à domicile, en administrant les traitements prescrits à l'animal. Ainsi, il existe donc une forme de délégation des tâches de la part des soignant.e.s, non pas vers les patient.e.s comme en médecine humaine (Strauss & al., 1985) mais bien vers le.la propriétaire à qui est délégué une partie du travail médical. Dans ce cadre, ce que Strauss et al. (1985, p.8) appellent la *trajectoire de soin* des patient.e.s, c'est-à-dire le déroulement de la pathologie et le travail de soin qui se déploie autour de cette dernière, est assurée par les soignant.e.s et par les propriétaires.

En outre, l'animal a également un statut sociologique et juridique bien particulier. En effet, il est considéré, dans le droit français, comme un bien, ce qui attribue à leur propriétaire une position de responsabilité exclusive à son égard, notamment dans le domaine médical (Code civil, art. 515-14, 2015 ; CRPM, art. L214-1, 2015). À ce titre, le.la propriétaire possède le statut de décisionnaire et c'est à elle.lui d'accepter ou refuser les actes médicaux proposés par

les soignant.e.s. Les vétérinaires sont donc tenu.e.s d'obtenir le consentement des propriétaires afin de réaliser tout acte médical sur ce dernier<sup>10</sup>.

La prise en charge de l'animal est donc négociée au travers d'un échange entre soignant.e.s et propriétaires où les soignant.e.s tentent de faire valoir les examens et/ou soins qu'ils recommandent et répondent aux questionnements du/de la propriétaire à ce sujet. Et, puisque l'animal appartient au propriétaire, c'est bien lui.elle qui a le dernier mot (Sanders, 1995). En outre, lorsque l'animal possède plusieurs propriétaires, ces dernier.ère.s négocient également entre eux et décident ensemble de la trajectoire de soin de leur animal.

Néanmoins, cette position centrale du/de la propriétaire découle également, selon Clarke et Knights (2018) de la montée du modèle néolibéral du soin animal, qui transforme les soignant.e.s en prestataires de services, devant alors, dans le cadre d'un modèle de relation de service, composer avec les attentes de client.e.s humain.e.s.

## **2) Soigner avec un tiers : l'analogie pédiatrique**

Certain.e.s soignant.e.s ont comparé la médecine vétérinaire et la médecine pédiatrique, les bébés et les animaux partageant plusieurs caractéristiques similaires, notamment l'incapacité à verbaliser les symptômes. Ainsi, dans les deux cas, la relation de soin est *triangulaire* : elle implique le/la soignant.e, le/la soigné.e et une tiers personne (parent ou propriétaire), à qui est partiellement délégué le travail de soin (Strauss & al., 1985). En ce sens, les propriétaires parlent *pour* les animaux, comme le font les parents pour les enfants avant qu'ils ne sachent parler (Irvine, 2017). De plus, propriétaires et parents font figure de décisionnaires : c'est eux qui consultent et acceptent ou refusent les traitements proposés. Plusieurs soignant.e.s m'ont ainsi dit avoir le sentiment de « jouer le rôle de pédiatre ».

Certain.e.s ont aussi établi ce parallèle en raison du statut croissant de l'animal comme membre de la famille, parfois assimilé à l'enfant :

*« Là aujourd'hui, la plupart des propriétaires ont un animal qui est un membre de la famille. Il y a même des cas où c'est l'enfant de la famille, qu'ils en aient eu ou qu'ils n'en aient jamais eu. Donc, l'animal prend une place assez importante. Quand j'ai commencé, il n'y avait pas beaucoup de chiens qui étaient considérés comme le bébé de la famille. Enfin, j'ai l'impression d'être un pédiatre et d'avoir leur enfant en consultation. Ça, je n'avais pas du tout. Je pense que ça c'est quand même beaucoup développé. » (Laeticia, 42 ans, vétérinaire salariée).*

Lors des consultations, j'ai souvent entendu des propriétaires appeler leur animal « mon bébé » ou « ma fille/mon fils ». Plusieurs sociologues ont à ce titre mis en lumière des similarités dans la façon dont les humains peuvent traiter les animaux et enfants, dans leur façon de s'en occuper, de leur parler, de les nourrir, et parfois de les habiller. Ces travaux ont débouché sur ce qui est appelé *la théorie de l'enfant de substitution*, selon laquelle la relation animal-propriétaire se

---

<sup>10</sup> Le CRPM exprime qu'il est attendu du/de la vétérinaire qu'il « formule ses conseils et ses recommandations, compte tenu de leurs conséquences, avec toute la clarté nécessaire et donne toutes les explications utiles sur le diagnostic, sur la prophylaxie ou la thérapeutique instituée et sur la prescription établie, afin de recueillir le consentement éclairé de ses clients » (CRPM, art. R242-48, 2015).

substituerait à la relation parent-enfant (Beck & Katcher, 1996 ; Schwarz & al., 2007). Cette théorie a ensuite été nuancée : la relation propriétaire-animal ne peut être considérée comme substitutive mais relevant plutôt d'un autre type de lien familial distinct de la relation parent-enfant (Flynn, 2000). Alors que les enfants sont socialisés à l'autonomie, les animaux le sont à la dépendance (Atwood-Harvey, 2003). Ainsi, Morand et de Singly (2019) expliquent que bien que certains propriétaires assimilent leur animal de compagnie à un enfant, il n'y a pas de confusion entre animaux et humains, ou un transfert parental, mais plutôt l'utilisation du registre familial pour exprimer une forte proximité affective, par manque de mots disponibles pour nommer les relations inter-espèces.

Ce parallèle renvoie aussi à une évolution plus large du statut des animaux. De nombreux soignants expérimentés notent que l'attachement aux animaux s'est intensifié avec le temps. À l'image du processus décrit par Zelizer (1985) pour les enfants aux États-Unis à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle et au début du XX<sup>ème</sup> – passés d'êtres économiquement utiles à sacrés affectivement – une partie des animaux connaît un processus de sacralisation et sont alors exclus des usages utilitaires pour devenir des compagnons émotionnels intégrés dans une économie morale domestique.

Dans ce contexte, l'affect des propriétaires devient un enjeu que les soignants doivent prendre en charge. De ce fait, comme en pédiatrie, ce que Strauss et al. (1985, p.133) appellent le *travail émotionnel*, c'est-à-dire les efforts réalisés par les soignants pour gérer les émotions des patients, doit également s'appliquer à un tiers, le parent ou propriétaire. Ainsi, ce *travail sentimental* est accompagné du *travail technique*, c'est-à-dire le travail médical en tant que tel (le travail biomédical de diagnostic et de thérapeutique), qui ces deux dimensions constituent ensemble le travail de soin (Strauss et al., 1985).

### **3) Soigner à quel prix ? L'animal entre valeur affective et calcul économique**

Tout comme l'enfant, l'animal de compagnie, bien que devenant affectivement sacré, fait l'objet de décisions économiques, parfois en tension avec sa valeur sentimentale (Zelizer, 1985). L'absence de sécurité sociale pour les animaux rend ces décisions particulièrement visibles en clinique vétérinaire, où les soins sont entièrement à charge des propriétaires. Cela implique un encastrement des relations affectives dans les décisions économiques (Zelizer, 1989). Ainsi, les propriétaires ne renoncent pas aux considérations économiques, mais les intègrent dans des registres moraux ou affectifs pour justifier leurs choix (Zelizer, 1985). Le paiement des soins prend alors la forme d'une *monnaie spéciale* (Zelizer, 1989, p.342), c'est-à-dire une dépense qui matérialise une forme d'attachement et d'affect plutôt qu'une simple transaction économique rationnelle (Zelizer, 2005). Certains justifient alors des soins coûteux comme des preuves d'attachement, tandis que d'autres refusent un soin en raison de contraintes économiques, tout en exprimant une forme de culpabilité ou tristesse.

Cet encastrement n'est toutefois pas systématique. Lorsque l'attachement est faible, les décisions sont guidées par un calcul coût-bénéfice plus désaffecté, sans mobilisation explicite de registres moraux ou affectifs. Les usages de l'argent se situent alors sur un continuum entre argent relationnel et logique économique plus désaffectée et instrumentale. L'argent relationnel est mobilisé par les propriétaires qui selon Palmer (1991) font preuve d'*anthropomorphisme*

*émotionnel* en traitant l'animal comme un individu particulier avec lesquels iels partages des relations sociales authentiques, fondées sur une histoire commune et une connaissance intime de leurs caractéristiques personnelles. À l'inverse, une logique économique désaffectée prévaut lorsque l'animal est, selon Sanders (1995, p.210), considéré comme une forme d'*objet*, c'est-à-dire un modèle générique de son espèce, remplaçable. Cet attachement est perceptible par le niveau de proximité physique (caresser, faire des baisers à l'animal régulièrement ou non) et conversationnelle (plutôt s'adresser à l'animal ou non) des propriétaires avec leur animal (Morand & de Singly, 2019), ce que j'ai directement pu observer lors des consultations.

Dans ces cas, le paiement perd son statut de *monnaie spéciale* et le soin est un acte évalué selon les bénéfices attendus, souvent en fonction de l'espérance de vie à gagner ou de l'espérance de vie restante de l'animal selon sa race et son espèce. Ainsi, plus le prolongement de l'espérance de vie possible est faible, ou plus l'animal est âgé, plus les dépenses sont remises en question. Comme l'explique Ana :

*« Le rapport à la vie, il est beaucoup lié à l'investissement de départ, et surtout à, j'ai envie de dire, au temps de vie de l'animal. On a beaucoup cette question-là : quelle est l'espérance de vie ? Et quand ils sont malades, ils nous demandent : c'est quoi l'espérance de vie d'un chat ? Ou d'un chien ? C'est-à-dire : combien il me reste de temps jusqu'à ce qu'il meure pour que ce soit raisonnable d'investir autant ? » (Ana, 56 ans, vétérinaire entrepreneuse individuelle).*

J'ai observé que cette logique coût-bénéfice est particulièrement marquée dans le cas des NAC, moins investis affectivement car leur espérance de vie est brève et leur remplacement peu coûteux. L'espèce constitue ainsi une variable centrale dans la mobilisation (ou non) de *monnaies spéciales* (Zelizer, 1989). Cette distinction façonne les décisions de soin et les pratiques de fin de vie. Ainsi, je n'ai jamais été autorisée à assister à l'euthanasie d'un chien ou d'un chat, alors que ma présence ne posait aucun problème lors de celle d'un NAC. Ce décalage témoigne d'un attachement moindre investissement envers ces derniers. L'extrait suivant de mon carnet de terrain en donne un aperçu :

*« Catherine prend en consultation un homme dont le hamster a été mordu la veille par son chien. Il explique avoir été aux urgences dans la soirée, mais que la consultation étant trop onéreuse, il est rentré chez lui et a choisi de consulter le lendemain. Catherine ausculte le hamster et lui explique qu'il fait une hémorragie pulmonaire. Elle lui explique que s'il ne veut pas l'euthanasier, il faudrait faire des radiographies et l'hospitaliser, et lui explique le coût de ces soins. Il répond alors « non, c'est terminé ». Catherine réalise une première injection anesthésiante, et l'animal s'endort pendant que le propriétaire le caresse. Elle lui demande s'il veut rester pour la deuxième pique, ce qu'il refuse. Clara demande ensuite à l'homme de régler 173€. Il rétorque « C'est un truc de fou ! 173€ pour l'incinération ? ». Il demande alors à reprendre le corps de l'animal pour l'enterrer lui-même. Il doit tout de même régler 85€ et demande la facture. » (Clinique vétérinaire du Parc, le 14/12/2024).*

Ce cas illustre l'un des pôles du continuum : un attachement faible, une décision économique rationnelle et l'absence de *monnaie spéciale* au sens de Zelizer. À l'inverse, un lien affectif fort

favorise des dépenses élevées, perçues comme moralement justifiées. Néanmoins, un faible niveau de dépense ne traduit pas toujours un attachement moindre, puisque certains propriétaires très attaché.e.s à leur animal n'ont simplement pas les moyens de payer les soins recommandés.

Dans ce contexte, les soignant.e.s doivent adapter la prise en charge aux ressources financières allouées par le/la propriétaire (Hobson-Wester & Jutel, 2020). En consultation, iels présentent différentes options de soins selon leur coût : du protocole complet avec examens, pose du diagnostic et prescription de soins adaptés aux résultats des examens, à l'administration d'un traitement supposé efficace reposant sur le diagnostic jugé le plus probable, sans confirmation par des examens complémentaires.

#### **4) Une implication négociée : marges de manœuvre des propriétaires dans le soin**

Bien que l'intégration du/de la propriétaire dans le processus de soin soit, comme nous l'avons vu, incontournable, chaque clinique effectue des choix organisationnels quant à l'implication des propriétaires dans la réalisation des actes de soin. Il existe donc une forme d'*autonomie organisationnelle locale* (Strauss & al., 1985) : chaque équipe de soin développe ses propres routines et préférences. Mais au sein d'une même clinique, cette organisation peut également varier d'un.e soignant.e à l'autre, ce qui peut impliquer une diversité de pratiques professionnelles.

Ainsi, certaines cliniques ou soignant.e.s privilégient une très forte implication du/de la propriétaire. Iel est sollicité.e pour maintenir son animal pendant les consultations mais aussi pour participer aux soins : être présent.e. pour maintenir son animal pendant une prise de sang, lors d'examens tels que les radiographies, les échographies, et il peut même lui être demandé d'être présent.e. lorsque leur animal est anesthésié. En ce sens, les soignant.e.s perçoivent le/la propriétaire comme une présence rassurante et apaisante pour l'animal. Il existe ici une forme prononcée de reconnaissance du *travail des proches* (Strauss & al., 1985, p.147) : tout comme les parents des enfants dans des consultations pédiatriques, les propriétaires sont perçus par le personnel soignant comme jouant un rôle important dans la réalisation des soins, en ce qu'iels sont présents physiquement (en tenant, caressant leur animal) et émotionnellement (pour rassurer, encourager, consoler leur animal). Ainsi, la priorité est donnée à l'apaisement émotionnel de l'animal, ce qui faciliterait notamment le déroulement des soins :

*« A : Nous, on fait beaucoup de choses avec les gens. Alors, il y a des cliniques, je sais, ils prennent le chien puis ils l'emmènent derrière. Nous, on fait tout devant les gens. C'est assez rassurant pour le chien déjà, et pour les gens, qui voient ce qu'on fait à leur animal. Et pendant les examens, c'est les gens qui tiennent leur chien. C'est beaucoup plus confortable et pour nous, et pour les gens, et pour le chien, qui a moins peur. S'il y a son maître, c'est quand même plus facile que si c'est nous. Pareil, quand on stérilise les chiennes, ça, c'est toujours du prévu. On demande aux gens et le matin, on les endort avec leur maître. Ça fait moins peur au chien, que d'aller le mettre dans une cage, d'aller le rechercher, de le tenir. » (Antonio, 60 ans, vétérinaire associé).*

D'autres cliniques ou soignant.e.s vont valoriser une implication moins forte du.de la propriétaire, où iel est invité.e. à tenir son animal pendant les consultations de routine (essentiellement les consultations vaccinales), mais où iel n'est pas impliqué dans la réalisation de soins plus techniques, qui sont réalisés en dehors de la salle de consultation ou à minima prit en charge par un.e AV pendant que le.la propriétaire est alors tenu.e à l'écart. Dans ce cas, les soignant.e.s valorisent la présence du.de la propriétaire pour la contention de l'animal, mais veulent les préserver d'actes qui pourraient être émotionnellement difficiles et susceptibles d'heurter leur sensibilité, car elles peuvent nécessiter une contention ferme de l'animal ou touchent à l'intégrité physique de l'animal (prise de sang, extraction d'abcès, incisions...).

Finalement, il existe des cliniques ou soignant.e.s qui déchargent entièrement le.la propriétaires qui n'est pas impliqué.e dans la réalisation des actes de soin. Ainsi, c'est un.e AV qui assiste toujours la consultation et qui tient l'animal, et non le propriétaire qui se tient à l'écart. Ces soignant.e.s/cliniques privilégient alors une contention « bien réalisée » et effectuée par un.e AV, c'est-à-dire une contention davantage ferme, à l'implication du.de la propriétaire qui, bien qu'iel peut être une présence apaisante pour l'animal, peut ne pas le tenir assez fermement, ce qui complique la réalisation des soins.

Toutefois, l'implication des propriétaires dépend également de leurs propres revendications. En effet, certain.e.s propriétaires demandent à participer à tous les actes : veulent être auprès de leur animal lorsque ce dernier se fait anesthésier, où lorsque sont réalisés les soins et différents examens. D'autres ne veulent pas être impliqué.e.s dans certains actes qui dépassent la simple manipulation de l'animal dans le cadre d'une consultation de routine. Ce sont notamment des propriétaires qui expriment un malaise quant au fait de voir leur animal être maintenu avec davantage de force ou subir certains actes ou examens qui peuvent être perçus comme douloureux pour leur animal. Ainsi, certain.e.s propriétaires n'hésitent pas à détourner le regard lorsque certains actes sont réalisés dans la salle de consultation ou à demander de sortir de la salle de consultation.

Ainsi, l'implication des propriétaires dans les actes de soin relève d'un *ordre négocié* (Strauss & al., 1985, p.9) où les pratiques sont négociées localement entre les acteur.rice.s, dans un jeu de pouvoir, de dépendance et de marges de liberté. Dans la perspective de Crozier et Friedberg (1977) les interactions entre propriétaires et soignant.e.s se jouent autour de *marges d'autonomie* et de *zones d'incertitude* que les acteur.rice.s tentent d'utiliser stratégiquement. Le.la vétérinaire détient l'autorité médicale et les moyens techniques, tandis que le.la propriétaire possède une marge de négociation en revendiquant son attachement affectif pour l'animal comme ressource. Chacun.e va alors défendre ses enjeux dans un rapport ajustable, comme le montre cet extrait de mon carnet de terrain :

*« Deux propriétaires arrivent à 16h00 et rentrent en consultation avec Isabelle. L'homme pose le sac contenant le chat sur la table d'auscultation et explique que le chat a une blessure au niveau du cou. Isabelle ouvre le sac et caresse le chat. Il tient le chat, le caresse et lui fait des baisers sur la tête. Isabelle ausculte la blessure et explique que c'est un abcès et qu'il est nécessaire qu'il soit incisé pour en sortir le contenu, ce qui va être nécessaire d'anesthésier l'animal. L'homme demande s'il peut accompagner le chat pour la chirurgie. La vétérinaire lui répond qu'elle ne préfère pas. Il lui demande*

*alors s'il peut au moins rester avec lui pendant l'anesthésie, ce qu'elle accepte. Isabelle va chercher les produits anesthésiants, et, pendant qu'elle effectue la piqure, le propriétaire caresse son chat, pose sa tête contre la sienne et lui fait des baisers. Une fois endormi, la vétérinaire prend le chat pour s'occuper de la chirurgie dans le bloc opératoire. Les propriétaires vont patienter en salle d'attente. » (Clinique vétérinaire des Compagnons, 30/10/2024).*

Cette négociation reste ouverte à des ajustements permanents, notamment en fonction du comportement de l'animal dont la réaction à la présence de son propriétaire peut faciliter ou entraver sa prise en charge. Dans certains cas, les animaux se laissent plus facilement manipuler lorsque leur propriétaire les maintient et est auprès d'eux. À l'inverse, il arrive que la présence du propriétaire complexifie la prise en charge médicale de l'animal, qui tentent davantage de fuir et peut devenir agressif. Selon les soignant.e.s, cela concerne des propriétaires très anxieux à propos de l'état de santé de leur animal et qui « transmettent » leur anxiété à leur animal qui serait une « éponge ».

## **CHAPITRE 2. Apprivoiser le.la propriétaire : des stratégies relationnelles à visée thérapeutique**

Les propriétaires peuvent représenter des obstacles menant à une rupture de la *trajectoire de soin* telle qu'elle est idéalement envisagée par les soignant.e.s (Strauss & al., 1985). De ce fait, les soignant.e.s sont amené.e.s à déployer diverses stratégies afin de contourner ces obstacles et maintenir la *trajectoire de soin*. Il s'agit alors pour les soignant.e.s d'intérioriser leur rôle de prestataire de service et de performer une expérience relationnelle rassurante à leur client.e.s, nécessaire à la légitimation professionnelle (Clarke & Knights, 2018).

### **1) Construire la confiance pour sécuriser la trajectoire de soin**

Le métier de soin en clinique vétérinaire repose la nécessité de créer et de maintenir un rapport de confiance avec le.la propriétaires car plus un.e propriétaire fait confiance aux soignant.e.s, plus iel est susceptible de consentir aux soins proposés et donc d'assurer la trajectoire de soin. De ce fait, la confiance est une condition de possibilité du travail thérapeutique. Strauss et al. (1985, p. 132) parlent à ce titre d'un nécessaire *travail de confiance* dans les métiers de soin, qui est un sous-type du *travail sentimental* que nous avons abordé précédemment. Trois stratégies principales sont utilisées par les soignant.e.s afin de créer et maintenir ce rapport de confiance, que je développe ici.

#### **1.2) Performer l'affection animale : une stratégie de légitimation professionnelle**

Tout d'abord, il s'agit pour les soignant.e.s d'agir d'une façon bien particulière avec l'animal soigné quand il est en présence de son.sa propriétaire. En effet, comme l'ont également mis en lumière Hamilton & Taylor (2013), les vétérinaires considèrent que, pour gagner la confiance des propriétaires, il est nécessaire de performer de l'« affection » envers l'animal, notamment au travers de caresses et d'interactions verbales (parler à l'animal, l'appeler par son nom, lui poser des questions, commenter ses réactions).

Dans ce cadre, les soignant.e.s sont amené.e.s à *jouer un rôle* au sens de Goffman (1973) en cherchant à transmettre une image précise d'eux-mêmes aux propriétaires. Cette gestion des impressions s'accompagne de ce qu'Hochschild (1983, p.7) appelle le *travail émotionnel*, puisque les soignant.e.s doivent produire et/ou contrôler leurs émotions afin d'exprimer une attitude jugée socialement appropriée dans le cadre de leur activité professionnelle. Il s'agit alors pour les soignant.e.s de donner une dimension performative au soin et de théâtraliser leur compétence et compassion pour convaincre les propriétaires et légitimer l'intervention médicale (Clarke & Knights, 2018).

À ce titre, les soignant.e.s considèrent également comme important de montrer aux propriétaires qu'ils se souviennent d'eux et de leur animal en particulier. Ainsi, j'ai pu observer beaucoup de soignant.e.s débiter systématiquement leur consultation par « *comment cela va depuis la dernière fois ?* ». Axel, un jeune vétérinaire, exprime alors à ce sujet :

*« C'est un métier de contact. Il faut un peu connaître la clientèle et la fidélisation clientèle, c'est essentiel. Il faut connaître les propriétaires et connaître leurs attentes. Il faut avoir le mot sympa, il faut avoir le souvenir. Il faut que les gens aient la sensation qu'on se souvienne d'eux. Et d'ailleurs, ce n'est pas une sensation, je me souviens vraiment des gens. Mais juste j'en vois tellement dans la journée que parfois... Je me souviens plus exactement de qui est qui, surtout ceux que je ne vois qu'une fois par an pour les vaccins. Mais voilà, je pense qu'il faut nourrir une relation qui est privilégiée avec les clients. » (Axel, 26 ans, vétérinaire salarié).*

## **1.2) La relation de service comme condition au soin**

Il s'agit également pour les soignant.e.s d'effectuer un *travail émotionnel* (Hochschild, 1983) quant à leurs interactions avec les propriétaires. En effet, il est considéré comme important d'être « sympathique » envers les propriétaires : d'avoir une attitude souriante et une posture générale de gentillesse à leur égard. Plus particulièrement, de nombreux.se AV m'ont relaté de cette importance d'être sympathique dans le cadre de leur profession, plus encore que les vétérinaires, notamment car ce sont eux qui accueillent les propriétaires en premier lieu et qui les saluent lorsqu'ils quittent la clinique.

Ils se doivent également d'être « disponibles » pour répondre aux besoins des propriétaires, c'est-à-dire capables de répondre à leurs demandes relativement rapidement et de façon efficace. Cette disponibilité se traduit tout d'abord dans la capacité des soignant.e.s à proposer des rendez-vous rapidement aux propriétaires. En outre, il s'agit également d'être facilement joignable par téléphone ou par mail afin de répondre aux demandes et aux questionnements des propriétaires. Aussi, la disponibilité prend forme dans le traitement le plus efficace que possible des demandes des propriétaires, en termes de produits et de consommables par exemple. Être disponible, c'est donc prendre au sérieux les demandes des propriétaires et d'en faire une priorité, afin qu'elles soient comblées aussi rapidement et efficacement que possible.

Finalement, ils doivent être « à l'écoute » des questionnements des propriétaires et avoir la capacité d'y répondre, en prenant le temps qui est nécessaire. Cela se concrétise par la capacité de prendre le temps de les écouter et de répondre à ceux-ci à partir d'un savoir solide :

« C'est vraiment l'accueil, essayer d'être le plus gentille possible, de faire plein de choses, être à l'écoute, aussi. Et je trouve que le plus important, c'est aussi avoir un bon bagage dans le sens où avoir plein de connaissances, surtout pour rassurer les propriétaires. C'est-à-dire que, par exemple, dès qu'ils nous déposent leur animal pour une chir, qu'ils soient le moins stressés, c'est-à-dire qu'ils nous confient leurs animaux et qu'ils se disent : ok, ça va bien se passer, du moins, ça se voit qu'elles sont bien et qu'elles s'y connaissent. Donc, je pense que ça passe aussi sur ça, le fait de rassurer les propriétaires. Donc, vraiment, avoir une aura bien positive. Et que, oui, les rassurer au maximum ». (Léna, 19 ans, AV en alternance).

Comme le montre Léna, cette qualité d'être « à l'écoute » permet alors de réguler les émotions des propriétaires qui peuvent être angoissés à propos de la santé de leur animal.

### **1.3) « On n'est pas là pour l'argent » : performance de sincérité et confiance tarifaire**

Un point essentiel dans la quête des soignant.e.s de la confiance des propriétaires est la nécessité de dissiper la suspicion qui pèse sur leurs intentions financières. En effet, ces dernier.e.s sont régulièrement perçu.e.s comme des « escrocs » qui privilégient la réalisation de bénéfices financiers au bien-être des animaux. De telles suspicions sont dû à l'intersection des cliniques vétérinaires entre lieu de soin et lieu de commerce. En effet, les cliniques vétérinaires sont des entreprises dont la pérennité ne peut être assurée sans la réalisation de bénéfices économiques. Toutefois les soignant.e.s s'occupent d'animaux qui, comme nous l'avons vu, sont investis, et parfois sacrés, d'une dimension affective. Zelizer (1985) théorise ce type de situation à partir d'une analyse des marchés de l'adoption, des assurances et des indemnisations judiciaires, qui sont traversés par des logiques marchandes mais doivent préserver des valeurs morales et affectives. Dans ce cadre, les transactions économiques doivent se déguiser, se moraliser et se justifier à partir de valeurs non économiques.

Dans le cadre des cliniques vétérinaires, il s'agit pour les soignant.e.s d'adapter leurs pratiques tarifaires et de contrôler l'interprétation symbolique de l'argent échangé afin de préserver l'intégrité du lien affectif et leur légitimité morale. Il faut donc montrer que le soin reste sincère malgré son coût et que l'intérêt de l'animal prime à l'intérêt marchand. Les paiements sont, en ce sens, utilisés comme des outils de *travail relationnel* (Zelizer, 2011, p.183) permettant de rendre acceptable l'introduction de logiques économiques dans des situations émotionnelles. Ainsi, comme tout métiers de service, les vétérinaires et AV doivent donc mettre en scène les services de façon à éviter les suspicions des propriétaires quant à leurs intentions financières, ce implique un travail de *contrôle symbolique* (Hochschild, 1983).

Ainsi, pour atténuer l'impression d'un soin motivé par un intérêt financier, les soignant.e.s doivent montrer aux propriétaires qu'ils font en sorte de réduire autant que possible le coût des soins, à partir de plusieurs stratégies. En premier lieu, iels conseillent aux propriétaires de réaliser, pendant une consultation, plusieurs actes supplémentaires, notamment des vaccins, qui devront de toute façon être réalisés plus tard, afin d'éviter de rajouter le coût d'une consultation supplémentaire ultérieurement. En second lieu, iels peuvent leur conseiller de commander leurs consommables sur des sites internet où ces derniers sont vendus à des prix plus bas qu'en clinique (c'était le cas à la Clinique des Compagnons et à la Clinique du Parc). Troisièmement,

iels ne facturent pas, ou à des prix moins importants, les consultations de suivi dans le cas de pathologie ou des consultations post-opératoires. En cinquième lieu et dernier lieu, iels peuvent ponctuellement faire des « gestes », c'est-à-dire facturer à des prix plus bas, ou ne pas facturer, certains actes ou produits. C'était très régulièrement le cas à la clinique vétérinaire du Parc, où les vétérinaires disaient expressément aux propriétaires qu'ils baissaient certains de leurs tarifs pour les remercier de leur fidélité.

#### **1.4) Entre relation de soin et relation client : une confiance à double fonction**

Cette stratégie de mise en confiance, à partir d'une mise en scène de la sincérité émotionnelle et des ajustements des pratiques économiques, permet de faciliter la prise en charge médicale des animaux, mais elle est également en tant que tel une stratégie commerciale. En effet, gagner la confiance des propriétaires permet de les fidéliser, et c'est bien sur la fidélisation que se reposent les soignant.e.s afin d'assurer la pérennité des bénéfices économiques réalisés. À partir des travaux de Hochschild (1983), il est possible d'avancer que l'établissement d'un rapport de confiance avec les propriétaires est une *stratégie de fidélisation émotionnelle*, où les affects sincères sont utilisés comme ressources économiques. Les soignant.e.s doivent donc vendre à la fois un service médical et une expérience émotionnelle, et, de ce fait, iels performant un processus de commercialisation des émotions.

Cette stratégie de mise en confiance est ainsi considérée dans la profession comme un levier stratégique essentiel pour fidéliser la clientèle. Le fait de ne pas adopter cette stratégie et de ne pas ajuster ses pratiques économiques à cette fin est alors considéré comme contreproductif. De ce fait, les soignant.e.s abordent fréquemment la figure du vétérinaire qui « surtaxe » comme une mauvaise figure car incapable de fidéliser les client.e.s, ce qui, sur le long terme, s'avère moins avantageux car les propriétaires ne reviendront pas dans la clinique :

*« Il ne faut surtout jamais tomber, c'est dans la surenchère médicamenteuse et autres, pour justement faire du chiffre. Moi j'ai connu effectivement des vétos qui disaient qu'il faut qu'à chaque fois qu'il y ait une consultation, ils finissent avec 110, 120 euros, sinon ils ne partent pas quoi. C'est des vétos qui sont très connus pour être très chers, et justement ça se voit, les gens sont pas bêtes, ils le voient très bien quand c'est too much, et du coup bah ils n'ont plus de clients non plus. Donc finalement cette volonté de se dire qu'il faut rentrer à rentabiliser à fond, ça ne marche pas. Nous, on fait tout pour l'animal. Ça c'est quelque chose que les gens savent reconnaître, et donc finalement c'est en étant le plus médical possible et le plus normal que ça marche le mieux en fait. Parce que si vous en faite trop, ça ne marche pas. » (Laurent, 50 ans, vétérinaire associé).*

#### **2) La compétence communicative : de profane à partenaire dans le soin vétérinaire**

La communication est un élément central qui doit faire l'objet d'un réel travail par les soignant.e.s afin d'améliorer autant que possible la prise en charge médicale des animaux (Hamilton & Taylor, 2013). Avoir une communication soutenue avec les propriétaires est nécessaire d'une part, afin de récolter les informations nécessaires à l'anamnèse, et d'autre part, afin que ces dernier.ère.s assurent les soins de l'animal à domicile, une fois sorti de la clinique.

Tout d'abord, il est nécessaire que les propriétaires communiquent des informations à propos des symptômes qu'ont pu présenter leur animal avant de se rendre en consultation. Toutefois, tout comme les médecins, les vétérinaires doivent trier ces informations car elles peuvent être faussées, c'est-à-dire reposer sur une exagération ou atténuation de l'état de santé réel (Strauss & al., 1985). Les vétérinaires doivent effectuer un travail de comparaison entre leurs observations à celles des propriétaires. Bien que le contenu des propos des propriétaires doit être évalué, leur forme peut également demander un travail important, lorsqu'il existe une fracture entre la langue parlée par le/la soignant.e et le/la propriétaire. Cette « barrière de la langue » est davantage prégnante dans des zones notamment précaires où résident beaucoup de personnes issues de l'immigration. Steve me disait à ce sujet :

*« Comme je te disais, il y a la barrière de la langue. Et là il va falloir être très, très simple dans la façon de gérer la situation, très simple et prendre des raccourcis qui vont te permettre de faire ce que tu as à faire. En fait, il faut juste à peu près s'entendre sur le tarif que ça va coûter et après, le reste, c'est toi qui fais ton affaire, tu vois. Eux, tu vas surtout te concentrer sur l'aspect financier et s'ils sont d'accord sur l'aspect financier, après, c'est toi qui vas un peu mener ta démarche médicale. » (Steve, 31 ans, vétérinaire collaborateur libéral).*

Steve montre que lorsque la communication est compliquée en raison de la langue, les soignant.e.s tendent à simplifier leurs conversations avec ces dernier.ère.s. Le plus important est de récolter leur consentement pour les actes à réaliser et leur prix, mais le reste ne fera pas l'objet de discussions étayées. D'ailleurs, les soignant.e.s doivent souvent s'en remettre à parler anglais lors de ces consultations ou à utiliser des traducteurs en ligne.

Ensuite, les soignant.e.s considèrent comme primordial d'effectuer un travail de pédagogie et de vulgarisation afin que les propriétaires comprennent l'état de santé de leur animal et ce qui est attendu d'elleux en termes de continuité des soins à domicile :

*« Il y a intérêt à ce que les clients comprennent ce qu'on fait à leur animal par ce que c'est eux qui vont donner le médicament. Donc, s'ils ne comprennent pas notre démarche diagnostique ou thérapeutique, ils ne vont pas faire le traitement. Du coup, le traitement ne sera pas efficace parce qu'il ne sera pas fait. Pour la prise en charge du traitement, c'est vraiment primordial qu'ils suivent parce que sinon, je vois aucun intérêt de le faire. Donc, c'est très important d'avoir la confiance des clients et la compréhension de ce qu'on fait. » (Sylvie, 57 ans, vétérinaire associée).*

Ainsi, les soignant.e.s doivent être capables de faire comprendre des éléments de médecine vétérinaire à des personnes qui ne font pas partie de la profession. À ce propos, Strauss et al. (1985, p. 220) parlent de *point de vue pédagogique*, c'est-à-dire de cette nécessité pour les soignant.e.s de pouvoir expliquer, simplifier et répéter les informations médicales aux patient.e.s, et dans ce cas, aux propriétaires. Il s'agit alors de rendre compréhensible des diagnostics, des traitements et des instructions parfois compliquées aux propriétaires, afin qu'ils passent de profanes à partenaires compétents. Cette forme de pédagogie et vulgarisation est donc une condition préalable à l'extériorisation du soin, elle-même nécessaire à la continuité de la trajectoire de soin. De plus, puisque certain.e.s propriétaires ne comprennent pas les

propos des soignant.e.s la première fois, cela peut nécessiter un travail de répétition et de reformulation jusqu'à l'assimilation des informations, nécessaire au bon suivi de l'animal. Et, lorsque certain.e.s propriétaires portent peu d'attention aux propos des soignant.e.s et semblent « désintéressé.e.s », il est nécessaire pour les soignants de montrer l'importance de comprendre leurs propos afin d'assurer la bonne santé de l'animal, ce qui n'est pas toujours chose aisée.

### **3) Quand l'argent freine le soin : stratégies face à la barrière économique**

Puisque n'existe pas un système d'assurance maladie pour les animaux, ce sont bien les ressources économiques affectées par les propriétaires à la santé de leur animal qui est le principal déterminant de la prise en charge médicale de l'animal (Gerster & Steinmetz, 2018). Plus la clinique est implantée dans une zone à faibles revenus, plus cette « barrière financière » s'impose avec force et limite les actes et soins qui peuvent être réalisés aux animaux pris en charge au sein de la clinique. Cette question de la barrière financière ne touche donc pas les soignant.e.s de façon uniforme, mais dépend de les caractéristiques socio-économiques de la zone où ces dernier.ère.s exercent. Les soignant.e.s en cliniques vétérinaires tentent alors d'utiliser certaines stratégies afin de réduire autant que possible cette « barrière financière » qui peut créer une rupture avec la *trajectoire de soin*.

En premier lieu, le paiement en plusieurs fois est très régulièrement appliqué, à partir de chèques ou d'applications bancaires. Le paiement en plusieurs fois permet ainsi d'étaler les paiements sur une temporalité prolongée.

En deuxième lieu, dans certaines cliniques, les soignant.e.s font des gestes, c'est-à-dire baissent le tarif de certains actes, ou ne facturent pas certains actes. Toutefois, iels ne font pas des gestes à n'importe qui : ce sont souvent des propriétaires qu'iels connaissent bien et apprécient, et dont iels connaissent la situation financière compliquée ; parfois, ce sont des propriétaires qui leur inspire de la pitié car leur animal a un état de santé assez préoccupant et qu'iels ont peu de moyens pour les soigner. Ainsi, comme l'explique Zelizer (2000, 2005), les formes de paiement sont influencées par les relations sociales qu'entretiennent les acteur.rice.s impliqué.e.s et, en ce sens, elles expriment et incarnent les liens sociaux qu'elles traversent. Les gestes commerciaux ne sont donc pas neutres et participent à une forme de travail relationnel qui organise et structure la relation entre les acteur.rice.s.

Troisièmement, toutes les cliniques que j'ai pu observer avaient disposés, dans la salle d'attente, des dépliants de mutuelles pour animaux de compagnie. Dans ce cas, les propriétaires payent chaque mois une cotisation, et ces dernier.ère.s voient une partie de leur frais vétérinaires être remboursés. Certaines mutuelles sont spécialisées pour animaux de compagnie : SantéVet, Dalma, Assur O'Poil, etc., tandis que d'autres sont des mutuelles proposées par des assurances. Les soignant.e.s remplissent une feuilles de soin qui sera fournie à la mutuelle qui remboursera les propriétaires postérieurement. Certains degrés de couverture sont possibles.

Quatrièmement, la médecine solidaire est une pratique moins répandue, pratiquée dans la Clinique Médianimal. Cela concerne les dispositifs Vétérinaire pour tous (VPT) et Avacare. Vétérinaire pour tous est une association qui prend en charge une partie, ou l'ensemble, des frais de santé d'un animal lors de certains actes, notamment chirurgicaux. L'éligibilité à ces

aides repose sur des critères sociaux (être étudiant.e boursier.e, être non imposable, toucher le RSA, toucher l'AAH...). Cette association repose sur deux initiatives. La première est la campagne de stérilisation, réalisée chaque année, avec laquelle les propriétaires ne règlent que les médicaments post-opératoires. C'est l'association qui prend entièrement en charge ces chirurgies et paie les cliniques vétérinaires à la fin de chaque campagne. La deuxième est le système de « Vétro entraide », qui fonctionne sur la base du tiers-payant. Dans ce cadre, un tiers est payé par le/la propriétaire, un tiers par la clinique et un tiers par l'association VPT. Ava Care est un autre dispositif d'aide financière aux propriétaires qui ne fonctionne pas sur la base du tiers-payant : l'association prend entièrement en charge les frais des actes pour lesquels elle a été sollicitée. Les conditions d'éligibilité sont davantage souples que pour Vétérinaire pour tous.

### **CHAPITRE 3. La relation au propriétaire comme filtre affectif du soin**

#### **1) Ancrages temporels et familiarité dans la relation de soin**

Plus haut, j'expliquais qu'un enjeu important de la profession de soin en clinique vétérinaire était la construction d'une relation de confiance entre propriétaire et soignant.e. Dans le prolongement de ce constat, cette relation de confiance, si cette dernière s'inscrit dans le temps, peut s'accompagner du développement d'un rapport de proximité entre le/la soignant.e et le/la propriétaire. En effet, plus les propriétaires tendent à fréquenter la même clinique, plus les relations entre propriétaires et soignant.e.s s'ancrent dans une connaissance approfondie de l'histoire familiale du propriétaire et de son rapport à ses animaux. Il est d'ailleurs fréquent, dans certaines cliniques, que plusieurs membres d'une même famille y fassent suivre leur animal, ce qui renforce donc le lien de proximité entre propriétaire et soignant.e. Ainsi, plus un.e soignant.e connaît un.e propriétaire, et, en particulier, son histoire familiale, plus ces dernier.ère.s sont conscient.e.s de la place que prend l'animal au sein de la famille du propriétaire, ce qui les amène, comme l'expliquait également Sanders (1995), à ressentir davantage de peine lorsque l'animal décède et à interagir davantage avec les animaux à partir de gestes « affectueux », tels que les caresses :

*«Y'a certaines personnes on connaît on va dire leur histoire personnelle, donc c'est vrai que des fois on est un peu plus touchées par ça aussi, et c'est vrai qu'on aura peut-être tendance à plus chouchouter l'animal parce qu'on sait que l'animal est vraiment précieux pour la personne et que voilà... Euh, mais sinon voilà, on s'occupe bien de tous les animaux, mais c'est vrai que je pense que sur certains animaux on va peut-être plus les chouchouter que d'autres. C'est peut-être pas juste on va dire mais voilà, je pense qu'on est humain et que c'est plutôt normal. » (Julie, 28 ans, AV).*

D'ailleurs, ce rapport de proximité et de connaissance avec les propriétaires est plus important dans les structures relativement anciennes, dans lesquels peuvent se constituer un capital relationnel fort avec les propriétaires. Ce fort degré de proximité avec les propriétaires était moins présent dans la Clinique Médianimal, dont l'ouverture remonte à seulement quelques années. À l'inverse, le rapport de proximité était très fort dans une clinique comme celle de la Clinique vétérinaire du Parc, relativement ancienne, où les soignant.e.s ont une connaissance approfondie des propriétaires :

*« Nous on est une clinique assez familiale, donc les propriétaires, la plupart, enfin je dirais la moitié, on a... Ils connaissent nos enfants, on connaît le prénom des leurs, on connaît même les enfants aussi. Il y a beaucoup de familles, donc on parle du fils, « ah bah tiens j'ai vu votre fils » machin et tout. Donc on a quand même des échanges dans cette clinique avec les propriétaires assez proches je dirais. On a une clientèle relativement proche, et avec les nouveaux propriétaires je crois que d'entrée de jeu on crée ça parce qu'on est une clinique un peu comme ça. » (Sophie, 47 ans, AV).*

Comme le montre Sophie, ce rapport de connaissance et de proximité peut être réciproque : les soignant.e.s connaissent un ensemble d'éléments à propos de la vie de leurs client.e.s, et vice-versa. Ains, j'ai pu observer certain.e.s soignant.e.s aborder spontanément leur vie privée lors de conversations avec des propriétaires. Toutefois, certain.e.s soignant.e.s sont réticent.e.s quant au fait de parler de leur vie personnelle aux propriétaires, et, dans ce cas, les propriétaires ne connaissent pas ou que peu d'éléments sur la vie privée des soignant.e.s.

## **2) Propriétaires « appréciés », animaux « chouchoutés » ?**

Dans le prolongement des travaux de Sanders (1994b), qui montraient que les soignant.e.s classifient les propriétaires entre « bon.ne.s » et « mauvais.es » client.e.s en fonction de leurs comportements, j'ai pu observer qu'en effet, les soignant.e.s appréciaient ou non les propriétaires selon certains de leurs comportements. Bien que des soignant.e.s expliquent ne pas modifier leurs comportement envers les animaux en fonction des comportements des propriétaires, certain.e.s au contraire, considèrent que cela impacte effectivement la façon dont iels interagissent avec les animaux soignés. Ainsi, certain.e.s soignant.e.s expliquent que s'iels n'apprécient pas les propriétaires, iels vont tenter de réaliser une consultation plus rapide et vont moins interagir avec les animaux :

*« V : Moi, je sais aussi que mon rapport à l'animal, il peut être très influencé par le propriétaire. Et ça, c'est parfois un peu triste parce que... Alors, ça ne change rien, notre prise en charge avec l'animal. Mais on va moins s'attarder sur lui. Plutôt dans le sens où je vais moins y penser, moins me dire « le chat, il est mignon », ou... Moins créer de liens, si la personne avec nous a été exécration par exemple. Donc voilà.*

*F : Oui y'a des fois où on va moins aimer un animal parce que le propriétaire a été énervant ». (Victoire, 30 ans, AV et Florian, 35 ans, vétérinaire salarié).*

À l'inverse, lorsqu'ils apprécient les propriétaires, iels vont davantage avoir des interactions « affectueuses » leur animal :

*« Il y a des animaux qu'on connaît depuis des années, on est attachés, même si on ne les voit pas toutes les semaines. Mais on a pu l'avoir vu, je dis une bêtise, tout jeune parce qu'il a eu des problèmes, on l'a vu trois, quatre fois, et puis ça nous marque qu'on s'y attache, et puis on voit vieillir, enfin grandir, puis vieillir, et puis potentiellement partir aussi. Donc oui, oui, et puis même avec les propriétaires, il peut y avoir des propriétaires avec qui on s'entend très très bien, et du coup forcément on a plus d'affects entre guillemets avec ces animaux-là. » (Laurie, 35 ans, AV).*

Comme l'expliquait Sanders (1994b), plusieurs éléments sont susceptibles d'impacter le niveau d'appréciation des soignant.e.s envers les propriétaires. Mes observations rejoignent les siennes, bien que j'aie pu compléter sa typologie par des éléments supplémentaires. Ainsi, sont appréciés les propriétaires qui : ne remettent pas en cause les propos des soignant.e.s et leur font confiance quant aux soins proposés ; témoignent de leur intérêt et de leur implication pour la santé de leur animal ; comprennent rapidement les propos des soignant.e.s et ne leur demandent pas de devoir se répéter ; suivent les recommandations des soignant.e.s et assurent la continuité de soin à domicile ; sont considérées comme « agréables » « gentil.le.s » et « poli.e.s » ; et ont les capacités financières de soigner leur animal de façon optimale. À l'inverse, sont dépréciés les propriétaires qui : manquent de ponctualité et arrivent en retard à leur rendez-vous (ou ne viennent tout simplement pas) ; ont du mal à communiquer en français ; ne leur font pas confiance et remettent en question le bien fondé des soins proposés ; sont « désintéressé.e.s » par la santé de leur animal ; posent « trop » de questions ; font de « l'anthropomorphisme » et traitent leur animal comme un humain et « stressent pour un rien » (même si ces propriétaires sont considérés moins négativement que les propriétaires entièrement désintéressé.e.s) ; ne comprennent pas les choses rapidement et demandent aux soignant.e.s de se répéter ; sont « désagréables » voir « agressif.ve.s » ; sont très regardant.e.s aux prix des soins et refusent d'investir des sommes perçues comme trop importantes.

Néanmoins, les animaux des propriétaires qui sont perçus comme manquant d'intérêt pour leur animal, voire comme étant « négligent.e.s », ne vont pas faire l'objet de moins d'interactions avec les soignant.e.s, au contraire. Cela concerne alors des propriétaires qui ne semblent pas intéressé.e.s par l'état de santé de leur animal, et qui, de ce fait, ne portent pas attention aux propos des soignant.e.s, ne posent aucune question et n'appliquent pas les recommandations des soignant.e.s. Cela concerne aussi des propriétaires qui refusent certains actes (notamment stérilisation et euthanasie) en se fondant sur des considérations religieuses. En outre, cela touche à des propriétaires qui sont perçus comme ayant les moyens d'investir dans la santé de leur animal, mais qui ne le font pas, ainsi qu'aux propriétaires ayant peu de moyens financiers et pouvant peu dépenser pour la santé de leur animal, qui sont perçu.e.s comme « irresponsables » et « égoïstes ». Finalement, cela peut directement concerner des propriétaires dont les animaux présentent des signes de négligence ou de maltraitance (animaux laissés avec des griffes très longues, qui sont couverts d'urine et/ou d'excréments, qui sont laissés avec des problèmes de santé plusieurs jours/semaines/mois avant d'être emmenés chez le.la vétérinaire). Les animaux de ces propriétaires auront davantage tendance à faire l'objet d'interactions dites « affectueuses ». Dans ce cas, les soignant.e.s tentent de pallier à un manque d'attention et de considération dont souffrirait l'animal :

*« Y'a aussi des fois où on va dire que, bah par exemple voilà, si les gens sont bêtes avec leurs animaux, c'est vrai que nous bah on va peut-être essayer de prendre plus de responsabilité sur l'animal, c'est-à-dire qu'on va essayer de leur donner ce que le propriétaire ne donne pas, c'est-à-dire l'attention et tout, et leur montrer que bah voilà, nous on est là pour les aider... Bah que ouais, même si ton propriétaire il s'occupe pas bien de toi, nous on est là pour s'occuper bien de toi. On fera plus attention à cet animal, on essaiera de leur donner plus de caresses. » (Julie, 28 ans, AV).*

## **Conclusion de cette partie**

Les rapports entre soignant.e.s et propriétaires constituent un pilier structurant de l'éthos professionnel des soignant.e.s exerçant en clinique vétérinaire canine. Les propriétaires sont des médiateur.rice.s incontournables entre soignant.e.s et animaux, car iels détiennent le pouvoir de décision médicale, partagent les informations nécessaires à l'anamnèse et assurent la continuité des soins à domicile. Dans ce cadre, la dynamique relationnelle avec les propriétaires s'inscrit dans un rapport de négociation permanente au sein duquel la confiance constituée une ressource centrale mobilisée d'assurer la trajectoire de soin. Cette construction de la confiance repose sur travail émotionnel, relationnel et économique, qui est mobilisé à la fois au service du soin et dans une logique de fidélisation commerciale. Ces interactions entre soignant.e.s et propriétaires ne sont pas neutres, car elle influencent directement les modalités d'engagement des soignant.e.s envers les animaux, dans leur manière de les percevoir et de les manipuler. Ainsi, les propriétaires façonnent profondément les modalités du soin vétérinaire, et ce en influençant les pratiques professionnelles, les formes d'engagement affectif et les ajustements organisationnels quotidiens.

## **Partie II : L'UNITÉ DANS LA DIVERSITÉ : UN ETHOS PARTAGÉ DU RAPPORT AUX ANIMAUX CHEZ LES SOIGNANT.E.S**

Si les interactions avec les propriétaires façonnent en profondeur les pratiques des soignant.e.s et leurs interactions avec les animaux, elles ne suffisent pas à épuiser ce qui constitue l'éthos professionnel des soignant.e.s en clinique vétérinaire. Ce dernier repose également sur un second pilier tout aussi structurant : la manière dont les vétérinaires et AV se rapportent aux animaux qu'ils prennent en charge. Cette deuxième partie vise à rendre compte de ces formes partagées de rapports aux animaux, à travers lesquelles se dessine une conception professionnelle du soin animal.

### **CHAPITRE 1. Toucher l'animal pour le soigner : accéder au corps comme acte relationnel**

#### **1) Un soin sous condition d'accès corporel**

Le soin des animaux en clinique vétérinaire repose sur une condition préalable d'accès au corps de l'animal, en ce que le corps de l'animal doit être touchable et manipulable. Un animal touchable est un animal que le/la soignante peut sans rencontrer de résistance de sa part, qui peut prendre la forme de la fuite, du débat et/ou de l'agressivité (morsure et/ou griffure). Un animal manipulable est un animal qui se laisse mobiliser pour effectuer une action spécifique : le tourner, le mettre dans une position en particulier, lui soulever un membre, etc. L'animal est donc, en premier lieu, perçu par son corps, et plus particulièrement la facilité ou difficulté d'accès à ce corps.

Ainsi, les soignant.e.s ont une préférence pour les animaux qui font preuve de « docilité » et de « coopération », c'est-à-dire calmes et non résistants (Sanders, 1994a). Ces animaux, parfois « affectueux » (lèchent les soignant.e.s, remuent la queue ou se frottent contre elleux), peuvent gêner légèrement les gestes techniques, ce qui nécessite de les repousser ou repositionner régulièrement, mais leur prise en charge reste aisée. Cette première catégorie inclut aussi des animaux sidérés par la peur, immobiles, et dont la passivité facilite les soins. Toutefois, tous les animaux ne se laissent pas approcher et manipuler avec autant de facilité. Certains animaux résistent activement : ils reculent, fuient, montrent les dents, feulent, mordent ou griffent. Comme le note Sanders (1994a), ces animaux sont associés à la figure du « mauvais patient » car ils ralentissent et compliquent le travail médical.

#### **2) De la technique à la relation : la douceur et la patience comme compétences professionnelles**

Afin de favoriser la « docilité » des animaux, les soignant.e.s valorisent les qualités de « douceur » et de « patience ». La clinique vétérinaire étant un lieu anxigène pour beaucoup d'animaux, ces qualités visent à limiter leur stress, et donc les réactions de fuite ou d'agressivité qui compliquent les soins. En apaisant l'animal, il devient plus facilement manipulable, ce qui permet de réaliser davantage d'actes sans recourir à des techniques de mise en accessibilité du corps.

## **2.1) Deux formes de douceur : apprivoiser l'animal, maîtriser le geste**

En clinique vétérinaire, la douceur désigne est une qualité qui se rapporte aux gestes réalisés par les soignant.e.s et à leur façon de les réaliser pour favoriser la relaxation de l'animal. La première dimension de la douceur concerne le fait de ne pas commencer directement les interactions par le *travail technique* (palper les organes, faire une radiographie, poser un cathéter, etc.), mais de performer d'abord un *travail sentimental* qui, en clinique vétérinaire, est fait de caresses et de paroles adressées à l'animal, souvent en l'appelant par son nom. Cette première dimension de la douceur est commune à l'ensemble des soignant.e.s. Cette phase introductive des échanges, partagée par l'ensemble des soignant.e.s, vise à instaurer une « relation de confiance » entre soignant.e et animal. Pour certain.e.s, la douceur se prolonge au-delà de cette phase : il s'agit alors d'inscrire le *travail technique* dans le courant du *travail sentimental*, comme l'exprime Stéphane :

*« Les interactions avec les animaux sont bonnes à partir du moment où on y va de façon assez en douceur et qu'on se place pas dans la situation du vétérinaire, mais plus la situation d'un copain qui va s'occuper de l'animal. Ce serait plutôt un rapport copain à copain, et au cours de cette interaction agréable, on palpe le ventre, on prend la température, on écoute le coeur, en fait. » (Stéphane, 39 ans, vétérinaire entrepreneur individuel à la charge d'un groupe).*

La seconde dimension de la douceur concerne la qualité des gestes techniques, en opposition avec ce que les soignant.e.s appellent la « brutalité ». Elle renvoie donc à la manière de toucher et manipuler les animaux. Sont qualifiés de « doux.se » les soignant.e.s qui privilégient des mouvements lents, progressifs, attentifs au rythme et au maintien du corps. Ainsi, lorsque l'animal doit être déplacé dans une autre pièce ou placé dans une autre position, ces soignant.e.s prennent le temps de poser leurs mains en premier lieu, de soutenir le corps avec précaution, et de réaliser le déplacement du corps par étapes. Iels évitent de « se précipiter » et de faire les choses avec rapidité. À l'inverse, les gestes jugés « bruts » sont plus rapides, enchaînés sans transition, avec des prises fermes. Les soignant.e.s expriment le fait que cette seconde qualité de la douceur est d'autant plus performée en consultation, face aux propriétaires, et moins lorsqu'ils ne sont pas présent.e.s :

*« Alors après on fait plus attention quand on est devant les propriétaires en consultation, c'est vrai que quand on ramène un animal et qu'on est entre nous, parce que parfois les gens peuvent être un petit peu, je ne vais pas dire choqués... Mais les gens attendent de la douceur, donc en consultation parfois on en fait un peu plus, alors que si on ramène un animal derrière et qu'on n'est qu'entre nous, on va aller plus à l'essentiel, on va être plus efficace, on va faire plus vite. » (Camille, 28 ans, AV).*

Cet extrait d'entretien montre que les soignant.e.s, bien qu'ils peuvent eux-mêmes se distinguer dans leur façon de manipuler les animaux avec plus ou moins de « douceur » ou de « brutalité », distinguent également la façon dont eux-mêmes et les propriétaires définissent ces catégories. C'est pourquoi y compris des soignant.e.s que j'ai pu qualifier au cours de mes observations de plutôt « doux.se » (dans sa seconde dimension) n'avaient pas la même manière de manipuler les animaux avec et sans la présence des propriétaires. Ces dernier.ère.s

intériorisent les gestes et façon de manipuler qui peuvent « choquer » les propriétaires mais qui, pour leur part, n'est pas considéré comme une forme de « brutalité ». On revient donc ici à l'idée d'un processus récent de sacralisation des animaux (Zelizer, 1985), et en ce sens, le soin est donc une performance émotionnelle dans une économie morale où l'animal est affecté d'une valeur affective de la part de ses propriétaires. Ainsi, la valeur affective donnée aux animaux est construite par les gestes de soin promulgués par les soignant.e.s, qui se réalisent à partir d'un jeu entre ce qui est techniquement faisable et socialement présentable.

## **2.2) La patience en actes : temporalités affectives du soin animal**

La patience se rapporte à la durée pendant laquelle les soignant.e.s font preuve de douceur. D'une part, cela concerne donc le temps affecté par les soignant.e.s au *travail sentimental* qui est performé au début des interactions. D'autre part, cela concerne la durée pendant laquelle les soignant.e.s font preuve de douceur dans sa seconde dimension, c'est-à-dire le temps prit pour manipuler le corps des animaux avant de « perdre patience » et de réaliser des gestes davantage rapides et fermes. Bien que la patience soit une qualité qui est considérée comme importante pour les soignant.e.s, qui réalisent toutes cette phase introductive dont j'ai parlé, car considérée comme nécessaire, iels n'incarnent pas toutes cette qualité de patience avec la même intensité.

En effet, certain.e.s soignant.e.s peuvent être qualifié.e.s de très patient.e.s. En phase introductive, ces soignant.e.s vont plutôt laisser l'animal prendre l'initiative de l'approche et vont attendre que l'animal s'approche d'elleux, pour ensuite pouvoir les toucher. Iels prennent ensuite du temps pour les caresser et leur parler, avant de les manipuler et de leur effectuer des gestes médicaux. Dans le courant de l'interaction avec l'animal, ces soignant.e.s vont continuer de les caresser et de leur parler. Si l'animal se montre réticent ou commence à se débattre et à montrer des signes d'agressivité, ces soignant.e.s vont tenter de prolonger et renouveler ces attitudes avant d'avoir recours à des techniques pour rendre le corps de l'animal accessible, si elles s'avèrent finalement nécessaires. De plus, ces soignant.e.s sont doux.ses dans leur façon de manipuler les animaux et réalisent leurs gestes en lenteur, de façon à ne pas « brusquer » l'animal. Claire, vétérinaire à la Clinique vétérinaire Médianimal était une soignant.e que l'on peut qualifier de très patiente :

*« Il est 14h00 et j'assiste à une consultation d'une chienne qui se rend à la clinique dans le cadre d'une visite annuelle. Lorsqu'elle rentre en salle de consultation avec ses propriétaires, la chienne se place dans un coin de la pièce. Claire prend des croquettes et s'accroupie. Elle place les croquettes par terre et attend que la chienne vienne jusqu'à elle. Cela prend plusieurs minutes. Une fois la chienne près d'elle, Claire la caresse et l'appelle « ma puce », « ma belle » et « ma douce ». Elle prend la chienne et la place sur la table d'examen. Elle la caresse. La propriétaire vient tenir la chienne pendant que Claire réalise un examen général. Claire continue de la caresser et de s'adresser à elle. Elle réalise son vaccin, et, une fois terminé, Claire lui dit « bravo ! » et lui donne une friandise. Elle la caresse avant qu'elle sorte de la salle de consultation ». (Clinique vétérinaire Médianimal, 09/10/2024).*

D'autres soignant.e.s sont moins patient.e.s. Durant la phase introductive de la rencontre, iels vont aller directement au contact de l'animal. Iels vont les caresser et leur parler brièvement,

avant de passer au *travail technique*. Ces soignant.e.s vont plus rapidement utiliser des techniques de mise en accessibilité du corps animal si ce dernier se montre difficilement touchable et manipulable, les actes comme les caresses et la parole étant peu utilisés par ces dernier.ère.s comme technique en tant que tel. En outre, leurs gestes vis-à-vis des animaux sont souvent plus rapides et enchaînés sans transition et souplesse. Steve, par exemple, était un soignant moins patient que Claire :

« Steve prend en consultation une jeune femme avec son chien. Il demande à la propriétaire de poser le chien sur la table d'auscultation. Il commence par caresser le chien quelques instants, puis réalise une auscultation globale du chien, tenu par sa propriétaire. Il prépare ensuite les produits vaccinaux, et dit au chien « allez chouchou ! ». Pendant que la propriétaire le tient, il effectue une piqure dans le bas du dos de l'animal, qui fait un petit bruit, sans bouger. La propriétaire pose le chien par terre, et Steve écrit le compte-rendu de la consultation sur son ordinateur. Pendant ce temps, le chien lui saute dessus, sans que Steve ne réagisse. Il explique à la propriétaire quand devront être fait les prochains vaccins, et fait une caresse rapide au chien. »

### **2.3) Du travail technique au travail sentimental : les animaux comme partenaires affectifs**

Il ne s'agit pas ici de présenter une opposition binaire entre les soignant.e.s qui feraient preuve de douceur et de patience, et ceux qui ne le feraient pas. Au contraire, le propos est plutôt que ces qualités sont considérées comme nécessaire par tous les soignant.e.s, mais iels ne les incarnent pas toutes de la même façon. Il existe un continuum de pratiques, où chaque soignant.e tend à se positionner de façon relativement stable sur ce spectre.

Ces qualités que sont la douceur et la patience montrent que, dans le cadre du soin vétérinaire, il n'existe pas de séparation entre, d'une part, le *travail technique* qui concernerait les animaux, et d'autre part le *travail sentimental* qui s'appliquerait aux propriétaires. Les animaux font également l'objet d'un *travail sentimental*, puisqu'il s'agit de réaliser certains actes et d'une certaine façon afin de gérer les émotions des patient.e.s, qui sont perçus comme dans un environnement anxiogène. Toutefois, ce travail repose sur une autre forme que celle qui s'applique aux propriétaires. Ici, il s'agit pour les soignant.e.s de promulguer un *travail de sang-froid* (Strauss & al., 1985, p.136) : il faut interagir avec les animaux de façon à conserver leur calme et éviter les débats, afin de rendre possible les soins. Il faut donc, dans ce cadre être à l'origine d'*interactions* que l'on pourrait qualifier de *relationnelles* : caresser l'animal, s'adresser à lui avec une voix calme et en l'appelant par son nom. Le corps animal est donc un terrain de travail qui doit être investi d'une charge émotionnelle par des gestes de réassurances qui permettent de transformer le corps animal en un espace de travail non conflictuel (Hochschild, 1983).

D'ailleurs, une fois les animaux endormis, les qualités de douceur et de patience tendent à s'effacer. En effet, les animaux étant inconscients, ils ne sont plus récepteurs du geste émotionnel, et il n'est donc plus nécessaire de gérer leurs émotions et de « gagner leur confiance ». Ainsi, les soignant.e.s, peu importe leur positionnement sur le spectre de la douceur et la patience, n'interagissent pas et ne manipulent pas de la même façon les animaux qu'iels

soient endormis ou éveillés, et dans ce cadre, il s'agit alors de préserver les propriétaires des interactions entre le.la soignant.e et l'animal endormi :

*« On va faire en sorte qu'un animal qui est endormi ne se retrouve pas avec son propriétaire parce que tout simplement, le propriétaire, il n'a pas l'habitude de voir son animal endormi. Il n'aura pas l'habitude qu'on manipule un peu son animal comme une poupée de chiffon. Donc, même si, évidemment, on respecte l'animal, je n'insinue pas qu'on maltraite l'animal quand il est endormi, mais simplement, on va un petit peu plus vite. Donc, nécessairement, ça, c'est des choses qui peuvent être un peu impressionnantes. » (Steve, 31 ans, vétérinaire collaborateur libéral).*

### **3) Les limites du travail sentimental : gérer les résistances et agressivités animales**

Malgré la « douceur » et la « patience » dont peuvent faire preuve les soignant.e.s avec les animaux, certain.e.s animaux restent difficilement touchables et manipulables, en particulier s'ils sont fuyants ou agressifs (Sanders, 1994a). Dans ce cas, les soignant.e.s commencent souvent par une contention dite « douce », où un.e AV maintient l'animal sans exercer de forte pression. Si cela ne suffit pas, en cas de griffures, morsures ou agitation intense, d'autres techniques sont mobilisées.

Les animaux agressifs sont le plus souvent anesthésiés, c'est-à-dire rendus totalement inconscients pour permettre les soins sans danger. Pour les animaux fuyants, les pratiques varient : certain.e.s soignant.e.s préfèrent une contention ferme, à plusieurs, ou le recours à des dispositifs comme des cages de contention pour chats. D'autres ont davantage recours à la sédation/tranquilisation, qui permet d'apaiser l'animal sans l'endormir totalement, et de réaliser certains actes peu invasifs comme les prises de sang, les injections ou les radiographies. Iels peuvent également proposer de reporter le soin, après l'administration préalable d'un anxiolytique à domicile.

Ces techniques, bien qu'elles soient parfois nécessaires, sont jugées comme contraignantes par les soignant.e.s, car elles ralentissent les soins et car elles empêchent parfois leur enchaînement immédiat (Sanders, 1994a). C'est notamment le cas avec l'anesthésie qui demande d'attendre le réveil de l'animal pour le rendre à ses propriétaires, et qui empêche l'administration de certains traitements. C'est pourquoi les soignant.e.s valorisent autant la douceur et la patience, car elles permettent d'éviter le recours aux techniques que j'ai ici pu exposer.

## **CHAPITRE 2. Des patients à part entière : l'individualisation des animaux en clinique vétérinaire**

### **1) Individualiser pour soigner : un travail d'observation et d'ajustement en temps réel**

Les soignant.e.s n'adoptent pas une prise en charge standardisée des animaux, ces dernier.ère.s pouvant avoir des comportements très différents. De ce fait, l'animal n'est jamais abordé comme un représentant de son espèce mais bien comme un individu particulier. Les animaux sont donc individualisés : iels font l'objet d'une approche personnalisée, en fonction de leur

comportement. Ainsi, chaque animal est considéré comme un patient ayant un comportement qui lui est propre, et qui nécessite un travail d'adaptation afin de pouvoir assurer sa prise en charge médicale. Cette individualisation de l'animal ne repose pas (ou pas uniquement) sur une posture éthique, mais bien sur une nécessité pratique et professionnelle : il est nécessaire de comprendre les spécificités émotionnelles et corporelles de chaque animal afin de le prendre en charge d'un point de vue médical. Les soignant.e.s ont pour objectif de soigner les animaux, et, différentes approches doivent être utilisées pour atteindre cette finalité, selon le comportement de l'animal. Comme l'explique Adèle :

*« Il faut s'adapter au maximum au caractère des animaux. Pour les plus craintifs, il faut être rapide et précis pour éviter qu'ils aient plus peur ou perdent patience. Pour les gourmands, cela aide toujours d'utiliser des friandises pour contre balancer les actes douloureux comme les injections ou pour simplement les mettre plus en confiance avant l'examen clinique. » (Adèle, 31 ans, vétérinaire salariée).*

Existe alors une forme de reconnaissance de la subjectivité animale, et les animaux sont fréquemment caractérisés, par les soignant.e.s de « timides », « hypersensibles », « dominants », « râleurs »... Et ces adjectifs correspondent à un langage de travail qui leur permet de caractériser les comportements des animaux de façon à pouvoir anticiper leurs réactions et s'y adapter.

De plus, au-delà du fait que les interactions qu'ont les soignant.e.s peuvent être assez variées d'un animal à l'autre, l'animal ne se comporte pas de la même façon au cours d'une interaction. En effet, un animal dont le corps était facilement accessible au début des soins peut devenir difficilement touchable et manipulable au fur et à mesure des interactions, et vice versa. En effet, certain.e.s animaux sont « dociles » au début d'une consultation et, au fur et à mesure qu'ils sont touchés et manipulés par les soignant.e.s, ceux-ci commencent à se débattre ou à devenir agressifs. À l'inverse, certain.e.s animaux, qui sont très fuyants en début de consultation, voire présentent des signes d'agressivité, peuvent devenir davantage « dociles », car ils sont caressés par leur propriétaire et/ou le.a soignant.e. Les soignant.e.s doivent donc décoder en temps réel les comportements qu'adopte leur patient et ajuster leurs gestes, outils, ton de voix, etc. Ainsi, comme l'explique Strauss et al. (1985), la pratique de soin repose sur une tension entre standardisation de la prise en charge (ici, les soignant.e.s visant à proposer les mêmes soins aux animaux en fonction de leur pathologie) et une adaptation de la part des soignant.e.s, en fonction de chaque situation.

Les interactions entre les soignant.e.s et les animaux se jouent donc dans un jeu de réciprocité : chacun agit d'une certaine manière et réagit aux comportements de l'autre. Il y a une dynamique d'ajustements mutuels dans lequel doivent s'inscrire les soignant.e.s afin de pouvoir soigner les animaux. L'individualisation doit donc perpétuellement être réactualisée. Ainsi, le travail de soin en clinique vétérinaire repose sur un important travail d'observation de comment se comporte l'animal et la façon dont il réagit aux interactions physiques avec les soignant.e.s, puisque, comme nous l'avons vu, c'est bien l'aspect corporel qui est en jeu. En ce sens, l'observation de l'animal ne se limite pas à une visée diagnostique, elle est aussi un outil relationnel qui permet d'effectuer une lecture plus large des signaux comportementaux des animaux. Et comme me l'ont expliqué de nombreux.se.s soignant.e.s, iels sont souvent capables

d'anticiper les comportements des animaux avant que ces derniers ne se produisent, et ce car iels ont appris au cours de leur carrière à reconnaître des signaux notamment liés à une future agressivité de la part de l'animal. En ce sens, les soignant.e.s s'adaptent continuellement aux animaux, et parfois même avant que cela ne soit nécessaire, car iels anticipent leurs réactions.

## 2) Construire une mémoire du patient : l'apprentissage clinique des comportements animaux

Les soignant.e.s ne font pas que s'adapter sur le moment au comportement de l'animal. Lorsque ce dernier est suivi sur le long terme, les soignant.e.s apprennent et retiennent quel est sa « personnalité » : s'il est plutôt docile, agressif, ou dont le comportement peut être assez changeant au fil des interactions. Pour les animaux qui ne sont pas (ou pas bien) connus par les soignant.e.s, les ajustements se feront au fil des interactions, en temps réel, dans un contexte d'apprentissage de l'animal et de ses réactions sur l'instant. Lorsque des animaux sont bien connus par les soignant.e.s, iels savent comment se comporte l'animal habituellement et iels ajustent dès le début de leurs interactions leurs comportements en fonction de celui de l'animal, de façon à faciliter la mise en accessibilité du corps :

*« Ces animaux on connaît un petit peu plus leurs mimiques, parce qu'effectivement à force de les voir on sait un petit peu les réactions qu'ils peuvent avoir. Donc c'est vrai que par anticipation par exemple sur un chat qui n'est pas spécialement manipulable, on va pouvoir anticiper et mettre en place tout de suite un petit dispositif dans une serviette ou quelque chose comme ça, sur un chat qui n'est pas très cool. On peut avoir certaines petites choses qu'on peut mettre en place plus facilement en connaissant le caractère de l'animal. Et inversement, si on connaît un animal qui est très très gentil et que les soins se passent très bien, on va pas museler l'animal. On lui fait confiance en fonction de ses antécédents et de son caractère. » (Sarah, 30 ans, AV).*

Les soignant.e.s développent ce que Strauss et al. (1985, p.198) appellent une *carrière expérientielle*, c'est-à-dire qu'iels développent une connaissance pratique et sensible de leurs patients. Ce faisant, un animal qui est connu pour être « docile » ne se verra pas appliquer de techniques particulières en début d'interactions, et les animaux connus pour se débattre ou être agressifs pourront se voir, dès le début des interactions, mettre une muselière, une collerette ou subir une contention par exemple. Comme le disait Sanders (1994a), les animaux dont le comportement est considéré comme « compliqué » voire « dangereux » sont identifiées, et cela est notamment inscrit dans leur dossier. Cela façonne durablement les interactions au cours des soins, dont témoigne cet extrait de mon carnet de terrain portant sur une consultation avec un chat bien connu pour son caractère agressif dans la clinique des Compagnons :

*« Il est 17h00 et Léa reçoit en consultation un chat avec sa propriétaire. Elle appelle directement Chloé pour que celle-ci rentre dans la salle de consultation avec elle. La propriétaire pose son chat sur la table d'auscultation. Chloé le caresse quelques instants, et puis place une couverture sur lui et le maintient afin que l'animal ne bouge pas. Léa palpe l'abdomen du chat sous la couverture, qui est maintenu par Chloé. La propriétaire explique qu'elle pense que son chat a ingéré quelque chose. Léa dit à la propriétaire que son abdomen est très tendu et qu'il faudrait faire une radiographie. »*

Toutefois, cet apprentissage de l'animal et de ses réactions n'est pas figé, il peut évoluer dans le temps, au gré des transformations comportementales de l'animal. En effet, bien que les soignant.e.s puissent analyser les comportements de l'animal et déduire la façon dont il va réagir, ces comportements peuvent changer au cours de son suivi sur le long terme. Les propos de Sophie sont tout à fait éclairants à ce sujet :

*« On a aussi les animaux, qu'on voyait par exemple que pour les vaccins une fois par an qui voulaient nous mordre à chaque fois. Et puis ces chiens-là, il y en a qui ont eu des graves maladies à qui on a dû faire des soins et qui, par ces soins qui ont duré très longtemps, ont complètement changé leur attitude et qui sont devenus maintenant très attachés à nous et on n'a même plus besoin de les museler, on a une confiance en eux. Et puis il y en a d'autres malheureusement qui étaient sympas et puis il leur arrive quelque chose, et du coup on est obligé de faire des soins et ça passe par des choses pas sympas et on perd le caractère sympa de l'animal et il y en a pour qui c'est irréversible. » (Sophie, 47 ans, AV).*

Sophie montre que certains animaux qui étaient autrefois considérés comme « dociles » peuvent devenir compliqué à toucher et manipuler, car l'animal a reçu certains soins qui ont ensuite changé la trajectoire de ses comportements en clinique vétérinaire. À l'inverse, certains animaux, autrefois agressifs ou fuyants, peuvent, au cours de leur prise en charge, en hospitalisation notamment, devenir « dociles ». Il faut donc apprendre quel est le comportement de l'animal, tout en s'adaptant à ses évolutions possibles.

D'autre part, connaître l'animal soigné a un réel intérêt médical pour les soignant.e.s. Lorsqu'un animal est suivi régulièrement par un.e même vétérinaire, ou du moins dans la même clinique, cela permet d'établir une continuité dans le suivi médical et de comparer son état de santé actuel à ses états antérieurs, qu'ils aient été observés sur une longue période (hospitalisation) ou plutôt ponctuellement :

*« Quand c'est un animal qui débarque comme ça et qu'on n'a jamais vu, on est presque obligé de redémarrer depuis le début. C'est plus complexe de tout découvrir et en plus de devoir trouver la bonne solution. Alors que quand on sait déjà qu'il allait bien sur beaucoup de sujets, ou qu'il avait déjà une petite fragilité, et tout d'un coup on le voit justement dans cette fragilité-là, on réfléchit différemment aux symptômes. Si je découvre un souffle cardiaque sur un animal, c'est important de savoir que la fois dernière je ne l'entendais pas. Si je l'entends maintenant, c'est que c'est nouveau. Donc je ne l'interpréterai pas de la même façon. » (Laurent, 50 ans, vétérinaire associé).*

Ainsi, les symptômes qu'éprouve un animal ne seront pas interprétés de la même façon s'il est ausculté par un soignant.e pour la première fois ou non, car ils peuvent, ou pas, être comparés à un état de santé passé. Ces symptômes n'auront donc pas la même implication pour la santé de l'animal, et ils ne seront pas pris en charge de la même façon. Le.la soignant.e peut en effet faire, dans ce cas, un *travail biographique* (Strauss & al., 1985, p.137) : iel peut reconstruire la trajectoire de santé de l'animal à partir d'éléments connus à son propos et analyser les symptômes à la lumière de ces éléments.

De plus, les soignant.e.s expliquent qu’iels peuvent prendre en charge les animaux de façons plus « rapide » lorsqu’iels connaissent l’animal soigné, car les symptômes présents étant comparés à ses antécédents médicaux, cela permet de réduire le champ des possible et d’avoir une hypothèse explicative de façon plus rapide. Les soignant.e.s retiennent les sensibilités ou les problèmes de santé auxquels sont exposés leurs patients, et iels se servent de ces informations pour le travail de diagnostic, qui s’en verra alors facilité. La prise en charge est également plus « rapide » car les soignant.e.s reconnaissent davantage les « signaux d’alerte de douleur » de l’animal, ce qui permet de porter plus rapidement attention à certains de leurs comportements. Finalement, iels connaissent leur environnement domestique et leur mode de vie avec davantage de détails, ce qui facilite également la prise en charge médicale de l’animal.

### **3) Le domicile comme lieu d’extension du soin : ajuster le soin à la relation animal-proprétaire**

Ce qui est également intéressant, c’est que la frontière entre les soins à domicile et les soins en clinique est continuellement négociée en fonction des contraintes posées par l’animal. En effet, la prise en charge médicale des animaux en clinique vétérinaire va être tributaire, non seulement du comportement des animaux en clinique, mais aussi de leurs comportements au sein du foyer, et donc de la façon dont ils se comportent avec leurs propriétaires lorsque des soins doivent être pratiqués à domicile. Les soignant.e.s doivent donc non seulement s’adapter au comportement de l’animal lors des interactions qui se déroulent au sein de la clinique, mais aussi comprendre et s’adapter à la façon dont l’animal réagit lorsque ses propriétaires s’occupent de certains soins à domicile :

*« On décide avec les propriétaires, ensemble, en fonction de leurs capacités financières, émotionnelles, comment ils peuvent se débrouiller, s'ils peuvent faire les traitements à la maison ou pas, s'ils peuvent donner des comprimés, par exemple à leur chat. Il y a des chats qui ne peuvent pas être très bien convaincus de prendre des comprimés. Si on voit que ça ne marche pas, on a eu des clients qui n'ont pas réussi à donner des antibiotiques au chat, par exemple, ils doivent revenir et on fait un autre traitement injectable, par exemple, tous les deux jours. Donc on change un peu l'administration du traitement. » (Vasile, 55 ans, vétérinaire salarié).*

Les soignant.e.s doivent donc intégrer dans leur raisonnement thérapeutique la relation spécifique entre l’animal et son.sa propriétaire. Il s’agit donc d’observer l’animal à la clinique mais également de prendre compte de son comportement au domicile, à partir des récits des propriétaires. Ainsi, cette compréhension de la dynamique interne au binôme animal-proprétaire permet d’ajuster en continu la répartition des soins entre clinique et domicile, selon la singularité de chaque cas. Il est donc nécessaire dans certains cas de faire régulièrement revenir un animal en clinique, plutôt que d’effectuer les soins à domicile, car il ne se laisse pas toucher et manipuler par son propriétaire (pour lui administrer un médicament, nettoyer une plaie, etc.).

## **CHAPITRE 3. Soigner jusqu'à la mort : la gestion quotidienne du décès animal**

### **1) La clinique vétérinaire comme lieu de vie et de fin de vie**

Comme l'ont souligné plusieurs travaux, la question décès des animaux fait partie intégrante du métier des professionnel.le.s du soin vétérinaire (Sanders, 1995 ; Rémy, 2009 ; Morris, 2009 ; 2012a ; 2012b). Les soignant.e.s sont régulièrement confronté.e.s à la mort, que ce soit pour des animaux inconnus pris en urgence, ou pour d'autres qu'ils suivent depuis des années, parfois depuis leur naissance. Cette confrontation fréquente à la mort est, en partie, tributaire de la durée de vie limitée des animaux, mais ne découle pas uniquement d'un facteur biologique. Il est également le résultat d'une certaine manière de concevoir et organiser le soin vétérinaire.

En effet, en médecine vétérinaire, le soin est majoritairement assuré du début à la fin par une même structure, souvent la clinique vétérinaire. En médecine humaine, les soins sont fragmentés entre cabinets, hôpitaux (pour des actes et pathologies plus complexes) et en unités de fin de vie (maison de repos et unités de soins palliatifs). Il en va différemment en médecine vétérinaire, où les animaux sont en général suivis, soignés, opérés, puis accompagnés en fin de vie par les mêmes soignant.e.s et dans une même structure. Bien que certains animaux soient parfois référés en CHV ou CVS pour des pathologies complexes, ils restent suivis en parallèle dans leur clinique habituelle. Cette continuité rend les cliniques vétérinaires centrales, à la fois pour les soins quotidiens et pour l'accompagnement jusqu'à la mort. Ce sont surtout les cliniques vétérinaires qui assurent cette continuité, car elles disposent de plus de ressources humaines et matérielles que les cabinets et car elles prennent en charge la majorité des soins, y compris le suivi quotidien. Les CHV et CVS interviennent plutôt pour des cas complexes ou des urgences, sans assurer le suivi de routine<sup>11</sup>. Dans ce cadre, les soignant.e.s en clinique sont aussi en première ligne pour accompagner les animaux jusqu'à leur fin de vie :

*« Moi je vois l'animal de sa naissance à sa mort, j'ai des rapports au moins annuels avec l'ensemble de mes clients. Quand vous êtes généraliste médecin, vous avez des patients de 3 à 90 ans. Le médecin, il va faire une carrière de 30-35 ans, il ne va pas voir tous ses patients partir. Nous, on a des animaux qui ont une espérance de vie d'une dizaine d'années. On va les voir deux fois par an, ça veut dire qu'une fois sur 20, on les voit pour la dernière fois. Notre confrontation à la mort, elle est beaucoup plus importante. Un urgentiste, quand il perd quelqu'un, il ne l'a vu qu'une fois ou deux. Nous, on les a vus, on les a suivis et on les voit mourir. » (Alain, 60 ans, vétérinaire salarié).*

Si certains animaux décèdent en clinique de façon naturelle, une grande partie meurent suite à une euthanasie, pratique courante et moralement acceptée en médecine vétérinaire, contrairement à la médecine humaine. Pour Sanders (1995), cette acceptation s'explique par la position ambivalente des animaux de compagnie, à la frontière des catégories socialement

---

<sup>11</sup> Les soignant.e.s en CHV et CVS sont également très régulièrement confronté.e.s à la mort, notamment dans le cadre des hospitalisations et des urgences, mais ces décès sont le plus souvent soudains. En clinique vétérinaire, en plus des décès soudains, les euthanasies programmées font partie du quotidien des soignant.e.s, puisque, comme explicité, les cliniques vétérinaires constituent des ESV qui assurent le suivi de routine et la continuité des soins sur l'ensemble de la durée de vie des animaux.

construites de personnes/êtres et de non-personnes/objets. Les soignant.e.s sont ainsi régulièrement amené.e.s à donner la mort à des animaux, parfois suivis depuis des années. Pourtant, la littérature tend à réduire le rapport au décès à la seule euthanasie, alors qu'il recouvre une diversité de situations : décès provoqués et non provoqués, à la clinique ou au domicile. Dans tous les cas, les corps sont ensuite placés en congélateur, en attente de leur prise en charge par une société d'incinération.

## **2) Quand la mort échappe au soin : les décès imprévus et la responsabilité professionnelle**

Les soignant.e.s sont fréquemment confronté.e.s à des décès non provoqués, survenus malgré les soins apportés. Cela concerne d'abord les animaux hospitalisés, retrouvés morts dans leur cage ou décédant pendant les soins. Ensuite, certains meurent en urgence, peu après leur arrivée en clinique. Lorsque l'animal est perçu comme étant dans un état de santé très préoccupant, les soignant.e.s vont tenter, en dernière instance, de le réanimer. Iels vont donc procéder à un massage cardiaque, une intubation, de la ventilation, et l'utilisation de molécules comme l'adrénaline ou l'atropine. Ce type de procédure peut s'avérer fructueuse, ou non. Cette procédure dure en général une vingtaine de minutes, au-delà de laquelle elle est arrêtée si elle reste infructueuse, contrairement à la médecine humaine où les tentatives se prolongent plus longtemps.

En outre, un autre type de décès qui est tout particulièrement marquant survient lors des anesthésies, lorsque l'animal fait un arrêt cardiorespiratoire. Ce type de décès survient le plus régulièrement lors de chirurgies de routine, comme les stérilisations, sur des animaux en bonne santé, bien qu'il puisse également survenir dans le cadre d'une chirurgie pratiquée sur un animal ayant un problème de santé conséquent (dans le cadre d'un retrait d'une tumeur par exemple). Dans ce cas, leur décès est moins surprenant, mais n'était tout de même pas anticipé. Ces décès sont souvent très mal vécus par les soignant.e.s, car ils concernent généralement des animaux en bonne santé, opérés pour des actes routiniers. Ce sont aussi des décès particulièrement complexes à annoncer aux propriétaires qui étaient, pour la plupart, non préparés au décès de leur animal, qui n'avait pas de problème de santé en particulier. Il s'agit alors de formuler une explication qui apaise les propriétaires, en insistant sur le fait que tout a été tenté, mais que la situation a évolué de manière inattendue. Les soignant.e.s sont conscient.e.s de ces risques et certain.e.s sont donc très vigilant.e.s lors des anesthésies et prennent un ensemble de précautions pour éviter tout décès :

*« Perdre un animal à l'anesthésie, ça va vraiment me perturber pendant plusieurs jours voire semaines. Ça va générer une remise en question des pratiques. Donc maintenant, par exemple, sur tous mes détartrages, je mets des cathéters. C'est vrai que j'ai des collègues qui n'en mettent pas, et du coup, ils contrôlent un petit peu moins ce qu'ils font. Ils pourront moins réagir vite s'il y a une complication et qu'il faut administrer de l'adrénaline ou de l'atropine en urgence, si le cœur s'arrête, parce qu'il y aura l'étape de pose de cathéter par laquelle ils devront passer et qui prendra un peu de temps. Pareil, sur des interventions bénignes comme les stérilisations, je mets toujours un*

*cathéter. Donc c'est des choses que tu apprends en fait, que tu apprends de tes erreurs. »  
Steve, 31 ans, vétérinaire collaborateur libéral).*

À ce titre, les AV jouent un rôle primordial, car ce sont iels qui sont chargé.e.s de surveiller l'état de l'animal durant son anesthésie (que ce dernier soit bien endormi et respire correctement), ainsi que leur réveil après les chirurgies.

### **3) La dernière piqûre : sens et tensions autour de l'euthanasie**

Les euthanasies sont un type de décès particulier, car elles impliquent une provocation volontaire de la mort par les soignant.e.s. La majorité sont programmées, à la demande des propriétaires, quand l'animal est âgé et souffrant. Sont jugées légitimes celles motivées par l'intérêt de l'animal (douleur, pathologie incurable). À l'inverse, les soignant.e.s refusent les euthanasies dites « de convenance », lorsque l'animal est en bonne santé, pour des raisons économiques ou pratiques (déménagement, perte d'intérêt, changements de mobilier dans le foyer, prix moins élevé que les soins, etc.) (Sanders, 1995 ; Rémy, 2009). Rémy (2009, p.95) ajoute que les soignant.e.s jugent également négativement les propriétaires qui afficheraient « explicitement un attachement trop fort à leur animal » et ferait preuve d'« acharnement thérapeutique » en refusant d'euthanasier un animal malade et souffrant.

Toutefois, toutes les vétérinaires ne recommandent pas l'euthanasie à la même fréquence. Dans les cliniques que j'ai pu observer, certain.e.s vétérinaires avaient la réputation de trop « s'acharner » sur les animaux, en repoussant le moment de l'euthanasie, et d'autres comme agissant trop tôt, sans avoir épuisé les options thérapeutiques. Les soignant.e.s n'ont donc pas une vision homogène du moment où il est souhaitable de procéder à une euthanasie. Ainsi, cet acte résulte d'une négociation entre les soignant.e.s et les propriétaires, ainsi qu'entre soignant.e.s, comme le montre cet extrait d'entretien où une AV explique chercher à orienter la décision de ses supérieures :

*« On a une vétérinaire qui va pousser peut-être plus que l'autre, mais qui va pousser trop, alors qu'il faudrait arrêter. Mais pousser l'animal jusqu'à ses limites, ça devient limite de l'acharnement en fait. Quand c'est comme ça, nous on essaye de lui glisser un petit mot pour dire : là, il faudrait peut-être voir avec les propriétaires et tout. Et l'autre, elle va plutôt vouloir arrêter trop tôt, sans trop essayer, par exemple. Et du coup, on se dit : peut-être qu'on peut laisser une chance à l'animal, voilà, on laisse 2-3 jours, on voit comment ça réagit. ». (Julie, 28 ans, AV).*

Une euthanasie suit généralement trois étapes. La première étape est l'injection anesthésiante via un cathéter, ce qui endort totalement l'animal. La seconde étape est l'injection létale, par voie intraveineuse ou intracardiaque, ce qui provoque le décès de l'animal. Dans un troisième temps, un temps d'adieu est proposé aux propriétaires, seul.e.s avec leur animal. Iels choisissent au préalable les différentes étapes auxquelles iels veulent assister. Pour ceux qui décide d'assister à l'injection létale, le.la vétérinaire les informe en amont des réactions que peuvent avoir l'animal (spasmes, émission d'urines et/ou de selles) en expliquant bien qu'il s'agit de réactions « mécaniques » et non des signes de souffrance. Bien qu'exceptionnels, certain.e.s propriétaires ne souhaitent pas être présent.e.s. Toutefois, depuis les années 1980, la tendance

est à une présence accrue des propriétaires lors de l'euthanasie, autrefois réalisées hors de leur vue (Bonnaud & Fortané, 2020).

Bien que la plupart des euthanasies soient programmées, certaines surviennent de manière soudaine, par exemple, lorsque l'animal est emmené en consultation ou est hospitalisé et que son état de santé pousse les soignant.e.s à en recommander l'euthanasie. D'autres ont lieu au cours de chirurgies, notamment lors de l'extraction de tumeurs plus graves qu'anticipé. Les propriétaires sont alors contacté.e.s pour décider, en concertation avec les soignant.e.s, s'il est préférable de ne pas réveiller l'animal.

L'euthanasie est considérée comme un acte complexe à réaliser car le décès de l'animal doit être activement initié par ces dernier.ère.s. Cet acte repose donc sur un renversement des repères habituels de la pratique soignante qui consiste en la préservation de la vie. Toutefois, l'euthanasie est également considérée comme une « chance » par les soignant.e.s, car elle leur permet d'abrégier les souffrances d'animaux « douloureux », en fin de vie et/ou atteint d'une maladie incurable (Morris, 2012a). Certain.e.s soignant.e.s considèrent ainsi que l'euthanasie est une « force » car dans leur métier il est possible d' « aider à faire partir » un animal dans de « bonnes conditions ». La mort n'est donc pas toujours perçue comme un échec, mais aussi comme une composante à part entière du soin.

#### **4) Les apprentissages émotionnels autour du décès animal**

Le rapport qu'entretiennent les soignant.e.s avec la mort des animaux n'est pas inné, il est appris, en partie durant la formation, mais surtout « sur le tas » par un apprentissage par les pairs au cours de leur carrière auquel iels apprennent à gérer leurs émotions au moment des décès ainsi que dans leur vie personnelle.

D'une part, leur est appris qu'au cours d'une euthanasie, il est nécessaire de faire preuve de « retenue » et de ne pas exposer leurs émotions aux propriétaires (Irvine & Vermilya, 2010 ; Morris, 2009 ; 2012a). Il n'est pas socialement réprimé d'exprimer des émotions comme la tristesse durant les euthanasies, mais ces émotions ne doivent être exprimées devant les propriétaires :

*« Le premier jour que j'avais fait à la clinique il y a eu une euthanasie et bah j'avais pleuré littéralement. Mais du coup, ce qu'on m'a appris, c'est qu'il ne faut jamais, entre guillemets, prendre le deuil de la personne, c'est-à-dire pleurer devant les propriétaires parce que c'est leur deuil à eux. » (Léna, 19 ans, AV en alternance).*

Ainsi, si les soignant.e.s sont amenés à éprouver l'envie de pleurer, iels attendent d'être en dehors de la salle de consultation et que les propriétaires soient parti.e.s. Ce contrôle des émotions est perçu comme une marque de professionnalisme. Comme l'explique Hochschild (1983), les professionnel.le.s doivent parfois contenir leurs émotions car leur expression est modulée par le cadre, le public présent et leur posture professionnelle. Il est donc légitime ou non, selon les situations, de montrer ses émotions. Il est légitime de briser cette convention uniquement en cas d'un lien d'interconnaissance et de proximité important avec les propriétaires et l'animal (Hamilton & Taylor, 2013) :

*« C'est assez rare quand même qu'on se mette à pleurer avec les propriétaires, ça arrive de temps en temps quand c'est des gens qu'on suit depuis des années, des animaux qu'on connaît très bien, qu'on connaît leur histoire. Mais sinon en règle générale on essaye de rester calme et d'être professionnelles jusqu'au bout. » (Eleonore, 25 ans, AV).*

D'autre part, les soignant.e.s apprennent à gérer les émotions que peuvent générer les décès d'animaux en clinique dans leur vie personnelle. Comme l'avait observé Sanders (2010), les soignant.e.s élaborent et/ou apprennent des techniques de protection émotionnelle. Iels parlent alors volontiers d'apprendre à se « distancier » et à se « détacher » du décès des animaux une fois à leur domicile, afin d'éviter que ces événements n'empiètent sur leur santé mentale. Iels sont alors très touchés au début de leur carrière par l'ensemble des décès, auxquels ils peuvent penser parfois pendant plusieurs jours à semaines, y compris à leur domicile. Mais au fur et à mesure du temps, iels apprennent à créer une forme distance vis-à-vis de ces décès, afin de ne pas y penser une fois sorti de leur lieu de travail. Ainsi, les soignant.e.s effectuent une forme de *retrait émotionnel* de façon à éviter une usure affective provoquée par une sollicitation trop importante d'émotions dans la pratique quotidienne de leur métier (Hochschild, 1983).

Toutefois, cela ne veut pas dire qu'iels arrivent à appliquer cette distanciation émotionnelle à chaque décès. Ainsi, iels peuvent être particulièrement touché.e.s par le décès d'animaux qu'iels affectionnent particulièrement et qu'iels considèrent comme leur « chouchous » et y penser une fois rentré.e.s chez eux :

*« Il y a certains animaux ça va nous toucher plus que d'autres, parce qu'il y a des petits chouchous. Quand ils partent, ça fait quelque chose. Mais on essaye de garder un minimum de distance. Et puis, si on prend trop à cœur chaque fin de vie aussi, je pense qu'après, on ne vit plus. Ça nous bouffe. On sort, on arrive dans la voiture, on a envie de pleurer, quoi. Après, avec le temps, on arrive à créer un certain détachement, je dirais, pour pas effectivement être trop atteinte par chaque fin de vie. Mais il y en a toujours qui nous feront plus mal que d'autres. » (Camille, 28 ans, AV).*

Cet apprentissage de la distanciation passe notamment par un enseignement de la part de pairs dont la carrière est plus avancée (Morris, 2012a ; 2012b). J'ai pu observer certain.e.s conseiller aux plus novices de penser davantage aux nombres d'animaux sauvés qu'aux animaux décédés, afin de penser au positif. D'autres leur conseillent d'avoir une ou plusieurs activités en dehors du travail afin de pouvoir se « lâcher », comme des activités sportives ou artistiques. Il ne s'agit toutefois pas d'apprendre aux novices de ne pas être attristé.e.s par les décès des animaux. En effet, le fait de ne pas être touchés par ces événements est perçu dans la profession comme le signe qu'il ne faut pas ou plus pratiquer ce métier. L'enjeu n'est pas de ne pas ressentir, mais de savoir faire la part des choses entre le travail et la vie privée, de façon que les émotions négatives qui peuvent être ressenties dans la clinique ne se prolonge pas (trop) au domicile.

### **Conclusion de cette partie**

Ainsi, si les relations avec les propriétaires façonnent les pratiques des soignant.e.s et leur façon d'interagir avec les animaux, c'est également à travers des formes partagées de rapports aux animaux que se structure leur ethos professionnel. En clinique vétérinaire, les animaux sont

appréhendés à la fois comme des corps à soigner, des individus à comprendre de façon individuelle et avec lesquels il faut composer et négocier. Cette posture implique des compétences techniques, qui permet le *travail technique*, mais aussi des compétences relationnelles et émotionnelles, permettant le *travail sentimental*, car l'animal est pensé comme un être sensible, partenaire singulier du soin, dont le soin demande un savoir-faire gestuel, une capacité d'observation fine et un sens de l'adaptation. À travers la valorisation de qualités telles que la douceur, la patience, la capacité d'individualisation et l'apprentissage relationnel, les soignant.e.s construisent ainsi un rapport spécifique aux animaux, traversé par des normes, des expériences et des ajustements permanents. Cette attention portée à la relation à l'animal se prolonge dans le cadre de la fin de vie, les soignant.e.s étant en première ligne dans l'accompagnement de la mort des animaux de compagnie. Le soin vétérinaire demande donc une gestion spécifique de cette fin de vie, avec des formes de distanciation, de tact et de retenue.

## **PARTIE III – SOIGNER OU S’ATTACHER ? TYPOLOGIE DES SOIGNANT.E.S ET VARIATIONS CONTEXTUELLES**

### **CHAPITRE 1. Une typologie wéberienne des soignant.e.s : reprise et dépassement de Véga et Rollin**

Comme exposé précédemment, les interactions entre soignant.e.s et animaux en clinique vétérinaire canine reposent dans un ethos professionnel commun. Néanmoins ces interactions varient également, selon des *logiques d’action différenciées* qui donnent lieu à différents *styles professionnels*. J’ai ainsi élaboré, dans une perspective wéberienne, une typologie de soignant.e.s fondée des figures idéales-typiques construites à partir de régularités observées (Weber, 1959). Il s’agit ici de rendre intelligible la diversité des comportements et rationalités à l’oeuvre. Deux grandes catégories se dégagent : les *soignant.e.s relationnel.le.s* et les *soignant.e.s technicien.ne.s*. Cette typologie s’inspire des travaux de Véga (1997, 1998) sur les infirmières hospitalières, et sur ceux de Rollin (1999) sur les vétérinaires. Je m’appuie également sur les apports théoriques de Weber (1971) et de Boltanski et Thévenot (1991) afin de mettre en lumière les logiques d’action propre à chaque catégorie.

#### **1) Des soignant.e.s “gaga” ? Des figures du soin relationnel**

À l’instar des infirmières relationnelles de Véga (1997, 1998) ou du vétérinaire pédiatre chez Rollin (1999), les soignant.e.s relationnel.le.s se distinguent par un fort engagement émotionnel envers leurs patients animaux. Leurs interactions dépassent la stricte prise en charge médicale : iels cherchent aussi à établir un lien affectif au travers de gestes et paroles qui relèvent du registre relationnel sans visée instrumentale (donc qui s’inscrivent en dehors du *travail sentimental*). Iels prennent par exemple du temps pour caresser et s’adresser aux animaux durant les temps de pause. Comme en témoigne cet extrait ethnographique, une chienne hospitalisée a été gardée hors de sa cage, entourée et câlinée tout au long de la journée, jusque dans la salle de pause :

*« Ce matin, les soignantes ont réalisé une radiographie sur une chienne qui leur léchait le visage pendant qu’elle la tenait, ce qui les faisait rire. Plutôt que de la remettre en cage après son examen, elles l’ont gardé avec elles en salle de préparation et venaient ponctuellement lui faire des caresses, des baisers sur la tête et s’adresser à elle. Pendant la pause déjeuner, elles l’ont remise en cage, mais l’entendant gémir et pousser des petits cris depuis la salle de pause, elles sont allées la chercher et l’ont gardée auprès d’elles. Elles l’ont beaucoup caressée, et la chienne s’est finalement endormie à leurs pieds. Ensuite, elles ont repris leurs consultations vers 15h00 et ont gardé la chienne en salle de préparation jusqu’à ce que ses propriétaires viennent la rechercher. Elles lui faisaient régulièrement des caresses et lui parlait entre plusieurs tâches ou consultations. »*

Leur douceur et leur patience sont importantes, et ne faiblissent pas en l’absence des propriétaires. C’est même parfois le contraire : iels peuvent accentuer leurs interactions relationnelles avec les animaux en l’absence des propriétaires, car iels disent se sentir libres

d'être « gaga » avec eux, sans être jugé.e.s. Voici un exemple d'interactions entre soignant.e.s relationnel.le.s et animaux en l'absence des propriétaires :

*« Sophie et Catherine s'occupent d'une chatte hospitalisée dans la clinique à qui elles tentent de mettre un cathéter. La chatte miaule, et Sophie lui dit : « moh ma minette... Je sais que tu as mal ». Catherine lui fait alors des baisers sur la tête, la caresse et est ensuite imitée par Sophie. Catherine pose le cathéter sur l'animal qui gémit. Elle lui dit « oui chouchou, je sais », et Sophie rajoute « on va l'enlever la collerette après, ne t'inquiète pas minette » ; « tu nous as fait peur, ça allait beaucoup mieux samedi et là tu nous fais encore du soucis ! ». Catherine remet la chatte dans sa cage tout en la caressant et en lui faisant des baisers. » (Clinique vétérinaire du Parc, 12/12/2024).*

Ces pratiques incarnent des *actions rationnelles en valeur* (Weber, 1971), car elles ne visent pas uniquement l'efficacité technique, mais s'ancrent aussi dans des valeurs comme la douceur, la patience ou l'attachement. Le soin devient ainsi l'expression d'une conception relationnelle du lien aux animaux, où ceux-ci sont reconnus comme des sujets d'attention. Cela les inscrit dans ce que Boltanski et Thévenot (1991) appellent la  *cité domestique*, centrée sur la proximité, la fidélité et l'attention aux êtres. Dans certains cas, leurs actions relèvent aussi de la  *cité de l'inspiration* (Boltanski & Thévenot, 1991), lorsqu'ils performant des *actions affectuelles* (Weber, 1971) c'est-à-dire guidées par une émotion spontanée (par exemple, lorsqu'ils manifestent un attachement fort à certain.e.s patients allant jusqu'à refuser de pratiquer leur euthanasie).

Cette catégorie n'est pas homogène : elle comprend deux sous-groupes selon les techniques employées face aux animaux difficiles et le rapport à la douleur. On y observe aussi des variations dans la hiérarchie morale entre humains et animaux, certain.e.s les pensant moins importants, d'autres quasiment ou presque aussi importants que les humains, bien que toutes les considèrent comme dignes de considération.

La première sous-catégorie regroupe des soignant.e.s d'au moins cinquante ans, majoritairement des femmes. D'une part, face à des animaux fuyants ou agressifs, ils privilégient la contention ferme à l'anesthésie ou au report du soin, donnant la priorité à l'accès au corps et au traitement médical. Dans ce cadre, l'aspect émotionnel des patients est uniquement pris en compte afin de rendre le travail technique réalisable. D'autre part, si l'anesthésie est utilisée pour les actes lourds ou très douloureux (chirurgies ou incisions conséquentes de l'animal), elle n'est pas systématiquement mobilisée pour de petites interventions, comme de petites incisions, contrairement aux pratiques de collègues plus jeunes. L'extrait suivant en témoigne : une vétérinaire incise plusieurs kystes sans anesthésie sur un chien maintenu par sa propriétaire, justifiant ce choix par l'inutilité de "l'endormir pour ça", malgré les gémissements de l'animal :

*« Catherine touche le corps de l'animal et dit à sa propriétaire qu'il y a une petite grosseur au niveau de sa cuisse. Elle dit alors « on se couche ! » et couche le chien sur le côté. Elle regarde la grosseur de plus près et conseille de l'inciser pour expulser son contenu et le faire analyser. La propriétaire accepte. Catherine rase la cuisse du chien, qui commence à se débattre, et elle appelle donc Clara pour aider la propriétaire à le*

*tenir. Catherine insère une aiguille dans la grosseur, le chien aboie. Elle lui dit « roh ! Tu as mal ? ». Elle explique que c'est un kyste et qu'il faudrait inciser avec une lame car l'aiguille est trop petite. Elle explique que « si je fais un coup de lame, il va crier et il faudra que je mette une agrafe, mais c'est débile de l'endormir pour ça ! ». Elle incise alors le kyste, l'animal gémit. ». (Clinique vétérinaire du Parc, 19/12/2024).*

La deuxième sous-catégorie regroupe des soignant.e.s plus jeunes, entre 20 et 40 ans, majoritairement des femmes, mais comprend aussi des soignant.e.s masculins. D'une part, iels évitent les contention fermes avec les animaux fuyants ou agressifs, leur préférant l'anesthésie, la sédation légère ou le report du soin, afin de préserver l'état émotionnel de l'animal. Iels prennent du temps pour réaliser le *travail sentimental*, mais tentent de réaliser le *travail technique* considéré comme « embêtant » pour l'animal (comme la contention par exemple) plutôt rapidement. Iels considèrent qu'il est important de minimiser l'impact émotionnel de soins sur les patients. À ce titre, les contentions fermes sont perçues comme « brutales », voire « traumatisantes », et sont donc évitées.

D'autre part, iels prennent en charge la douleur de façon préventive : toute incision ou signe de souffrance (abolements, gémissements) justifie alors l'anesthésie locale ou générale, contrairement à leur usage moins systématique de leurs collègues plus expérimenté.e.s.

## **2) L'affection comme jeu de surface et nécessité technique : les soignant.e.s technicien.ne.s**

À l'instar des infirmières techniciennes de Véga (1997, 1998) et des vétérinaires mécaniciens chez Rollin (1999), les soignant.e.s technicien.ne.s limitent leurs interactions aux gestes nécessaires à la prise en charge médicale, ce qui leur vaut d'être perçu.e.s comme « distant.e.s » par leurs collègues. Leurs interactions avec les animaux se concentrent sur le *travail technique* et le *travail sentimental* nécessaire à la mise en accessibilité du corps. Ainsi, leurs *interactions relationnelles* sont souvent restreintes à la phase introductive des échanges. L'établissement d'un lien émotionnel n'est pas recherché, comme l'illustre Steve :

*« J'ai un rapport principalement médical avec les patients. Donc, c'est beaucoup basé sur le rationnel, peut-être moins sur l'émotionnel. L'aspect émotionnel m'intéresse un peu moins, tu vois, alors pas parce que je suis insensible, mais parce que ce n'est peut-être pas forcément ça qui me fait vibrer. Mais ce n'est pas parce que j'ai un rapport plus rationnel, qui peut paraître plus froid, que je ne les respecte pas et que je ne peux pas comprendre qu'il faut se comporter de telle ou telle façon avec ces animaux. Moi, je ne suis pas forcément cat-friendly par instinct, mais je le suis par nécessité, parce qu'un chat qui va être plus détendu, c'est un patient qui va pouvoir être mieux médicalisé, qui va être plus compliant aux soins. » (Steve, 31 ans, vétérinaire collaborateur libéral).*

Devant les propriétaires, iels adoptent un comportement plus doux et patient avec les animaux. Comme nous l'avons vu précédemment, toutes les soignant.e.s réalisent un *travail émotionnel* (Hochschild, 1983) en présence des propriétaires, mais ce travail est tout particulièrement prononcé chez ces soignant.e.s car iels performant un rôle qui ne va pas de soi. Iels font donc preuve d'un *jeu de surface* (Hochschild, 1983, p. 33) : iels simulent une émotion et ajustent leur

façon de se comporter sans modifier leur état intérieur. Ce jeu est particulièrement difficile pour les soignant.e.s plus âgé.e.s qui ont dû s'adapter aux changements des attentes des propriétaires au cours de leur carrière.

Les technicien.ne.s incarnent des *actions rationnelles en finalité* (Weber, 1971) car iels visent l'efficacité du soin technique, en mobilisant les moyens les plus appropriés, y compris un usage minimal du *travail sentimental*. Iels s'inscrivent donc principalement dans la  *cité industrielle* (Boltanski & Thévenot, 1991), centrée sur l'efficacité, la compétence et l'optimisation des moyens en vue de certaines fins. Toutefois, iels partagent aussi certaines valeurs issues de la  *cité domestique* (tout comme les soignant.e.s relationnel.le.s), comme la fidélité (des propriétaires) et la confiance (dans la relation soignant.e-patient-propriétaire).

En cas de décès, iels se disent éprouver de la tristesse et de l'empathie pour les propriétaires (tout comme les relationnel.le.s), mais expriment peu de tristesse pour les animaux eux-même. De plus, iels abordent davantage les décès liés à l'anesthésie, perçus comme des échecs techniques lourds à porter.

Comme chez les soignant.e.s relationnel.le.s, cette catégorie se divise en deux sous-groupes selon leurs pratiques face aux animaux difficiles et à la douleur. La première catégorie regroupe majoritairement des hommes expérimenté.e.s (autour de 50 ans ou plus). Tout comme les soignant.e.s technicien.ne.s du même âge, ils privilégient la contention ferme à la sédation, l'anesthésie ou au report du soin face aux animaux fuyants ou agressifs. De plus, iels réalisent plus souvent des actes sans anesthésie que leurs homologues plus jeunes.

Toutefois, contrairement aux soignant.e.s relationnel.le.s, iels sont moins doux et font preuve de moins de patience. Ils écourtent le  *travail sentimental* en début d'interaction et « perdent patience » face à ces animaux difficiles à manipuler. Parfois qualifiés de « brusques » par leurs pairs, iels manipulent les animaux avec d'avantage de rapidité et de fermeté. Certains justifient parfois des gestes violents comme moyen « naturel » d'éducation animale à l'image de ce vétérinaire :

*« La grande mode, c'est l'éducation positive, il faut dire non à son chien, il ne faut pas lui mettre de claque. Moi, je suis plus pour mettre une claque à un chien, si nécessaire. Beaucoup de gens disent « non, non, non. »... Alors eux, ils savent qu'ils disent, non, mais le chien, il ne le perçoit pas quand vous le dites gentiment. Mais dans la nature, les animaux, ils se mettent des beignes, hein ! » (Antonio, 60 ans, vétérinaire associé).*

À ce titre, plusieurs de mes enquêté.e.s ont rapporté avoir vus des vétérinaires de cette catégorie frapper des animaux jugés peu « dociles ».

La seconde sous-catégorie regroupe des soignant.e.s technicien.ne.s plus jeunes (entre la vingtaine et la quarantaine) et majoritairement des hommes. Comme leurs homologues relationnel.le.s de la même tranche d'âge, iels privilégient l'anesthésie, la sédation ou le report des soins face à des animaux fuyants ou agressifs et accordent une grande importance à la gestion de la douleur. Iels considèrent l'état émotionnel de l'animal comme un enjeu à part entière, ce qui implique que leurs *actions rationnelles en finalité* sont négociées et combinée à une forme de *rationalité en valeurs* (Weber, 1971 ; Colliot-Thélène, 2011) puisqu'iels intègrent

des éléments axiologiques venus de transformations culturelles plus larges dans le rapport aux animaux.

Cette sous-catégorie est toutefois hétérogène. En effet, les soignant.e.s typiquement masculins de cette catégorie se montrent moins doux et patients, et plus rapides que les femmes de cette catégorie, qui font preuve d'un niveau de douceur et de patience égalitaire aux soignant.e.s relationnel.le.s. À la différence des hommes de la même catégorie, ces femmes, comme le fait Elise, considèrent les animaux comme des êtres dont le statut moral est (presque) égal à celui des humains, et mettent alors en place des barrières émotionnelles pour se protéger :

*« E : Personnellement, ce n'est pas que je ne fais pas distinctions entre humains et animaux mais je dirais presque. Mes animaux à moi, c'est vraiment, c'est des membres de la famille. Je les considère un peu comme mes enfants. Je suis ultra-sensible avec les animaux. C'est pour ça que je mets aussi des barrières à la clinique, parce que je sais comment je peux être.*

*P : Donc à la clinique, tu te mets une barrière avec les animaux ?*

*E : Oui, j'essaie. J'essaie de pas m'attarder, de dire « oh il est mignon... ». J'ai une énorme barrière. Et d'ailleurs, avec les animaux qu'on a en hospitalisation, j'adore les animaux mais c'est vrai que j'essaie de pas trop m'y attacher s'ils restent longtemps parce que sinon, je sais que ça va être compliqué pour moi. » (Elise, 32 ans, AV).*

Cette posture contraste avec celle d'autres technicien.ne.s de la même catégorie, souvent plus âgé.e.s et masculins, qui affirment plus nettement la supériorité morale des humains, comme le souligne Sébastien :

*« Les gens ont changé un peu le rapport à leur animal. Maintenant il y en a même qui exagèrent un peu. Après, je comprends hein, que tu sois triste. Mais perdre un lapin nain, pour moi, ce n'est pas la même chose que perdre un enfant. Je ne mets pas les deux choses sur le même plan. Et je pense qu'il y a des gens qui font un peu l'amalgame. Mais moi, je ne le conçois pas. Je suis triste aussi quand je les perds, mais honnêtement, à choisir entre un lapin nain et ma fille, je préfère qu'il arrive un truc à mon lapin nain quoi, hein. » (Sebastien, 40 ans, vétérinaire salarié).*

## **CHAPITRE 2. Formé.e.s pour soigner, éduqué.e.s pour ressentir : les socialisations différenciées des soignant.e.s**

Durant mon enquête, j'ai également cherché à comprendre comment il était possible d'expliquer ces différentes catégories et sous-catégories de soignant.e.s. Comme je l'ai montré, les soignant.e.s ne partagent pas toutes la même façon d'agir, de percevoir et de juger leurs situations de travail. Il est à ce titre intéressant de mobiliser le concept de *socialisation*, puisque les soignant.e.s agissent, dans le cadre de leur travail, en fonction de façons de faire, de penser et d'être qui sont situées socialement et intériorisée au cours d'un processus de conditionnement particulier (Darmon, 2006). Comme je vais le montrer, les soignant.e.s incorporent certaines dispositions durant la *socialisation primaire et secondaire*, qui orientent leurs comportements au travail.

## **1) Apprendre à soigner : la fabrique professionnelle du geste vétérinaire**

Comme nous l'avons vu, les soignant.e.s plus novices et plus expérimenté.e.s se distinguent dans leur façon d'interagir avec les animaux qui sont considérés comme non « dociles », ainsi que leur façon de percevoir et de prendre en charge la douleur de leurs patients. Les discours des soignant.e.s mettent en avant un processus de *socialisation professionnelle différenciée* entre les soignant.e.s plus âgé.e.s et plus jeunes, acquis en école supérieure. À partir des travaux de Hughes (1981) et dans les prolongements des travaux de Dubar (2022), la socialisation professionnelle peut être comprise comme le processus par lequel les professionnel.le.s intériorisent des normes, des valeurs, des savoirs et des pratiques propres à une profession, qui nécessite initiation et ajustements. C'est donc une forme de socialisation secondaire, qui survient à l'âge adulte (Berger & Luckmann, 1986). L'idée ici n'est pas de dresser de façon exhaustive la façon dont se déroule la socialisation professionnelle des soignant.e.s et la façon dont elle a pu évoluer au cours du temps. Il s'agit plutôt de montrer les éléments de socialisation professionnelle qui ont pu évoluer au cours du temps et qui expliquent les différents styles professionnels que j'ai pu observer.

Premièrement, j'ai pu remarquer qu'il existait une différence dans la façon dont avait été enseigné aux soignant.e.s la place de l'animal de compagnie au sein des familles, et, plus globalement, le statut moral à attribuer à ces derniers. En effet, les soignant.e.s plus âgé.e.s m'ont expliqué qu'il leur avait été enseigné qu'il fallait rester conscient que les animaux de compagnie restent des animaux auxquels il faut éviter d'appliquer de l'*anthropomorphisme*, c'est-à-dire de les considérer au même titre que d'autres humains faisant partie de l'espace domestique, en particulier comme l'enfant. Maëlle, une vétérinaire de 28 ans, résume ainsi la différence de conception de l'animal de compagnie entre ses anciens lieux de travail, où elle travaillait avec des vétérinaires moins âgé.e.s, et l'une de ses expériences professionnelles avec un vétérinaire d'un âge plus avancé :

*« Les deux dernières cliniques où j'ai travaillé, on n'était plus sur l'esprit animal de compagnie, petit membre de la famille, donc très proche de l'humain, frontière un peu difficile, plus floutée, sur la distinction entre humain et animal dans une famille. Mais, dans une clinique une autre clinique où j'ai travaillé, où j'étais avec un vieux vétérinaire, mouais... La place de l'animal, c'était vraiment bien en dessous de l'homme. Le rapport n'était pas le même. Le rapport de dominant, de domination, il faut qu'il reste à sa place, c'est un animal, c'est qu'un animal. Ça, ce n'est pas quelque chose que j'ai retrouvé récemment, et que de toute manière je n'ai pas envie de le retrouver. »  
(Maëlle, 28 ans, vétérinaire salariée).*

Concernant la manière dont iels considèrent qu'elleux-même et les propriétaires doivent interagir avec les animaux de compagnie, iels mettent en avant l'idée selon laquelle il serait important de « dominer » en partie l'animal, en conservant une forme de « hiérarchie » avec ces dernier.ère.s, ce qui demande parfois de « faire preuve d'autorité » s'iels ne sont pas dociles :

*« Une vétérinaire d'une cinquantaine d'années, en dehors de l'équipe soignant.e, se rend à clinique pour assurer une consultation comportementale. Elle s'occupe d'un*

*couple et leur fils qui éprouvent des difficultés à promener leur chienne qui refuse de sortir. Elle leur explique que l'important est de comprendre que les propriétaires sont les « rois et reines » et que leurs animaux doivent « rester » les « favoris du roi et de la reine ». Elle continue en disant qu'ils doivent rester en position de « donner des ordres », ce qui est essentiel. Ainsi, elle leur conseille diverses techniques afin qu'ils puissent réaffirmer leur « supériorité » par rapport à leur animal : la faire manger après elle et non avant, ne pas la faire manger dans la même pièce, ne pas mettre son panier à jouets à sa portée afin qu'ils soient ceux en position de choisir quand elle a le droit de jouer, et de la regarder au-dessus des yeux, et non dans les yeux afin de montrer leur « sévérité ». » (Clinique vétérinaire Médianimal, 26/09/2024).*

De plus jeunes soignant.e.s technicien.ne.s, notamment masculins, axent également leurs discours sur l'idée que les animaux humains restent davantage important d'un point de vue moral que les humains. Toutefois, iels ne formulent pas des idées similaires à celles que je viens d'évoquer, à savoir de devoir conserver un rapport de « hiérarchie » dans nos interactions avec les animaux de compagnie.

Deuxièmement, la question de la prise en charge de la douleur est devenue centrale dans la formation des soignant.e.s il y a quelques dizaine d'années. D'une part, seulement certaines catégories d'animaux étaient auparavant considérées comme pouvant ressentir la douleur. Ainsi, par exemple, des soignant.e.s plus âgé.e.s m'ont expliqué avoir appris durant leur formation que les jeunes animaux, comme les chatons et chiots, ne ressentaient pas la douleur. D'autre part, la douleur n'était une donnée enseignée comme devant être systématiquement évaluée et prise en charge selon chaque animal, ce qui est le cas à l'heure actuelle :

*« L'animal, s'il est... On fait tout pour le décontracter, on prend vraiment en charge la douleur, chose qu'on ne faisait pas il y a 20 ans. Quand je suis sortie d'école il y a 30 ans, on ne le faisait pas. Il y a 20 ans, on a commencé à en parler. Maintenant, c'est vraiment une priorité. Le confort de l'animal et la douleur, c'est vraiment une priorité dans les soins. On ne peut pas lui faire faire des soins douloureux sans tranquillisation, sans morphine, sans anesthésie. C'est vraiment devenu, d'un point de vue éthique la première chose la douleur. » (Patricia, 55 ans, vétérinaire associée).*

Cette évolution de l'importance donnée à la gestion de la douleur explique pourquoi j'ai pu observer une différence de sa prise en charge entre soignant.e.s plus âgés et plus jeunes. Comme a pu également le documenter Degeling (2009), la place de la douleur dans la médecine vétérinaire a changé. Autrefois, la douleur était considérée par les vétérinaires comme des signes physiques et non une expérience de souffrance en tant que tel, la douleur n'étant pas considérée comme une expérience émotionnellement dommageable pour l'animal. À présent, les animaux sont perçus comme ayant une vie mentale et émotionnelle, et, de fait, la douleur est traitée par défaut, sans l'attente de signes objectifs, car elle est considérée comme une expérience émotionnelle en tant que tel (Degeling, 2009). Les soignant.e.s novices font l'objet d'un enseignement qui présente la douleur comme un élément central à contrôler pour l'ensemble des patients qui sont susceptibles de ressentir de la douleur durant les soins. Ainsi, la question de prendre en charge adéquatement la douleur des animaux au sein de leur clinique était une thématique importante de leurs discours. Selon Degeling (2009), ce changement

viendrait, d'une part, de l'évolution de la médecine vétérinaire, avec la mise en place de traitements inspirés de la médecine humaine, impliquant une reconnaissance de la douleur, et le développement d'outils de gestion de la douleur ; et, d'autre part, d'une adaptation des soignant.e.s aux attentes des propriétaires qui refusent à présent la douleur chez leurs animaux.

Néanmoins, il serait erroné de penser que les soignant.e.s plus âgé.e.s exercent de la même façon depuis le début de leur carrière. En effet, la *socialisation professionnelle* évolue au cours des expériences professionnelles (Dubar, 2022) et, ce qui est particulièrement intéressant avec les professionnel.le.s de santé, c'est que leur profession demande une formation continue, afin de rester à la page des avancées scientifiques dans leur domaine. Les soignant.e.s, et plus particulièrement les vétérinaires, sont amené.e.s à se former en continu via la lecture de journaux et revues spécialisées, ainsi que le suivi de formations (en présentiel ou vidéoconférence), la participation à des congrès, des conférences et des webinaires. Ces différentes sources d'informations portent sur les nouveaux traitements et examens qui existent en santé vétérinaire, puisque la médecine vétérinaire tend à permettre la prise en charge de pathologies de plus en plus complexes. De plus, ces sources reposent également sur une certaine façon d'envisager les animaux et leurs relations aux humains. La façon dont interagissent les soignant.e.s plus expérimenté.e.s repose donc sur une articulation et une négociation de la socialisation professionnelle acquise en école, durant leurs expériences professionnelles, et durant leur formation continue. Toutefois la socialisation professionnelle en école reste structurante durablement pour les soignant.e.s car, comme nous l'avons vu, les soignant.e.s plus âgé.e.s et plus jeunes n'ont pas la même façon d'interagir avec les animaux à certains égards. Il faut également noter que, comme me l'ont expliqué les soignant.e.s, certain.e.s de leurs homologues continuent abondamment de se former, tandis que d'autres tendent à moins prendre part au processus de formation en continu et donc à pratiquer des protocoles médicaux considérés comme « dépassés ».

## **2) La fabrique genrée des styles professionnels**

Outre la socialisation professionnelle, mes données suggèrent également l'importance de la *socialisation de genre* sur les interactions entre soignant.e.s et animaux, c'est-à-dire du processus par lequel les individus intériorisent des normes de comportement, des rôles et des injonctions différenciées selon leur sexe, diffusées dans la société et les menant à se conformer à des attentes genrées dans divers domaines de la vie sociale (Guionnet & Neveu, 2021). J'aborde ici donc un type de *socialisation primaire*, c'est-à-dire qui concerne la période de l'enfance (Berger & Luckmann, 1986).

En effet, j'ai pu observer que certains types d'interactions étaient privilégiées par les soignant.e.s femmes plutôt que les soignant.e.s hommes. Cela concerne deux éléments en particulier. D'une part, j'ai pu observer que les soignantes sont davantage « douces » et « patientes » que les patients. Ainsi, elles réalisent une phase introductive davantage longue que leurs homologues masculins. Elles peuvent davantage prendre le temps d'attendre que les animaux viennent vers elles avant de commencer les soins, s'adressent à eux et les caresse parfois longuement avant de commencer les soins. Elles vont également continuer à réaliser des *interactions relationnelles* pendant les soins, et manipulent le corps des animaux avec lenteur.

Ainsi, elles réalisent un *travail sentimental* plus conséquent que leurs homologues masculins. D'autre part, les soignantes sont le plus souvent attaché.e.s à avoir des interactions relationnelles avec les animaux au-delà de ce qui s'apparente à ce *travail sentimental*, nécessaire in fine à la réalisation des soins et donc à la réalisation du *travail technique*, sauf si, comme nous l'avons vu, ces dernier.ère.s créent une forme de « distance » à l'égard des animaux afin de ne pas créer un attachement pour eux et ne pas souffrir en cas de décès.

L'idée ici n'est pas d'avancer que seules les femmes sont des soignant.e.s relationnel.le.s, puisque j'ai pu rencontrer des enquêt.e.s masculins que j'ai pu qualifier de relationnel.le.s au cours de ma recherche. Toutefois, puisque la plupart de mes enquêt.e.s féminines, y compris plus âgé.e.s, étaient des soignant.e.s relationnel.le.s, et que la plupart des soignant.e.s technicien.ne.s que j'ai pu observer ou dont j'ai pu analyser le discours, y compris plus jeunes, étaient des hommes, il est possible d'avancer que la « douceur », la « patience » et l'attente de créer une relation d'attachement avec les patient.e.s sont des qualités socialement féminines. À l'inverse, les hommes peuvent davantage représenter une forme d'« autorité », et il ne m'a pas été rare d'entendre des soignant.e.s m'expliquer que les animaux connus pour être assez peu « dociles » étaient pris en charge par leurs collègues masculins parce qu'avec eux « ça ne mouffe pas ».

Comme l'explique Hochschild dans *The Managed Heart* (1983), dans lequel elle s'intéresse au travail émotionnel dans les métiers de service, les femmes sont socialement préparées à réaliser un *travail émotionnel* plus intense, en raison des attentes genrées intériorisées dès l'enfance. La socialisation de genre spécifique aux femmes les préparerait davantage à la sensibilité et à la compassion (Fontanini, 2020). Ainsi, elles sont préparées dès l'enfance à développer certaines compétences émotionnelles qui les rendent plus à même de « prendre soin » des autres dans leur cadre professionnel. Les métiers du care impliquent tout particulièrement une gestion des émotions, notamment avec des scripts sociaux de douceur et d'écoute, qui ne sont pas spontanés mais intériorisés. De cette manière, un répertoire émotionnel genré est socialement inculqué.

Ce travail émotionnel typiquement féminin s'apparente à une forme de *travail de l'ombre*, c'est-à-dire un effort en partie invisible car il n'est pas du *travail technique*, mais est considéré comme nécessaire pour accomplir certaines tâches (Hochschild, 1983, p. 167). Cette conception genrée du soin émotionnel rejoint mes observations : la majorité des soignantes incarnent cette figure de soin affectueux, qui est attendue de la part des propriétaires, sans avoir besoin de jouer leurs émotions, et se rattachent donc à ce que Hochschild (1983, p. 38) appelle le *jeu en profondeur*.

Concernant les animaux, mes observations sont appuyées par plusieurs travaux comme celui de Serpell (2005) qui montre que les étudiantes vétérinaires adoptent plus systématiquement des attitudes protectrices à l'égard des animaux, se déclarant plus sensibles à leur bien-être et à leurs droits. À l'inverse, leurs homologues masculins se montrent davantage favorables à des usages instrumentaux, comme la chasse ou l'expérimentation, et tendent à adopter une posture plus hiérarchique ou utilitariste dans leur rapport aux animaux. Cette différence s'inscrit dans une tendance plus largement documentée, selon laquelle les femmes expriment plus fréquemment des attitudes de soin et de considération morale envers les animaux (Serpell, 2005). Dans le même sens, Clarke et Paul (2019) montrent que les femmes attribuent davantage de sentience

aux animaux que leurs homologues masculins, et sont, de ce fait, plus enclines à reconnaître aux animaux une vie intérieure, faite de perceptions, de sensations et d'émotions.

Ces résultats font écho aux analyses de Rousselet (2022) qui explique que, bien que les étudiant.e.s vétérinaires soient socialisé.e.s, au cours de leur formation à un idéal de neutralité émotionnelle, les femmes sont toutefois davantage associées à la gestion du care et des émotions dans le soin. À l'inverse, les hommes tendent à adopter une posture plus distanciée, ce qui se traduit par une diminution de leur niveau d'empathie au fil de la formation, tandis qu'il reste stable chez leurs homologues féminines. Ces résultats sont pleinement corroborés par l'enquête menée par Vermilya (2022) auprès d'étudiant.e.s vétérinaires nord-américain.e.s, qui montre que ces dernier.ère.s utilisent des justifications genrées pour expliquer la division sexuée du travail au sein de la profession. Iels affirment alors que les femmes seraient naturellement plus enclines à prodiguer des soins attentionnés, et, à l'inverse, les hommes sont présentés comme plus aptes à prendre de la distance émotionnelle dans leur rapport aux animaux.

Toutefois, ces normes émotionnelles genrées ne sont pas figées, elles peuvent évoluer dans le cadre d'une profession en fonction de l'évolution des attentes professionnelles. Ainsi, le modèle de soin relationnel tend à être prédominant chez les jeunes soignant.e.s, indépendamment de leur genre, car, comme je l'ai remarqué, les jeunes hommes que j'ai pu observer ou interroger étaient généralement relationnel.le.s. Cela suggère une recomposition des normes professionnelles vers une féminisation des styles relationnels, qui répondent aux attentes des propriétaires qui valorisent les soignant.e.s affectueux, doux et patient.e.s avec leurs animaux. À ce titre, Rousselet (2022, p.91) parle d'une « revalorisation du care » dans les plus jeunes générations de vétérinaires.

### **CHAPITRE 3. Une typologie en mouvement : le soin en transformation**

#### **1) L'expérience comme moteur de la recomposition des pratiques de soin**

L'inscription des soignant.e.s dans ma typologie peut évoluer au cours de la carrière professionnelle. À ce titre, j'ai pu identifier deux types de trajectoires professionnelles caractérisées par un changement de style professionnel.

Premièrement, il apparait que beaucoup de vétérinaires deviennent davantage technicien.ne.s au fur et à mesure de leur carrière, pour deux raisons en particulier. Tout d'abord, certain.e.s abordent une forme de lassitude professionnelle, qui incite à se concentrer sur la réalisation des soins et à être moins doux et patient.e vis-à-vis d'animaux non dociles qui compliquent la réalisation des soins. Ensuite, plusieurs autres expliquent que l'expérience d'interactions dangereuses avec des animaux au cours de leur carrière, ayant notamment mené à des morsures et/ou griffures, les pousse à limiter leurs *interactions relationnelles* avec les animaux :

*« Peut-être que je vais être moins doux qu'un jeune parce que j'ai l'expérience et que je suis plus efficace et que j'ai failli me faire mordre, donc oui. Mais certain le voit comme une moindre sensibilité de notre part, c'est certain. Mais c'est qu'avec l'expérience, on fait peut-être plus attention. Quand on est jeune, tout le monde il est beau, tout le monde il est gentil, coucou, les petits oiseaux, le petit chien. Moi je n'y vais pas pareil. Les gens*

*voient ça aussi, ils disent : tiens, il ne cajole pas mon chien ! ». (Antonio, 60 ans, vétérinaire associé).*

Ainsi, comme l'expliquent (Strauss & al., 1985), les soignant.e.s davantage expérimenté.e.s peuvent limiter leurs interactions avec les patient.e.s à ce qui est nécessaire afin d'assurer la prise en charge, à la suite d'une forme de fatigue émotionnelle, ou suite à des expériences traumatiques, comme des blessures dans le cas de la médecine vétérinaire.

Deuxièmement, certain.e.s soignant.e.s plus jeunes étaient plutôt technicien.ne.s durant leurs premières années d'expérience, car iels se concentraient avant tout sur la bonne réalisation des soins. Ensuite, une fois après avoir gagné en confiance sur leurs compétences techniques, iels ont expliqué avoir appris à « profiter » de la présence des animaux en devenant des soignant.e.s relationnel.le.s, car iels se sentent moins obligés de réfléchir à la bonne réalisation de leur *travail technique*.

## **2) Une typologie fluctuante : la clinique comme scène d'improvisation affective**

De plus, bien que les soignant.e.s soient plutôt relationnel.le.s ou technicien.ne.s, leurs interactions concrètes peuvent varier d'un patient à l'autre et d'une situation à l'autre. En effet, les formes de rationalité et de cités auxquelles iels vont se rapporter dépend de facteurs contextuels, que j'aborde ici, et de facteurs organisationnels que j'aborde dans la dernière partie de ce mémoire.

### **2.1) Les animaux comme agents de contextualisation**

Premièrement, les soignant.e.s adaptent leur posture au « caractère » et aux comportements des animaux. Et, à ce titre, les soignant.e.s sont unanimes quant au fait qu'iels préfèrent les animaux considérés comme « gentils », c'est-à-dire non agressifs (Sanders, 1994a). Certain.e.s sont même considérés comme « affectueux » par les soignant.e.s, en ce qu'ils tentent de les lécher, de se frotter à eux ou sautent sur elleux pour « réclamer des caresses ». Ainsi, les soignant.e.s vont davantage être à l'initiative d'*interactions relationnelles* avec ces animaux que ceux considérés comme dangereux :

*« T'as des animaux qui sont très agressifs, qui veulent pas te voir, qui te tournent le dos. Donc eux forcément, on a moins de facilité à créer un contact. Il y en a qui sont très câlins, qui miaulent, qui te montent dessus. Et ça c'est hyper agréable, parce qu'on voit qu'ils ont pas peur, qu'ils sont en confiance, qu'ils ne sont pas craintifs. Et forcément, ça donne encore plus envie d'aller les voir. Les autres, voilà on peut pas non plus les harceler, donc on laisse un peu dans leur coin s'ils veulent être tranquilles. » (Eleonore, 25 ans, AV).*

Ainsi, il arrive que des soignant.e.s davantage technicien.ne.s soient amené.e.s à agir selon la cité domestique et/ou inspirée s'iels soignent des animaux qu'iels trouvent particulièrement « affectueux », avec lesquels iels vont davantage interagir. À l'inverse, face à des animaux agressifs, les soignant.e.s relationnel.le.s basculent vers une rationalité en finalité et la cité industrielle, puisqu'il s'agit de se concentrer sur le *travail technique* et le *travail émotionnel*

nécessaire à la réalisation des soins, sans prolonger les interactions relationnelles dans une volonté de création de lien affectif avec l'animal.

Deuxièmement, l'espèce et la race de l'animal peut également influencer sur le cours des interactions. Concernant l'espèce, les soignant.e.s m'expliquaient généralement préférer les chats ou les chiens (ou les NAC), ce qui les incitait à avoir davantage d'*interactions relationnelles* avec l'une ou l'autre de ces espèces, avec qui iels se sentent davantage « à l'aise ». Iels ont une préférence pour les animaux qu'iels ont pu davantage côtoyer au cours de leur vie, notamment au cours de leur enfance. D'autre part, la race de l'animal joue également un rôle, notamment pour les chiens. En effet, certain.e.s soignant.e.s ont vécu des expériences négatives avec une race de chien dont iels se méfient alors par la suite. Iels tentent alors de limiter leurs interactions avec les animaux de cette race, comme les malinois par exemple. D'ailleurs, comme l'explique Sanders (1994a, p.52), le fait d'éviter les interactions avec certaines races de chiens ne vient pas uniquement d'expériences passées de morsures. Certaines races, comme les golden retriever et les labradors, par exemple, sont considérés dans la profession comme étant « gentils », tandis que les dobermans et les bergers allemands sont perçus comme des animaux « menaçants ». Les soignant.e.s peuvent donc davantage se méfier de ces chiens et se reposer sur une *rationalité en finalité* avec eux.

Troisièmement, l'état de santé de l'animal est également un facteur déterminant. En effet, les animaux considérés comme en mauvaise santé, notamment des animaux vieillissant ou porteurs de pathologies chroniques, sont davantage « chouchoutés » et les soignant.e.s justifient leur attitude par une forme de « sympathie » et d'« empathie » à leur égard, car ce sont des animaux « douloureux ». Iels ont donc davantage d'*interactions relationnelles* avec eux afin de rendre leur expérience en clinique « plus agréable », ces animaux devant souvent s'y rendre pour des soins considérés comme douloureux (prise de sang, injections, extractions...). En outre, iels font davantage attention à la façon de les toucher et de les manipuler en prenant davantage de précautions afin de ne pas augmenter leur douleur. Les soignant.e.s vont donc, dans ce cas, valoriser le recours à la *cité domestique* et *inspirée*.

Quatrièmement, les soignant.e.s sont également influencés par les relations qu'iels peuvent ou ont pu entretenir avec d'autres animaux au cours de leur vie. En effet, il leur arrive de soigner des patients ressemblant à leurs propres animaux ou d'autres animaux soignés auparavant et qu'iels appréciaient beaucoup, et, dans ce cadre, iels multiplient les *interactions relationnelles* avec eux, car iels « projettent » à leur égard une forme d'attachement qui est ou était éprouvée pour un autre animal.

## **2.2) La chronologie du soin comme facteur d'affectivité**

La durée et la fréquence influencent fortement les rapports entre soignant.e.s et animaux. En effet, un suivi régulier ou prolongé, notamment dans le cas de maladies chroniques ou d'hospitalisations longues, favorisent le développement d'un attachement affectif, envers l'animal et son propriétaire (Sanders, 1994a) :

« *Quand on a des animaux qui par exemple sur plusieurs semaines ont besoin de soins, donc qui viennent soit tous les jours, soit qui restent en clinique pour les soins, et bien c'est des animaux effectivement pour lequel on va avoir de l'affection. On s'y attache*

*plus qu'un animal qu'on voit pour une prise de sang lambda quoi. Et c'est vrai que notre rapport va être un petit peu plus poussé : on va avoir les propriétaires au téléphone tous les jours, ou on va peut-être les voir tous les jours. Donc c'est vrai que les rapports sont un petit peu plus poussés au niveau humanisme. On a tendance à avoir quelques clients réguliers si je puis dire, qu'on va voir minimum une fois par mois. Donc c'est des clients qu'on va reconnaître ou même par téléphone qui vont connaître nous nos prénoms et du coup effectivement on a un rapport plus proche qu'un client qui va venir faire simplement ses vaccins à l'année et c'est tout quoi. » (Sarah, 30 ans, AV).*

Les animaux auxquels sont particulièrement attachés les soignant.e.s sont considérés comme leur « chouchous » et comme j'ai pu l'observer et l'entendre lors de mes entretiens, les soignant.e.s sont davantage « câlins » et « affectueux » avec ces animaux. Ainsi, en plus de privilégier les interactions relationnelles avec les animaux ayant une maladie chronique, les soignant.e.s ressentent également davantage d'attachement à leur égard car iels les soignent plus fréquemment et sur une période parfois prolongée :

*« Généralement les jeunes animaux, on ne les voit pas souvent, parce que bah ils sont en bonne santé. On les voit une fois par an pour les vaccins. Les vieux animaux, on commence à les voir un peu souvent, et on va avoir quand même un rapport plus affectueux. » (Maëlys, 20 ans, AV).*

De ce fait, les soignant.e.s qui incarnent habituellement une posture technicienne, orientée par la cité industrielle, peuvent activer, dans le cadre de situations d'hospitalisation prolongée ou de soins répétés à un même animal, des formes d'interactions qui s'inscrivent dans la *cité domestique* (proximité, attachement) ou de la *cité inspirée* (spontanéité des émotions). Iels peuvent en venir à exprimer une forme d'attachement à leur égard.

D'ailleurs, les cliniques vétérinaires qui possèdent un service de garde et qui hospitalisent davantage d'animaux développent plus d'attachement pour les animaux soignés car iels les soignent sur des durées prolongées. De ce fait, plusieurs soignant.e.s ayant travaillé dans des cliniques ayant un service de garde m'expliquaient avoir ressenti davantage d'attachement envers les animaux dans ce type de clinique. Bien que les cliniques où j'ai pu observer ne possédaient pas de service de garde, iels leur arrivait d'hospitaliser des animaux pendant plusieurs jours ou semaines, lorsque les propriétaires n'avaient pas les moyens de les hospitaliser dans un CHV ou CVS.

En conséquence, les décès des animaux qui ont pu être soignés fréquemment et/ou sur une longue durée par les soignant.e.s sont ceux qui sont considérés comme les plus éprouvants par les soignant.e.s. Ainsi, il arrive aux vétérinaires de s'en remettre à leur collègue afin de réaliser l'euthanasie d'un animal auquel iels sont très attaché, car iels ne s'en sentent pas capables :

*« J'ai développé des liens avec des animaux et en fait toutes mes collègues aussi, et on arrive avec des animaux où les soins peuvent devenir parfois plus faciles, parfois plus durs, par exemple je pense à la procédure de fin de vie. J'ai déjà fait des procédures de fin de vie pour mes collègues parce que je connaissais un peu moins les animaux et qu'elles étaient tellement attachées que c'était super dur pour elles comme acte à réaliser. Donc en fait, je vais dire, il y a à la fois le fait de développer une relation avec*

*eux qui est super et en même temps plus la relation est développée, parfois plus certains actes sont difficiles à faire. » (Charlotte, 28 ans, vétérinaire salariée).*

Outre la procédure de fin de vie, l'attachement que peuvent ressentir les soignant.e.s envers certain.e.s patients peuvent entraver la réalisation d'autres pratiques médicales, comme le montre cet extrait d'entretien réalisé avec Sophie qui était très attachée à un chat qu'elle soignait régulièrement et qui, au cours du temps, a commencé à éprouver des difficultés à le contentionner avec fermeté :

*« Lucky c'était un chat qui avait une gingivite chronique, il était adorable et j'étais très attachée à lui, et il aimait bien être avec moi. Ce chat, il venait un lundi sur deux faire son injection, il fallait lui ouvrir la bouche pour voir l'état de sa bouche, c'était une catastrophe. Et il était devenu, quand on le piquait, il voulait nous mordre alors que c'était un chat qui était adorable, et moi j'y pensais déjà le dimanche soir quand je savais qu'il venait le lendemain. J'avais une boule au ventre de savoir que le lendemain j'allais devoir le plaquer sous la couverture, et je sais qu'un jour, parce qu'on faisait des interférons dans le muscle, je ne l'ai pas tenu comme j'aurais tenu un autre chat, et il a bougé. Catherine m'a dit « mais tiens-le, ce n'est pas parce que c'est Lucky que tu ne dois pas le tenir fort ! ». » (Sophie, 44 ans, AV).*

Cet extrait d'entretien est à mettre en lien avec la difficulté qu'éprouvent les soignant.e.s à soigner leurs propres animaux, car iels ne se sentent pas capables de les maintenir « correctement » ou de réaliser des actes qui pourraient être douloureux à leur égard :

*« Quand mon chat vient ici je veux pas lui faire une prise de sang, je veux pas le forcer s'il faut l'endormir ou quoi, je veux pas que ce soit moi qui fasse la piqûre ou quoi que ce soit. J'ai même du mal à le tenir pour que quelqu'un lui fasse. Un coup on a dû lui faire des radios, bah j'ai laissé les autres lui faire sa radio, parce qu'en fait je sais très bien que comme c'est mon chat, je vais pas le tenir assez fort, parce que j'ai pas envie de l'embêter. En fait moi vu que je l'aime trop, je vais le tenir un petit peu plus mollement quoi, je sais très bien. Donc je préfère le filer à mes collègues. Récemment j'ai beaucoup emmené mon chat ailleurs, pour faire des trucs spécialisés, et en général je leur dis pas du tout que je suis dans le métier, parce qu'en fait j'ai pas envie d'être mise à contribution. Je me dis si jamais ils savent que je suis AV, ils vont peut-être me demander de les aider à mettre le cathé, je sais pas quoi, et je veux pas, je peux pas forcer mon chat. En fait je veux même pas voir la scène. » (Amélie, 30 ans, AV).*

Ainsi, les propos de Sophie montrent que lorsqu'un attachement très important est ressenti pour un animal, qui est notamment soigné très régulièrement, ce dernier peut, tout comme des animaux personnels, être soigné avec difficulté par les soignant.e.s qui peuvent avoir peur de créer une forme de mal-être chez l'animal.

## **Conclusion de cette partie**

Cette troisième partie a mis en lumière la diversité des interactions entre les soignant.e.s et les animaux à travers une typologie inspirée des travaux de Véga (1997, 1998), Rollin (1999), Weber (1971) et Boltanski et Thévenot (1991), distinguant deux grandes figures : les

soignant.e.s relationnel.le.s et technicien.ne.s. Bien que partageant un ethos professionnel structurant leurs interactions aux animaux, les soignant.e.s diffèrent dans leur rapport aux émotions, aux techniques, aux registres de justification et à la valeur morale accordée aux animaux. Ces différences émanent, au moins en partie, d'un processus de socialisation professionnelle et de genre différenciés, tout en pouvant évoluer avec l'expérience professionnelle. Toutefois ces postures professionnelles ne sont pas figées, les professionnel.le.s n'agissant pas toujours de façon conforme à leur catégorie, car iels s'adaptent aux situations concrètes auxquelles iels sont confronté.e.s, qui varient notamment selon la fréquence et durée des soins et les caractéristiques des animaux.

## **PARTIE IV - DES INTERACTIONS ORGANISÉES : LES EFFETS DES DYNAMIQUES ORGANISATIONNELLES SUR LES INTERACTIONS SOIGNANT.E.S-SOIGNÉS**

Cette quatrième et dernière partie du mémoire a pour objectif de montrer que les interactions entre soignant.e.s et animaux sont également façonnées par les *structures organisationnelles* (Mintzberg, 1982) qui influencent les pratiques de soin.

### **CHAPITRE 1. Travail distribué, relations différenciées : la répartition des tâches entre vétérinaires et AV**

Les cliniques, en tant qu'organisations, reposent sur une répartition des tâches, selon des logiques de spécialisation, ce qui crée des interdépendances entre individus et des mécanismes de coordination (March & Simon, 1958).

#### **1) Les animaux comme « cas médicaux » : les vétérinaires et l'autorité médicale**

Dans les cliniques vétérinaires canines, les vétérinaires prennent en charge les consultations, les diagnostics, les chirurgies et le suivi médical des animaux. Iels sont ainsi chargé.e.s du diagnostic et de la mise en place des plans de traitement, ce qui leur est juridiquement réservé (Hobson-West & Jutel, 2020). Ce travail d'enquête médicale peut être plutôt collectif ou individuel. Si la plupart des vétérinaires échangent ponctuellement avec leurs collègues, à l'instant ou ultérieurement, iels le font à titre consultatif et prennent seul.e.s leur décision. Toutefois, ce processus peut revêtir une dimension collective, comme c'était le cas à la clinique vétérinaire des Compagnons. En effet, les vétérinaires se retrouvaient régulièrement en salle de préparation dans la journée, afin d'échanger sur chacun de leur cas avec leurs collègues et décider ensemble du diagnostic à établir et du plan de traitement adéquat. De plus, la plupart des soins y étaient réalisés par plusieurs vétérinaires à la fois, chacune prenant part aux « cas » de ses collègues :

*« Léa reçoit en consultation un chien constipé depuis plusieurs jours. Elle conseille à sa propriétaire de faire une radiographie ainsi qu'une analyse de sang, ce qu'elle accepte. Léa emmène le chien en salle de préparation et est rejoint par Adèle et Chloé. Léa et Adèle réalisent la radiographie [salle à laquelle je n'ai pas accès]. Ensuite, Chloé et Léa réalisent la prise de sang : Chloé maintient la patte du chien, pendant que Léa pose le cathéter et prélève son sang. Adèle les rejoint et dit à Léa : « ça c'est une hernie périnéale, faut lui faire un lavement ! ». Ensuite, Adèle réalise le lavement sur le chien, pendant que ce dernier est maintenu par Chloé et Léa qui le caressent et s'adressent à lui. Adèle et Léa discutent de la nécessité d'opérer le chien aux muscles du rectum. Une fois le lavement terminé, Léa prend le chien et retourne en salle de consultation. Elle explique à la propriétaire qu'elle a effectué un lavement et qu'il faudra l'opérer. » (Clinique vétérinaires des Compagnons, 07/11/2024).*

D'ailleurs, dans cette clinique, puisque chaque vétérinaire s'occupait au moins en partie des « cas » pris en charge par leurs collègues, iels connaissaient tous très bien les animaux qui

venaient régulièrement à la clinique, leur « personnalité » et avaient des interactions relationnelles poussées avec eux.

Les tâches et responsabilités qui incombent aux vétérinaires impliquent une approche de l'animal orientée sur la pathologie, la rationalité médicale et la résolution de problèmes cliniques. Ces derniers affirment un goût pour la pratique de la médecine et, à ce titre, certains m'ont expliqué avoir hésité entre devenir médecin ou vétérinaire. Dans cette perspective, les vétérinaires perçoivent, au moins en partie, les animaux comme des cas médicaux enrichissants d'un point de vue intellectuel. Les vétérinaires valorisent donc avoir vu une « diversité de cas », c'est-à-dire traiter une diversité de pathologies et valorisent les « cas complexes » car, comme l'explique Sanders (1994b), ces animaux leur permettent d'acquérir de nouvelles expériences, d'exercer et perfectionner leurs compétences techniques, ainsi que résoudre des problèmes diagnostiques complexes. Toutefois, si leurs problèmes de santé sont considérés comme trop complexes et dont la pose d'un diagnostic et l'administration d'un traitement adéquat sont trop fastidieuses, ils peuvent alors basculer vers le statut de « mauvais patients » (Sanders, 1994a).

À ce titre, les cliniques vétérinaires ayant un service de garde traitent davantage de cas complexes car ils peuvent y être hospitalisés et surveillés. Ainsi, les vétérinaires de la clinique des Compagnons témoignaient d'une forme de frustration quant à l'arrêt du service de garde de la clinique lors de son rachat, qui serait à l'origine d'une forme d'« ennui » quant aux cas à traiter par rapport à ceux qu'elles pouvaient prendre en charge auparavant. Lors d'un entretien, Charlotte et Isabelle ont spontanément abordé le sujet :

*« Isabelle : Avant on faisait beaucoup de chir. Un SDTE, une césarienne, une hémio abdo... Aller hop, ça fait la semaine, et ça te flingue 3 nuits.*

*Charlotte : Ils sont où tous ces cas putain ? (Rigole).*

*Isabelle : Bah ils sont pas chez nous, ils sont pas chez nous.*

*Charlotte : Un abcès, un détartrage... (rigole).*

*Pauline : Vous avez des cas différents depuis l'arrêt du service de garde ?*

*Isabelle : Oui, les cas sont différents. Parce qu'il y a des cas très lourds qu'on peut plus garder. Par exemple un convulsif, on peut pas prendre le risque que pendant la nuit il reconvulse ou qu'il respire pas bien ou je sais pas quoi. C'est trop risqué pour l'animal. Alors ça nous arrive de le faire quand les gens vraiment ils n'ont pas d'autres choix, mais on n'aime pas. » (Isabelle, 43 ans, vétérinaire collaboratrice libérale, en la présence de Charlotte, 28 ans, vétérinaire salariée).*

## **2) Les auxiliaires vétérinaires : entre position subalterne et proximité à l'animal**

Les AV ont à leur charge des tâches davantage diverses. D'une part, ils s'occupent de ce qui concerne l'organisation de la clinique au quotidien et du secrétariat : accueil des propriétaires, réponse aux appels téléphoniques, réalisation des inventaires, rangement des stocks, préparation du matériel chirurgical, nettoyage des locaux et maintenance du matériel médical. D'autre part,

iels ont pour responsabilité la contention des animaux (pendant les consultations, les soins et les examens). En outre, iels assistent les vétérinaires pendant les chirurgies : rasant les animaux, les désinfectent, les retournent, les intubent et vérifient leur respiration et leur rythme cardiaque. Finalement, iels s'occupent du soin des animaux hospitalisés : vérifient leur réveil à la suite de l'anesthésie, font leurs pansements, s'occupent de leur perfusion, leur donnent à manger, les promènent, les nettoient, changent leur litière et nettoient leurs cages.

Ces dernier.ère.s sont également amené.e.s à réaliser des actes qu'iels ne sont, selon la loi, pas habilité.e.s à réaliser, afin de faire « gagner du temps » aux vétérinaires : pose des cathéters, réalisation des prises de sang et injections, et il n'est pas rare qu'iels s'adonnent à des chirurgies considérées comme peu complexes comme les détartrages et castrations de chats. D'ailleurs, à l'inverse, les vétérinaires peuvent également effectuer ponctuellement des tâches usuellement réalisées par les AV, lorsqu'un.e n'est pas disponible à l'instant (répondre au téléphone, nettoyer la table de consultation, etc.). Ainsi, la répartition des tâches n'est pas rigide, mais se joue en situation et dans le cadre de compromis pragmatiques et négociés.

Ces AV se répartissent souvent les tâches entre l'accueil, c'est-à-dire le « devant » de la clinique (accueil des clients et aide aux consultations) et le « derrière » (aide à la chirurgie et soin aux hospitalisés), en fonction de leurs préférences et leur humeur du jour. Cette répartition se décide le matin, de façon concertée ou « naturelle » (le.la première qui s'occupe des animaux hospitalisés reste « derrière » ou le.la première qui accueille un.e client.e « devant »).

Dans la perspective de Crozier et Friedberg (1977), bien que les AV occupent une place subalterne dans la hiérarchie, iels sont dans une position stratégique en raison de leur maîtrise de certaines *zones d'incertitude*, c'est-à-dire leur contrôle de domaines de fonctionnement où l'action est non contrôlable, mais nécessaire, et dont dépend la structure. En effet, bien que les vétérinaires maîtrisent la zone d'incertitude qu'est le diagnostic médical, les AV contrôlent d'autres zones d'incertitude comme la contention des animaux et le soin aux hospitalisés, qui constituent des dimensions incertaines du soin car elles confrontent les soignant.e.s à l'imprévisibilité du corps animal (réactions des animaux et évolution de leur état de santé) et l'instabilité des ressources (en cas d'urgences par exemple). Iels mobilisent ainsi leur savoir empirique comme ressource stratégique et une forme de pouvoir, car leur travail conditionne l'efficacité du soin vétérinaire (Crozier & Friedberg, 1977). En ce sens, et comme le montrent également à nouveau Crozier et Friedberg (1977), le pouvoir est régulé de façon informelle, à partir de l'expérience pratique, et ne se réduit pas à la hiérarchie formelle des organisations.

En outre, la façon dont se répartissent les tâches entre AV et vétérinaires impliquent des interactions davantage prolongées entre les AV et les animaux, car ce sont iels qui s'occupent des hospitalisations. Comme nous l'avons vu, l'attachement des soignant.e.s pour les animaux dépend en grande partie du temps passé à les soigner. Les AV passant davantage de temps avec les animaux que les vétérinaires, iels sont davantage « attachés » aux animaux, ce qui mènent à des interactions davantage relationnelles (caresses, baisers, etc.) :

*« Les ASV ce sont elles qui sont le plus au contact des animaux. Nous, on va les avoir avec nous pour le temps de l'examen ou de l'opération, etc. Quand les animaux sont hospitalisés, on va passer peut-être deux fois un quart d'heure sur chaque animal. Les*

*filles, elles vont les sortir; elles vont les changer; elles vont les laver s'il le faut, etc. Elles ont un rapport beaucoup plus continu et proche avec les animaux. Ce sont les tâches qui définissent le temps de contact et donc d'imprégnation vis-à-vis de l'animal. » (Alain, 60 ans, vétérinaire salarié).*

De plus, les vétérinaires se présentent parfois comme les soignant.e.s ayant le rôle du.de la « méchant.e » auprès des animaux, car ce sont elleux qui font les actes considérés comme davantage douloureux. Les AV, elleux, vont plutôt réaliser des actes que les soignant.e.s considèrent comme perçus positivement par les animaux comme le fait de les nourrir ou de les sortir. En conséquence, les animaux tendent à être moins agressifs et/ou à se débattre lors des soins promulgués par les AV, ce qui, comme vu précédemment, favorisent l'appréciation de l'animal. Il existe donc une forme d'ambivalence dans le métier d'AV, entre la réalisation des tâches invisibles ou considérées comme ingrates (notamment le nettoyage) et la réalisation des tâches considérées comme agréables, comme le soin aux animaux hospitalisés (Sanders, 2010).

## **CHAPITRE 2. Soigner sous autorité : entre statut professionnel, autonomie et pouvoir de décision**

Bien que chaque soignant.e ait, une logique d'action qui lui est propre (plutôt relationnel.le ou technicien.ne), sa façon de pratiquer le métier va dépendre de sa position dans la hiérarchie professionnelle et dans les processus de décision. En effet, leur capacité à mobiliser le style de soin qui leur est propre dépend du degré d'autonomie dont iels disposent au quotidien. Toutefois, il leur revient de choisir s'iels privilégient ou non la réalisation des interactions relationnelles avec les animaux, car cet élément ne fait pas l'objet d'interdictions ou de prescriptions. Ainsi, il est considéré comme socialement légitime dans la profession que certain.e.s soignant.e.s sont très « affectueux » et d'autres plutôt « distant.e.s » avec les animaux. Iels sont plutôt contraints, comme je vais l'aborder dans ce chapitre, sur leur façon de pratiquer les soins en tant que tel.

Je me concentre ici sur les cliniques indépendantes, le chapitre 4 se concentrant en particulier sur la façon dont ces modalités d'organisation se structurent dans le cadre des cliniques de groupe.

### **1) Entre exécution et influence : les AV dans les logiques décisionnelles**

Les AV sont à la fois subordonné.e.s aux vétérinaires et aux responsables de clinique, mais leur degré d'implication dans les décisions concernant le fonctionnement matériel et quotidien de la clinique, ainsi que les décisions médicales, varie d'une clinique à l'autre.

D'une part, l'avis des AV peut être sollicité ou non (mais toujours à titre consultatif) dans le cadre du fonctionnement matériel de la clinique. Lorsqu'iels le sont, cela concerne notamment des éléments qui se rapportent directement à leur travail comme le choix des matériaux utilisés en hospitalisation, des produits vendus à l'accueil, des laboratoires partenaires, etc. Dans ce cas, iels peuvent également être amené.e.s à formuler de leur initiative certaines requêtes, comme demander du matériel par exemple. D'autres cliniques sollicitent peu, ou pas du tout, les AV sur ces matières, qui sont donc peu enclin.e.s à également formuler certaines demandes.

D'une part, sur le plan médical, les AV étant avant tout formé.e.s pour exécuter les décisions des vétérinaires, leur participation aux choix médicaux est rare. Toutefois, il arrive ponctuellement que les AV expriment leur avis sur la prise en charge médicale des animaux, notamment en ce qui concerne leur manipulation, car dans ce cadre, leur expertise est considérée comme légitime. Dans ces situations, leur avis est parfois pris en compte, comme le souligne Constance :

*« Récemment on a eu un cas avec un lapin. Et là, on avait vu que le vétérinaire n'était pas forcément doux avec le lapin. Donc là, à ce moment-là, j'ai clairement dit qu'en fait, il ne fallait pas faire les choses comme ça. Mais ce qui a été bien, c'est que le vétérinaire l'a bien pris. Quand ça touche l'animal et qu'on voit que des fois, que c'est un petit peu déplacé, on le dit directement. Il y a des gestes quand même où des fois, c'est un peu limite. Ça, on le dit directement. » (Constance, 30 ans, AV en alternance).*

Le degré d'implication des AV dans ces décisions dépend du profil des responsable(s) de clinique et des vétérinaires : les plus jeunes tendent à intégrer davantage les AV dans le processus décisionnel, contrairement à leurs homologues plus âgé.e.s, perçu.e.s comme plus hiérarchiques. Comme l'exprime Sarah :

*« Il y a certains vétérinaires qui nous font ressentir que voilà, c'est eux les vétérinaires et puis c'est tout. Et il en a d'autres effectivement qui vont être plus conciliants, et puis c'est surtout qu'ils vont prendre plus d'idées de notre part ou nous demander comment nous on aurait pu le faire sur tel et tel cas, et qui vont un petit peu plus nous prendre en considération. Les vieux d'école ou d'anciennes générations vont avoir tendance à être plus directs. On sent vraiment qu'il y a cette chose de vétérinaires-AV, alors que les vétos plus récents vont justement prendre en considération un petit peu plus leurs AV, leurs conseils et essayer de mettre un petit peu au même niveau les choses. » (Sarah, 30 ans, AV).*

L'ancienneté joue également un rôle important. Ainsi, les AV plus expérimenté.e.s, voient leur parole davantage reconnue, que cela soit par les vétérinaires et par les autres AV. Cette reconnaissance se manifeste dans les pratiques : bien que toutes les AV exécutent les prescriptions des vétérinaires, il existe des marges de liberté quant leur mise en œuvre. Ces choix pratiques peuvent faire l'objet de désaccords ou d'ajustements internes, qui sont alors souvent arbitrés par les AV les plus ancien.ne.s :

*« De toute façon, les AV, on fait ce que les vétos nous disent hein. Après, c'est vrai que des fois, nos façons de faire vont pas être les mêmes, vu que moi avant je travaillais ailleurs, donc j'avais assimilé d'autres méthodes. Mais moi, je pars du principe que Caroline elle est là depuis plus longtemps que moi. Donc du coup si elle me dit « oh bah fais pas comme ça, fais autrement » je vais dire « ok ». Donc au sein des AV, s'il y a quelqu'un qui doit prendre des décisions ce sera Caroline, vu qu'elle est là depuis 18 ans. C'est les anciens qui savent. » (Amélie, 30 ans, AV).*

## **2) Du. de la chef.fe d'entreprise à l'employé.e : variations des marges de manœuvre des vétérinaires**

Les vétérinaires en cliniques vétérinaires canines exercent selon plusieurs modes d'exercice professionnel, dont l'entrepreneuriat individuel en libéral, l'association, le salariat et la collaboration libérale (Ordre national des vétérinaires, 2015a). Ces statuts influencent leur degré d'implication dans les décisions relatives au fonctionnement matériel et quotidien de la clinique, ainsi que leur autonomie dans la pratique médicale.

Tout d'abord, les vétérinaires entrepreneur.e.s individuelle et associé.e.s disposent du plus haut d'autonomie. Le ou la vétérinaire entrepreneur.e libéral exerce en son nom propre (Ordre national des vétérinaires, 2015b), tandis que les vétérinaires associé.e.s partagent des parts dans une société et y ont chacun un droit de vote (Ordre national des vétérinaires, 2023). Ces deux catégories de vétérinaires sont entièrement décisionnaires, et, de fait, il leur revient notamment de choisir les tarifs, le matériel acheté, comment sont organisés les plannings, les marques et laboratoires partenaires, etc.

À l'inverse, les vétérinaires salarié.e.s, elleux sont subordonné.e.s à la/au(x) vétérinaire(s) qui détient/détiennent la clinique. En contrepartie, iels jouissent des avantages sociaux du salariat (mutuelle d'entreprise, congés payés, indemnisation en cas de congé maladie, assurance chômage, etc.) (Ordre national des vétérinaires, 2018). Les collaborateur.ice.s libéraux, elleux, sont juridiquement indépendant.e.s car ce sont des travailleur.euse.s indépendant.es attaché.e.s au régime des TNS (Ordre national des vétérinaires, 2018). Leur rémunération revêt la forme de rétrocession d'honoraires : iels facturent leurs actes à l'ESV où iels exercent et sont rémunéré.e.s au forfait jour (Ordre national des vétérinaires, 2018). Iels dépendent donc du régime social des indépendant.e.s et n'ont pas droit aux avantages sociaux dont jouissent les salarié.e.s (sont redevables de la TVA, des cotisations à l'URSSAF, doivent souscrire à une RCP, une mutuelle, une prévoyance et cotiser à une caisse de retraite). Bien que leur statut diffère de celui des salarié.e.s, leur pratique du métier est identique car un lien de subordination implicite existe avec les vétérinaires gestionnaires.

Premièrement, tout comme les AV, les vétérinaires salarié.e.s ou collaborateur.ice.s peuvent être plus ou moins impliqué.e.s, à titre consultatif, dans les décisions qui concernent le fonctionnement matériel et quotidien de la clinique. Certain.e.s patron.ne.s les consultent avant de prendre des décisions, notamment sur le matériel médical adéquat, le choix des marques de consommables utilisés, des laboratoires partenaires, etc. D'autres prendront ces décisions sans les consulter. Cela influe également sur leur propension à formuler des demandes spontanées. Sur le plan médical, bien que les vétérinaires sont censé.e.s avoir une liberté totale de l'exercice de la médecine, ce n'est, en réalité, pas toujours le cas, comme l'observait également Atwood-Harvey (2005)<sup>12</sup>. En effet, dans certain.e.s cliniques, le(s) patron.ne.s imposent à leurs employé.e.s des possibilités de prescriptions et des protocoles médicaux.

---

<sup>12</sup> En effet, selon l'article R242-33 du CRPM, l'un des devoirs généraux des vétérinaires est d'exercer à titre personnel, en étant responsable de ses actes et décisions. Ainsi, le.la vétérinaire ne peut pas aliéner son indépendance professionnelle et doit réaliser ses actes et décisions dans le cadre d'une liberté de choix thérapeutique.

D'une part, certain.e.s patron.ne.s laissent une liberté de prescription aux salarié.e.s et collaborateur.rice.s qui sont libres dans leur choix des médicaments et molécules prescrits aux propriétaires et utilisés dans le cadre des soins en clinique. D'autres imposent une liste restreinte de produits. Les motivations sont économiques, car, lorsque chaque vétérinaire travaille à partir de médicaments ou molécules différentes, ces produits peuvent prendre plus de temps à être utilisée et peuvent parfois arriver à péremption avant leur écoulement total. En outre, les patron.ne.s ont un intérêt à réduire la gamme des molécules et médicaments utilisés car plus ils les commandent en grande quantité, plus leur prix à l'unité décroît.

D'autre part, certain.e.s patron.ne.s imposent des protocoles médicaux. Ces protocoles médicaux sont des standards de prise en charge, en termes de diagnostic et de traitement des pathologies. Ces protocoles médicaux, le plus souvent non écrits, sont toutefois bien partagés par les membres de l'équipe :

*« Les protocoles c'est choisi par les patrons de la clinique. Nous [en parlant de la clinique où il fait actuellement un remplacement], on a nos petits protocoles, comme ça, parce que je sais que le patron, il l'a déjà dit, je l'ai déjà entendu qu'il disait à une réunion de salariés « il faut faire ci et il faut faire ça », Après ça dépend de la personnalité des gens. Y'a des patrons qui disent « moi, personnellement, à partir du moment où les gens sont contents et que le chat va bien ou que le chien va bien, tu fais comme tu as envie quoi ». Mais je sais qu'à [nom de ville], il y a des patrons qui aiment bien faire les choses comme ça. Donc, quand moi j'y vais, je vais voir la salariée avec qui on s'entend très bien et je lui dis "il y a un nouveau protocole, un nouveau truc ? ». Et elle me dit, « non non », ou « ah bah oui tiens, maintenant Nicolas m'a dit qu'il fallait absolument qu'on fasse si ou ça ». Le seul que moi je connais qui a un protocole écrit c'était à [nom de ville]. Mais sinon, pour le reste, c'est pas vraiment écrit. Il n'y a pas un classeur avec des protocoles, mais disons que tu te le passes de salariés en salariés. » (Sébastien, 40 ans, vétérinaire effectuant uniquement des remplacements sur tout le territoire français).*

S'il existe des protocoles médicaux, la liberté d'exercice des vétérinaires est donc réduite. Toutefois, certains protocoles sont le fruit de concertations entre les différent.e.s vétérinaires d'une clinique qui se mettent d'accord sur les protocoles à suivre, visant à harmoniser les pratiques au sein de l'équipe.

Par ailleurs, d'autres facteurs jouent également sur l'autonomie des vétérinaires dans l'exercice de la médecine vétérinaire. D'une part, l'ancienneté de la structure : moins une clinique est récente, plus les vétérinaires employé.e.s peinent à imposer leur façon de pratiquer la médecine vétérinaire car certaines façons de travailler sont instituées depuis une période de temps importante. Ce phénomène relève de la *dépendance au sentier* : les choix organisationnels passés conditionnent les pratiques présentes, ce qui rend difficile toute remise en question et transformation de ces façons de faire instituées (David, 1985 ; Mahoney, 2000). Ainsi, les cliniques plus anciennes tendent à privilégier *l'exploitation* au sens de March (1991) : c'est-à-dire de se reposer sur des routines établies, plutôt que *l'exploration*, de pratiques nouvelles et incertaines. D'autre part, le nombre de vétérinaires au sein de l'équipe de la clinique est également important. En effet, plus une clinique comporte un nombre important de vétérinaires,

plus des protocoles médicaux ont tendance à être mis en place, dans un objectif de coordination des pratiques, parue comme nécessaire pour les propriétaires et les AV.

Dans le cas d'une réduction de leur autonomie dans le cadre de leur travail, les soignant.e.s, comme l'explique Atwood-Harvey (2005), développent des stratégies de distanciation morale (suspension temporaire des affects), de rationalisation (trouver des justifications qui crée la légitimité), et la séparation identitaire (se distancier soi de ce que l'on fait au travail), dans le but de gérer le décalage entre leur convictions et façon de concevoir le soin, et les gestes qu'ils doivent accomplir dans leur lieu d'exercice.

Ces observations sont particulièrement intéressantes puisque le modèle du salariat gagne du terrain dans la profession vétérinaire. Plusieurs auteur.rice.s associent cette tendance à la féminisation du métier : les femmes, surreprésentées parmi les salarié.e.s, privilégieraient ce statut à celui de chef d'entreprise pour échapper aux charges administratives et fiscales, et ainsi bénéficier d'horaires plus compatibles avec les tâches domestiques (Irvine & Vermilya, 2010 ; Fontanini, 2020).

Toutefois, d'autres études nuancent ce propos insistant sur un changement générationnel plus large, mis en lumière par des effets d'âge. Comme le montre Charles (2004), bien qu'un écart subsiste entre hommes et femmes, les femmes exerçant, pour toutes tranches d'âge, moins à leur compte que les hommes, les vétérinaires des tranches d'âge supérieures exercent davantage à leur compte que les vétérinaires plus jeunes qui sont davantage salarié.e.s, peu importe leur sexe. Selon Paulet (2011) les nouv.eaux.elles venu.e.s dans la profession, hommes comme femmes, tendent à vouloir mieux concilier leur vie professionnelle et leur vie privée.

### **CHAPITRE 3. Quand l'espace et l'équipe façonnent le soin : les conditions concrètes d'exercice du soin**

Ce chapitre porte sur les conditions concrètes d'exercice du soin, à savoir la configuration matérielle des espaces et la composition des équipes. Ces deux dimensions structurent la proximité physique, le rythme de travail et la temporalité des soins.

#### **1) L'architecture du soin : des espaces qui conditionnent les interactions**

La configuration des locaux influencent directement les interactions entre soignant.e.s et patients. En effet, bien que toutes les cliniques comprennent des espaces similaires, leur nombre et leur agencement varient d'une clinique à l'autre, ce qui influence les conditions de travail.

Le nombre de salles de consultation est important. Plus elles sont nombreuses, plus de consultations pouvant avoir lieu simultanément augmente. Cela augmente la fréquentation de la salle d'attente, et donc le stress des animaux qui sont au contact de leurs congénères. Comme vu en partie II, le niveau de stress des animaux impacte leur « docilité » et complexifie leur manipulation. Par ailleurs, plus il y a de salles de consultation, plus augmente le nombre de vétérinaires qui peuvent travailler au même moment, ce qui favorise les échanges entre collègues et renforce la collégialité du diagnostic et choix thérapeutique. À l'inverse, un.e vétérinaire seul.e peut se retrouver avec plusieurs salles de consultations. Iel peut s'adonner au système des « doublons » en jonglant entre des consultations très rapprochées entre lesquelles

iel alterne pendant les temps d'attente (de résultats suite à des analyses). Ce système n'est pas pratiqué dans toutes les cliniques et repose sur un choix stratégique visant à optimiser le temps du/de la vétérinaire. Il est parfois imposé par le.la patron.ne, comme dans la clinique vétérinaire Médianimal, ce qui pouvait être perçu négativement par les vétérinaires relationnel.le.s car cela réduit le temps qui peut être passé lors de chaque consultation, implique des interactions plus rapides et réduit le temps du *travail sentimental*.

Le nombre et la spécialisation des salles d'hospitalisation et d'attente a également un impact. Certaines cliniques, plus récentes séparent les salles d'hospitalisation et/ou d'attente entre chiens et chats. Cela permet de limiter le niveau de stress des chats en particulier, qui sont particulièrement sensibles à la présence des chiens. Ces cliniques, appelées « cat friendly » institutionnalisent une approche différenciée du soin en fonction des espèces traitées et adaptent l'environnement matériel aux spécificités comportementales des chats.

Enfin, la localisation des cages influence aussi la relation de soin. Dans la plupart des cliniques, ces cages sont placées dans des salles d'hospitalisation. Toutefois, il existe des cliniques, plus exiguës, où les cages se trouvent dans des espaces de travail, par exemple la salle de préparation à la clinique du Parc. Une telle configuration exposait les animaux à certains bruits (par exemple celui des détartrages), ce qui augmentait leur niveau de stress, impactant leur « docilité ».

D'autre part, les soignant.e.s se trouvant régulièrement dans cet espace, cela augmentait les interactions entre soignant.e.s et animaux. Dans les autres cliniques, les soignant.e.s venaient interagir avec les animaux dans leur cage lorsqu'ils décidaient de se rendre en salle d'hospitalisation. À la clinique vétérinaire du Parc, les soignant.e.s passaient souvent devant les cages pour réaliser d'autres tâches et, dans le même temps, s'adressaient aux animaux ou ouvrait quelques instants leurs cages pour leur faire quelques caresses. Ainsi, iels avaient plus fréquemment des *interactions relationnelles* avec les animaux que les autres cliniques que j'ai pu observer.

## **2) Travailler seul.e ou en équipe : implications pour la relation de soin**

Chaque clinique vétérinaire repose sur une équipe de soignant.e.s. Le nombre de soignant.e.s exerçant dans chaque clinique influencent l'exercice de leur profession et leurs interactions avec les animaux. À partir de mes analyses, j'ai distingué trois catégories de cliniques selon les influences qu'ont le nombre de soignant.e.s sur la pratique de leur métier. Ce facteur est important à comprendre car les cliniques vétérinaires tendent au cours du temps à se constituer d'équipes de plus en plus grandes (Henry & Treanor, 2012) dans le soucis d'assurer une meilleure gestion de la charge de travail, valorisée par les femmes et jeunes soignant.e.s (Gottero Arban, 2025).

Premièrement, il existe des petites cliniques constituées d'un.e ou deux vétérinaires et quelques AV. La charge de travail y est importante, car le nombre de soignant.e.s qui y travaille est limité. Iels doivent donc travailler avec plus de « rapidité », ce qui peut limiter le temps consacré aux consultations et aux animaux en hospitalisation. La gestion des urgences est particulièrement complexe car le nombre de vétérinaires étant faible, le planning y est complet continuellement, ce qui ne laisse pas de « trou » permettant de prendre en charge les urgences. Dans ces cliniques,

les vétérinaires ont un degré d'autonomie important car le travail en équipe est inexistant ou limité. Ainsi, le processus de diagnostic est plutôt individuel. En cas de doutes, iels peuvent demander l'avis d'un.e collègue vétérinaire, de sa propre équipe ou travaillant dans une autre structure, par message ou mail, mais leur réponse n'est pas instantanée.

Deuxièmement, il existe des cliniques plutôt moyennes, avec 3 à 4 vétérinaires, et un nombre d'AV plus ou moins équivalent. Les vétérinaires y ont une charge de travail moins importante. En effet, davantage de vétérinaires sont présent.e.s sur place au même moment, ce qui leur permet de se répartir les consultations et les soins de façon plus équilibrée. Cela leur permet notamment de pouvoir mieux gérer les urgences car iels peuvent mieux se « relayer » entre elleux lorsque cela est nécessaire. Pour les AV, leur charge de travail dépend du ratio avec les vétérinaires. Un.e AV est seule avec deux ou trois vétérinaires aura une charge de travail plus conséquente que dans une plus petite structure où elle aurait été seule avec un.e vétérinaire, car le nombre d'animaux pris en charge dans la structure par journée y est plus important. Toutefois, si leur nombre s'équilibre, leur charge de travail diminue. Cette seconde situation est plus courante et les AV de ces cliniques tendent donc à avoir davantage de temps pour réaliser leurs tâches. Les vétérinaires et AV peuvent donc, dans ce cas, réaliser les consultations et les soins avec plus de temps.

En outre, le nombre de vétérinaires étant plus élevé, certains protocoles médicaux et contraintes en termes de médicaments et molécules, à l'initiative du/de la ou des patron.ne.s ou choisis en concertation par toutes les vétérinaires, peuvent se mettre en place. Le travail de soin peut donc être davantage contraint pour les vétérinaires. En outre, les vétérinaires sont en présence d'au moins un.e autre collègue, qu'iels peuvent donc solliciter directement à propos d'un diagnostic ou d'un plan de traitement.

Troisièmement, les grandes cliniques comprennent 5 ou 6 vétérinaires et un nombre d'AV plus ou moins équivalent. Dans ces cliniques, les vétérinaires relatent d'une charge de travail moins importante, notamment car leur nombre leur permet de se « relayer » facilement en cas d'urgences et d'imprévus (c'est-à-dire des consultations qui demandent davantage de temps que prévu). Avoir une grande équipe de vétérinaires permet alors aux vétérinaires d'avoir plus de temps pour chaque « cas » :

*« Parfois, on prend un rendez-vous, on pense que, ça va durer dix minutes et puis après, ça va durer deux heures. Et du coup, les deux heures qu'on passe avec ces gens-là, c'est les trois rendez-vous qu'on a derrière qu'on ne peut pas prendre. Donc, si nos petits camarades peuvent nous les prendre, ça nous arrange bien. Voilà, c'est le confort d'être plus nombreux. Les vétos qui sont seuls, dès qu'il y a quelque chose qui sort de leur rendez-vous ils sont embêtés. Nous, le fait d'être nombreux, on va perdre du temps sur celui-là, mais c'est notre petit copain qui va rattraper celui d'à côté. » (Antonino, 60 ans, vétérinaire associé).*

À l'inverse, les AV relatent d'une charge de travail plus importante dans ce type de clinique. En effet, ces cliniques ont en général des moyens matériels davantage important, ce qui implique la réalisation d'examen.s et d'acte.s (notamment des chirurgies) supplémentaires qui demandent un travail d'entretien et de préparation conséquent :

*« Dans les grosses cliniques, on va faire beaucoup plus de chirurgies, de chirurgies lourdes. Il y a une charge de travail qui est beaucoup plus importante. Ici, tu as vu un peu comment ça se passe, on n'a pas grand-chose à préparer. Quand tu travailles dans des grosses cliniques, déjà quand il y a de l'orthopédie, juste pour une chirurgie orthopédique il faut compter 3-4 heures, facile, entre préparer l'animal, entre préparer la salle... Donc il y a beaucoup plus de travail au niveau de tout : la préparation du matériel, le stock du matériel... » (Sophie, 44 ans, AV).*

D'ailleurs, ce sont des cliniques qui possèdent généralement un service de garde, contrairement aux deux autres catégories. Ainsi, le suivi des animaux y est prolongé car ils sont moins amenés à « référer » des animaux dans d'autres structures et peuvent les hospitaliser. Cela favorise donc l'attachement des soignant.e.s aux animaux soignés.

En outre, les vétérinaires y ont davantage l'habitude de se consulter dans le cadre du processus de diagnostic et du choix du plan de traitement. De plus, les vétérinaires y ont le plus souvent une préférence assez affirmée, même s'ils ne sont pas formellement spécialiste, dans une branche de la médecine vétérinaire. Ainsi, chacun.e est consulté par ses collègues selon ses compétences préférentielles.

Les protocoles médicaux, eux, sont davantage standardisés dans ce type de cliniques car les soignant.e.s considèrent comme important qu'il existe une forme « d'homogénéité » et de « cohérence » de la prise en charge des animaux. Cela est notamment important dans le cadre du soin des animaux hospitalisés, car les vétérinaires qui s'occupent de ces animaux ne sont pas les mêmes d'une journée à l'autre ou d'une nuit à l'autre. Cela permet également de simplifier le travail des AV qui doivent moins s'adapter à la pratique médicale de chaque vétérinaire.

Contrairement aux idées reçues, la taille n'implique pas une relation moins « personnalisée » que les cliniques de plus petite taille : les propriétaires expriment souvent une préférence pour un.e vétérinaire en particulier, assurant une certaine continuité du suivi.

Ainsi, j'ai pu observer que ce n'est pas tant la durée des créneaux de consultation qui détermine la durée des interactions, car ces derniers sont harmonisés d'une clinique à l'autre (un créneau dure généralement entre quinze et vingt minutes, et plusieurs créneaux sont « bloqués » s'ils anticipent que la consultation demandera des examens complémentaires). Ce qui est déterminant, c'est la capacité qu'ont les soignant.e.s à absorber les imprévus, c'est-à-dire les urgences et les consultations qui « débordent ». Plus l'équipe est réduite, plus les soignant.e.s doivent travailler dans la rapidité, au détriment du temps dédié aux interactions relationnelles et du *travail sentimental* (patience et douceur) :

*« Dans mon ancienne structure, où il y avait deux vétérinaires, je ne dirais pas qu'on n'était pas dans le bien-être animal, mais on avait tendance à... On avait tendance à moins prendre le temps parce qu'on ne l'avait pas, et on avait tendance à moins être patient entre guillemet, que ce soit pour la réalisation de soins ou pour des petits actes. Alors que dans ma structure actuelle, on a tendance à plus prendre notre temps. » (Elodie, 25 ans, AV).*

Le manque de temps peut mener les soignant.e.s relationnelles à ressentir de la « frustration » quant au fait de ne pas pouvoir passer davantage de temps avec les animaux et d'être contrain.t.e.s d'avoir des interactions trop « froides » et « expéditives » avec eux par manque de temps. Ainsi, des soignant.e.s davantage relationnel.le.s peuvent dans ce cas s'inscrire dans la cité industrielle, bien que contraire à leur registre de justification préférentiel. Ce « manque de temps » peu d'ailleurs mener les soignant.e.s, bien qu'iels soient relationnel.le.s, à percevoir négativement les propriétaires et les animaux qui leur font « perdre leur temps », parce qu'iels posent trop de questions (pour les propriétaires), ou car iels sont trop peu « dociles » et « coopératifs » (pour les animaux).

## **CHAPITRE IV. De l'indépendance au regroupement : enjeux des cliniques vétérinaires de groupe**

### **1) Genèse et structuration des groupes en contexte français**

Le modèle des groupes de cliniques vétérinaires, qui désigne un ensemble de cliniques vétérinaires rassemblées sous une même entité juridique et financière, est né aux États-Unis dans les années 1990 et s'est diffusé en France à partir de 2010 (Frayssinet & Baralon, 2020b). Il était impossible d'implanter ce modèle auparavant en France car l'usage des SEL était limité par des contraintes réglementaires : seul.e.s les vétérinaires en exercice étaient autorisés à posséder une clinique, iels ne pouvaient avoir qu'un nombre limité de domiciles professionnels et ne pouvaient employer qu'un nombre restreint d'employé.e.s. En 2010, la *directive européenne Services* (Directive 2006/123/CE, 2006) a été transposée dans le droit français (Décret n°2010-780, 2010), ce qui a mené à un assouplissement de ces contraintes : suppression des limites du nombre de cliniques et d'employé.e.s par vétérinaire et ouverture du capital des cliniques à des investiss.eur.euse.s non vétérinaires. Ont donc été rendues opérationnelles des structures sociétaires comme les SELARL et les SELAS pour les vétérinaires. Le premier groupe français, MonVéto, a donc vu le jour en 2010, suivi par d'autres comme Univet et VetOne (Frayssinet & Baralon, 2020a). Et en 2012, l'instauration des SPFPL a renforcé cette dynamique (Décret n°2012-1392, 2012). Depuis, de grands groupes internationaux, tels qu'IVC Evidensia ou Anicura se sont implantés en France, bien que les groupes nationaux restent majoritaires (Frayssinet & Baralon, 2020a). En France, la majorité du capital de ces groupes appartient à des vétérinaires et des fonds d'investissement (Frayssinet & Baralon, 2020b).

Ces groupes peuvent être de tailles variées. Ce que j'appellerai ici les petits groupes comprennent quelques cliniques, les groupes de taille moyenne plusieurs dizaine, et, finalement, les grands groupes plusieurs centaines de cliniques. Bien que leur mode de fonctionnement soit différent, ils fonctionnent bien à partir de principes communs que sont la mutualisation des compétences, des ressources matérielles et humaines, et l'économie d'échelle. La mutualisation des ressources et des compétences consiste en la collectivisation des moyens humains et matériels, qui permet de référer des « cas complexes » dans d'autres cliniques du même groupe qui ont les moyens matériel (technologies) et humains (spécialistes) nécessaires à leur prise en charge. Cela permet de « garder les cas en interne » et ne pas les « référer » dans des structures externes. De plus, il s'agit de se répartir du matériel médical, des médicaments, des consommables et des molécules entre cliniques, lorsque certaines en ont

trop et d'autres pas assez. En outre, il s'agit aussi de pouvoir mobiliser des membres du personnel, AV et vétérinaires, d'une clinique à l'autre du même groupe si nécessaire (sous-effectif, congés, pic d'activité, etc.) plutôt que de recruter de nouveaux venus. Finalement, le principe d'économie d'échelle repose sur la réalisation d'achats groupés de médicaments, de molécules et de matériaux aux mêmes laboratoires et entreprises, afin de réduire leur coût à l'unité.

Afin de comparer les interactions soignant.e.s-animaux en clinique indépendante et en clinique de groupe, j'ai analysé deux cliniques appartenant à des groupes : Médianimal, issue d'un petit groupe de cinq cliniques détenues par un vétérinaire, et la clinique des Compagnons, intégrée au grand groupe Vétinéo. Ces deux cas-limites permettent d'interroger les effets de l'appartenance à un groupe, et de leur taille, sur les rapports entre soignant.e.s et soignés.

## **2) Petit groupe de cliniques : gestion souple et hiérarchie simpliste**

Stéphane, 39 ans, est le fondateur du groupe Vetalia auquel appartient la clinique Médianimal. Ce dernier avait pour ambition de détenir plusieurs cliniques (à présent cinq) proches géographiquement afin d'offrir, à partir de plusieurs cliniques, les mêmes services que ceux proposés par un CHV. Il est à la fois praticien (2 jours par semaine) et gestionnaire de ses cliniques. C'est lui qui est « *presque responsable de tout* » et, à ce titre, gère toutes les responsabilités et tâches qui incombent aux vétérinaires entrepreneurs individuels et associés : gestion des ressources humaines (planning, contrats, rémunération), gestion économique (politiques tarifaires, comptabilité), maintenance des structures (replacements de matériel, travaux), gestion des rapports avec les entreprises externes (gestion des contrats et des achats de matériel, des médicaments et molécules) et gestion des problèmes au quotidien (problèmes techniques et litiges avec les clients).

Ainsi, la hiérarchie est simple, car il n'existe pas d'intermédiaire entre le patron et les professionnels. Il n'existait pas de hiérarchie au sein de chaque clinique du groupe (avec un.e vétérinaire ou AV qui ferait le lien entre le personnel de la clinique et le supérieur). Si les vétérinaires ou AV ont des requêtes, ils s'adressent directement à leur patron, par message ou par mail. De plus, ses employés m'ont expliqué se sentir libres de pouvoir formuler certaines requêtes et se sentir inclus.es dans les décisions qui concernaient l'organisation quotidienne de leur lieu d'exercice. À ce titre, étaient réalisées régulièrement des réunions de personnel, ce qui est assez différent des petites cliniques indépendantes où sont peu réalisées de réunions formelles. Des réunions sont davantage tenues dans des cliniques avec davantage de personnel, où un besoin de coordination est nécessaire. Dans le groupe Vetalia, des réunions réunissaient les vétérinaires des différentes cliniques toutes les six semaines. Les réunions entre le patron et les AV étaient moins fréquentes, à raison de quelques-unes par an. Ces réunions sont l'occasion de discuter des requêtes des professionnels et donc pour le patron de les inclure dans le processus décisionnel. Toutefois, il reste bien décisionnaire en dernière instance, et ses décisions peuvent être perçues comme des contraintes pour les professionnels (imposition des temps de pause, du système de « doublon », etc.). De plus, Stéphane laisse une grande liberté d'exercice aux vétérinaires : il n'impose pas de protocoles médicaux et leur laisse une liberté totale de prescription. Chaque clinique s'organise à sa façon, et dans la clinique

Médianimal, il n'existait pas de protocolisation interne à l'équipe : chaque vétérinaire travaillait selon ses propres protocoles et ils n'ont pas décidé collectivement d'harmoniser leurs pratiques.

Ainsi, dans un petit groupe, la pratique du métier de vétérinaire ou d'AV reste similaire à la pratique en clinique indépendante. Tout dépend du degré de liberté (imposition ou non de protocoles ou de médicaments) et d'implication des professionnel.le.s dans le processus décisionnel que donne la.le(s) patron.ne.s aux employé.e.s, tout comme dans les cliniques indépendantes. Il n'y a donc pas de différence notable d'interactions entre soignant.e.s et soignés dans les cliniques vétérinaires indépendantes et celles de petits groupes comme Vetalia.

La différence notable entre une clinique indépendante et une clinique d'un petit groupe repose sur le principe de mutualisation des compétences. Puisque la plupart des vétérinaires et AV travaillent dans plusieurs structures, cela leur demande une capacité d'adaptation importante de leur part, au matériel disponible dans chaque clinique (qui demande par exemple un entretien différent), ainsi qu'à l'équipe qui y travaille (car ils peuvent exercer différemment).

### **3) Entre organisation pyramidale et fonctions support : la structuration des grands groupes**

Le groupe Vétinéo fonctionne différemment. Ce dernier est gouverné par plusieurs vétérinaires associé.e.s qui en détiennent une majorité du capital, ainsi qu'un fond d'investissement. Ainsi, au sommet de la hiérarchie on trouve la direction générale, composée des vétérinaires fondateur.rice.s qui décident de ses grandes orientations stratégiques (objectifs de développement, positionnement sur le marché, etc.). L'un de ces vétérinaires est le directeur médical qui conseille les cliniques à propos des questions médicales en formulant des recommandations (tels que des protocoles de soin) qui ne sont pas contraignantes. Un autre de ces vétérinaires est le directeur des opérations : il supervise les directeur.rice.s régionaux.ales, qui sont chargé.e.s de superviser le fonctionnement des cliniques d'une zone géographique définie de la France. Ils s'assurent notamment de faire le lien entre les orientations stratégiques définies par la direction générale et le terrain, par l'intermédiaire de leur supervision des manager.se.s régionaux.ales. Ceux-ci gèrent plusieurs cliniques d'un même espace géographique et font le lien direct entre ces dernières et la direction régionale à partir de réunions (souvent mensuelles) avec les équipes sur place. Leurs objectifs est d'écouter les demandes des équipes de soignant.e.s, de suivre l'évolution de leur chiffre d'affaire et de leur transmettre les directives du groupe. Au niveau local, chaque clinique est dirigée par un.e responsable de clinique, qui lui.elle-même effectue le lien entre l'équipe soignante et le.la responsable régional.e. À ce titre, ils se chargent d'organiser les plannings, de remonter les informations au groupe et de mettre en oeuvre les directives. Les équipes soignantes sont composées de vétérinaires et d'AV, le plus souvent salarié.e.s, bien que certain.e.s soient collaborateur.rice.s libér.aux.ales.

Cette organisation pyramidale est traversée de fonctions supports, c'est-à-dire des services spécialisés qui gèrent de façon transversale un ensemble de composantes relatives à chaque clinique. Ces fonctions s'apparentent donc à différents pôles thématiques, notamment : le pôle finance/comptabilité (réalisation des bilans comptables, analyse des chiffres d'affaires de

chaque clinique, calcul de la rentabilité), le pôle ressources humaines (gestion des contrats et fiches de paie, centralisation du recrutement), le pôle maintenance/logistique (coordination des travaux), et le pôle communication/marketing (gestion de l'image du groupe, communication interne et externe).

Deux types de vétérinaires vendent leur clinique à un groupe de ce type : les vétérinaires proches de la retraite, pour qui la revente à un groupe est plus simple (car la plupart des jeunes vétérinaires créent leur propre clinique plutôt que de racheter une clientèle) et rentable que la vente à un.e confrère/consœur (les groupes rachetant les cliniques beaucoup plus chers) (Frayssinet & Baralon, 2020a) ; et ceux qui ne sont pas proches de la retraite mais qui souhaitent se décharger des tâches administratives et responsabilités qui incombent aux chef.fe.s d'entreprise (responsabilité de la santé des travailleur.euse.s et de leurs actes au pénal). Ces derniers deviennent alors salarié.e.s ou collaborateur.rice.s au sein de leur ancienne structure et concentrent leur tâche sur la pratique de la médecine vétérinaire.

#### **4) Entre obligations et recommandations : pratiquer dans un grand groupe**

Le rachat d'une clinique par un grand groupe implique une relégation d'une partie des responsabilités et tâches autrefois sous la charge des vétérinaires entrepreneur.e.s individuel.le.s ou des vétérinaires associé.e.s à un niveau supérieur : la gestion des ressources humaines (les supérieur.e.s se chargent du recrutement, de la gestion des contrats et des salaires, de la réalisation des plannings et des remplacements), la gestion économique (les supérieur.e.s fixent le prix des prestations, médicaments et consommables, et se chargent de la comptabilité), la gestion des partenariats avec des entreprises externes (les supérieur.e.s imposent les laboratoires et entreprises partenaires pour l'approvisionnement du matériel médical, des médicaments et molécules), le choix de certains outils de travail (imposition du logiciel métier par exemple).

En outre, les professionnel.le.s en clinique ne sont plus libres de réaliser certaines actions en autonomie comme l'achat de matériel par exemple. Ces demandes doivent être formulées à leur manager.se régional.e qui peut accepter ou refuser leur demande. Par ailleurs, il arrive également que les supérieur.e.s prennent des décisions ponctuelles et les imposent à leur cliniques. Par exemple, la direction générale de Vétinéo a décidé que toutes les cliniques du groupe devaient proposer aux propriétaires de pouvoir prendre rendez-vous à partir d'une plateforme en ligne. Certaines impositions sont également propres à chaque clinique. Par exemple, à la clinique vétérinaire des Compagnons, le groupe a décidé de supprimer leur service de garde. Il existe donc une forme de rationalisation du travail de soin (Strauss & al., 1985), puisque le degré de flexibilité des soignant.e.s quant à l'organisation de leur travail décroît.

Toutefois, certains éléments peuvent aussi être recommandés par les groupes, plutôt qu'imposés. Cela concerne par exemple les marques de consommables vendus dans ces cliniques ainsi que certains protocoles médicaux, qui sont recommandés par le directeur médical. Leur responsable régionaux.ale peut également leur recommander certains éléments concernant l'organisation quotidienne de la clinique, comme les heures d'ouverture, la durée des pauses et des consultations. Iels sont ensuite libres de suivre ces recommandations ou non. Finalement, un catalogue de médicaments est également recommandé aux vétérinaires. Ainsi,

s'il existe plusieurs galéniques pour un même produit, il est recommandé aux soignant.e.s de commander un produit auprès d'un laboratoire en particulier, car le groupe négocie les prix avec ce dernier. Toutefois, ce dernier élément est à nuancer car d'une clinique à l'autre, le.la manager.se régional.e présentait ce catalogue plutôt comme une recommandation ou une obligation.

Les AV et vétérinaires qui étaient autrefois collaborateur.rice.s libéra.ux.les ou salarié.e.s avant le rachat de leur clinique voient donc l'organisation de leur travail modifiée. Toutefois, l'ampleur de ce changement dépend de leur degré d'implication initial dans la gestion quotidienne de la structure. Ceux qui étaient activement impliqués dans les décisions liées à l'organisation interne de la clinique, et qui bénéficiaient d'une large autonomie dans leur pratique de la médecine (liberté de prescription et de choix thérapeutiques) expérimentent donc un cadre de travail davantage contraint, tant dans le fonctionnement de la clinique que dans le travail de soin. À l'inverse, ceux qui n'étaient que peu ou pas impliqué.e.s dans la gestion de la clinique et exerçaient leur travail de soin de façon encadrée ne connaissent pas une transformation radicale de leur quotidien. Le changement réside alors moins dans la perte d'autonomie que dans le contenu concret des prescriptions, puisqu'elles émanent d'act.eur.rice.s et d'instances différentes. Dans les deux cas, il y a toutefois une transformation structurelle du cadre d'exercice, puisque, bien que les responsables de clinique conservent un certain pouvoir de décision, celui-ci est limité pour certaines thématiques (notamment en ce qui concerne les achats de matériel, les travaux, ou certains choix organisationnels). En ce sens, certaines décisions ne peuvent plus être prises en concertation directe entre les soignant.e.s et leur responsable de clinique, car ni l'un ni l'autre ne détiennent l'autonomie nécessaire pour statuer sur ces sujets. Cela modifie donc les équilibres internes de pouvoir dans la clinique et reconfigure les marges de négociation collective autour du travail de soin.

Ces transformations organisationnelles liées à la consolidation du secteur vétérinaire participent à un processus de rationalisation au sens de Max Weber (1971). Ce dernier définit la rationalisation comme une dynamique des sociétés modernes fondée sur l'orientation, de l'ensemble des pratiques sociales, vers la prévisibilité, la calculabilité et la formalité des pratiques. Les grands groupes vétérinaires français s'inscrivent dans une logique de *rationalisation formelle*, en visant une plus grande efficacité des pratiques à partir d'un affaiblissement des capacités locales d'adaptation, la segmentation des rôles, la centralisation des décisions et l'uniformisation des ressources. Ils prennent ainsi la forme d'organisations bureaucratiques visant une efficacité standardisée. Toutefois, ces groupes mobilisent aussi un discours managérial propre au capitalisme par projet (Boltanski & Chiapello, 1999). En effet, d'une part, bien que Vétineo impose un cadre, il est attendu des professionnel.le.s qu'ils restent également flexibles, autonomes, engagé.e.s et responsables dans leur pratique quotidienne. De plus, ces groupes reposent sur une logique de réseau, où chaque clinique est un réseau piloté à distance via des dispositifs d'évaluation (tableaux de bord, recommandations), créant une autonomie encadrée, soumise à des injonctions de performance, caractéristique du capitalisme par projet (Boltanski & Chiapello, 1999). Leur autonomie est donc suscitée, mais est conditionnelle.

Face à ces logiques, les soignant.e.s ne restent pas passif.ve.s. Comme le montrent Crozier et Friedberg (1977), les acteur.rice.s développent des stratégies pour préserver des marges de manœuvre. À ce titre, j'ai pu observer plusieurs pratiques visant à contourner les prescriptions du groupe, notamment concernant les médicaments et les tarifs, permettant une redéfinition locale des *règles du jeu*. Ainsi, concernant les médicaments, certain.e.s vétérinaires continuent à commander discrètement des médicaments hors catalogue, jugés plus adaptés à leurs pratiques (par exemple, des comprimés au lieu de gélules). Iels les commandent alors en petites quantités et/ou les cachent lors des visites de leur manageu.r.se régional.e. Iels développent également des stratégies permettant de contourner l'imposition des tarifs, qui sont jugés comme excessifs. De fait, dans certaines cliniques du groupe, iels réduisent ces tarifs (en modifiant directement les factures) ou ne facturent tout simplement pas des tarifs considérés comme trop élevés (préférant ne pas facturer que facturer trop cher). Ainsi, iels tentent de maintenir un équilibre entre contraintes organisationnelles et éthique professionnelle. Les membres des cliniques s'adonnant à ce type de ruses expliquent que leurs supérieur.e.s ne portent pas attention aux détails de leur facturation car leur clinique « marche bien » et que, de toute façon iels n'ont, de ce fait, « rien à leur dire ». En outre, iels m'ont expliqué avoir régulièrement exprimé leur mécontentement quant à l'imposition des prix ou d'autres éléments, mais le partage de leur opinion mène peut à des changements d'orientation de la part du groupe.

Ces contournements s'apparentent à des formes d'*effets pervers*, c'est-à-dire des conséquences imprévues dans la logique d'un système et ayant à l'encontre de ce que le système cherche à produire (Crozier & Friedberg, 1977). Ils traduisent des besoins d'ajustements quotidiens propres aux dynamiques locales du soin, face à des règles perçues comme contraignantes. Les soignant.e.s ne se contentent pas de les appliquer : iels les négocient, les détournent ou les réinterprètent à travers leurs pratiques concrètes. Ce travail d'adaptation s'inscrit dans une *rationalité limitée* (Simon, 1997), telle que reprise par Crozier et Friedberg, qui désigne les décisions prises dans des contextes d'incertitude, d'informations incomplètes et de contraintes pratiques. Ainsi, ces structures sont traversées d'ajustements, de négociations et de réappropriations locales, afin que les soignant.e.s rendent les logiques économiques propre au groupe cohérentes à leur éthique de soin (Zelizer, 1985).

### **5) Les interactions soignant.e.s-soignés face au travail en grand groupe**

Premièrement, plusieurs soignant.e.s ont relevé que leur rachat par un grand groupe avait mené à une diminution de la confiance des propriétaires envers leur équipe soignante. Les propriétaires auraient une image négative des groupes, perçus comme rendant le suivi orienté vers le profit. Iels percevaient tout particulièrement négativement l'augmentation des prix depuis le rachat. Pourtant, comme abordé au chapitre I, le rapport de confiance entre soignant.e.s et propriétaires est crucial, car il rend plus ou moins enclin.e.s les propriétaires à accepter les soins proposés et impacte la relation que peuvent avoir les soignant.e.s avec les animaux. Ainsi, la perte de confiance des propriétaires s'apparente à un autre *effet pervers* produit par le système du groupe (Crozier & Friedberg, 1977).

Deuxièmement, certaines décisions prises par le groupe à propos de certaines cliniques en particulier peut avoir une incidence importante sur les interactions entre soignant.e.s et soignés.

À titre d'exemple, la clinique vétérinaire des Compagnons a vu son service de garde être supprimé lors de son rachat. Outre le fait de considérer leurs cas comme moins « intéressants » comme nous l'avons vu, les soignantes exprimaient être « frustré.e.s » de n'assumer qu'une fraction de la prise en charge des animaux, et se sentent à présent moins « attaché.e.s » aux animaux car iels interagissent moins avec eux qu'auparavant.

Troisièmement, puisque sont recommandés un catalogue de médicaments, des marques de consommables et certains protocoles médicaux, il peut exister une forme de standardisation de la pratique de soin. Toutefois comme nous l'avons vu, le catalogue de médicaments n'est toujours respecté. Concernant les protocoles médicaux recommandés par le directeur médical, ceux-ci sont partagés lors de réunions de personnel, de conférences tenues par le groupe, ou dans des documents fournis aux cliniques. Bien que cela soit des recommandations, un nombre important de soignant.e.s m'ont expliqué s'y fier. Les protocoles anesthésiques sont particulièrement adoptés par ces soignant.e.s. Dans ce cadre, plusieurs fiches protocolaires de Vétinéo étaient notamment affichées dans la salle de chirurgie de la clinique vétérinaire des Compagnons.

Quatrièmement, la question économique a également son importance. Tout d'abord, l'augmentation des prix impacte la prise en charge médicale des animaux car, comme nous l'avons vu au chapitre I, les animaux sont au prisme de considérations émotionnelles et économiques. D'ailleurs, de nombreux vétérinaires indépendant.e.s m'ayant informée avoir également augmenté leurs tarifs pour s'aligner sur ceux des grands groupes, ce sont plus globalement les prix pratiqués dans les cliniques vétérinaires canines qui se voient augmenter. Toutefois, les soignant.e.s remarquent, bien que la démarche soit plus longue, avoir accès à du matériel davantage onéreux et de meilleure qualité grâce au groupe, ce qui améliore la prise en charge médicale des animaux.

Finalement, bien que cela soit contre-intuitif, le rachat d'une clinique par le groupe Vétinéo ne semble pas créer pression à la rentabilité. À l'inverse, les soignant.e.s expérimentaient davantage de « pression » auparavant, lorsqu'iels travaillaient dans une clinique indépendante, où il était notamment nécessaire de faire très attention à la quantité de matériel utilisé et de faire très attention à éviter toute perte d'un.e propriétaire déçu.e des services. Les soignant.e.s du groupe Vétinéo, à l'inverse, ressentent une forme de détachement quant aux questions de rentabilité financière, ce qui leur permettrait de « mieux travailler », puisqu'iels peuvent entièrement se concentrer sur la santé de l'animal et la meilleure façon de les prendre en charge. D'ailleurs, bien qu'un objectif leur soit fixé en termes de chiffre d'affaire, ces soignant.e.s ne subissent pas de représailles s'iels n'arrivent pas à l'attendre

### **Conclusion de cette partie**

Cette partie IV a montré que les interactions entre soignant.e.s et animaux ne relèvent pas uniquement d'un ethos partagé et de styles professionnels, car elles s'ancrent aussi dans des dynamiques organisationnelles propres à chaque clinique, envisagée comme un *système d'action concret* (Crozier & Friedberg, 1977). Ces systèmes reposent sur des règles du jeu, explicites ou implicites, qui structurent la coopération entre les acteur.rice.s et définissent leur marges d'autonomie dans les pratiques de soin. La répartition des tâches entre AV et

vétérinaires, leur statut professionnel, leur implication dans les processus décisionnels, leur marge d'autonomie, la taille de l'équipe, la configuration des espaces ou encore le modèle d'affaires de chaque clinique façonnent ainsi les pratiques de soin et les styles relationnels avec les animaux.

## **Conclusion du mémoire**

Partant du constat d'absence de travaux sociologiques proposant une analyse d'ensemble de la structuration des interactions entre soignant.e.s et soignés en clinique vétérinaire canine (Scholz & Trede, 2023), l'objectif de ce présent mémoire était d'exposer *Comment les interactions entre soignant.e.s et animaux dans les cliniques vétérinaires canines se façonnent à l'intersection d'un ethos professionnel, de logiques d'action différenciées et de structures organisationnelles*. Cette question de recherche s'inscrit à la croisée de la sociologie des relations anthropozoologiques, du travail, de la santé et des organisations. Ainsi, mon travail de recherche reposait sur l'hypothèse selon laquelle les interactions entre soignant.e.s et soignés peuvent être comprises à partir de normes professionnelles instaurées, de styles professionnels différenciés, mais également de facteurs organisationnels. Afin de répondre à ma question de recherche, je me suis appuyée sur la réalisation d'observations ethnographiques dans trois cliniques vétérinaires de banlieue parisienne ayant un modèle d'affaires différent. Mes observations ont été complétées par des entretiens semi-directifs réalisés avec 55 enquêté.e.s, dont des vétérinaires, des AV, une directrice régionale et une manageuse régionale de Vétinéo et l'un des représentants de l'Ordre national des vétérinaires. J'ai également, bien que de façon marginale, pu effectuer de l'analyse de documents à partir de documents physiques que j'ai pu rencontrer au sein des cliniques observées.

## **Les résultats de l'enquête**

La première partie du mémoire montre que l'un des piliers de l'ethos professionnel des soignant.e.s en clinique vétérinaire est la relation triadique existant entre soignant.e.s, animaux et propriétaires. Ce modèle, souvent rapproché de la pédiatrie, implique une coopération contrainte où l'implication des propriétaires dans les actes de soin varie selon les cliniques, les professionnel.le.s et les demandes exprimées par les propriétaires. Dans ce cadre, et pour assurer la trajectoire de soin des patient.e.s, les soignant.e.s mobilisent un ensemble de stratégies comme la construction de la confiance, la pédagogie, la gestion des émotions et l'adaptation aux contraintes économiques. Enfin, la qualité des relations avec les propriétaires a des effets concrets sur les interactions entre soignant.e.s et animaux, car elle influence la manière dont sont perçus et pris en charge ces derniers.

La seconde partie exposait les trois grands éléments de structuration de l'ethos professionnel des soignant.e.s portant sur leurs interactions avec les animaux. D'une part, l'animal est avant tout perçu à travers son corps, car la capacité de le toucher et manipuler est une condition au soin. Iels valorisent alors la réalisation d'un *travail sentimental*, reposant sur les qualités de douceur et patience, qui permet de rendre le corps animal « docile ». D'autre part, l'animal est individualisé, ce qui implique une observation fine de ses réactions et un ajustement de sa manipulation en conséquence. En outre, l'ethos de ces professionnel.le.s comprend également un rapport à la mort omniprésent, entre les décès non provoqués et les euthanasies, ce qui demande aux soignant.e.s de développer des techniques de distanciation émotionnelle, transmise entre pairs.

La troisième partie mettait en lumière la diversité des logiques d'action entre soignant.e.s, et donc les différents styles professionnels internes à la profession qui se rapportent à différentes

façons d'interagir avec les animaux. J'ai ainsi pu dégager deux grandes catégories de soignant.e.s : les soignant.e.s relationnel.le.s, qui développent un attachement affectif pour les animaux et dont l'action relève souvent de la rationalité en valeur (Weber) et de la cité domestique (Boltanski & Thévenot) ; et les soignant.e.s technicien.ne.s, qui sont centré.e.s sur l'efficacité et sont plus distancié.e.s émotionnellement, avec une rationalité en finalité et une inscription dominante dans la cité industrielle. Ces catégories se déclinent selon l'âge et le genre des soignant.e.s. Ainsi, les différences de styles professionnels s'expliqueraient par des socialisations professionnelles différenciées et par la socialisation de genre. Toutefois, cette typologie n'est pas figée et rigide, car elle peut évoluer au cours de la carrière professionnelle et se décline en situation selon les caractéristiques des animaux et la temporalité des soins.

Finalement, la quatrième et dernière partie montre que les interactions entre soignant.e.s et animaux sont co-structurés par des dynamiques organisationnelles propres aux cliniques vétérinaires, à savoir : la répartition des tâches entre AV et vétérinaires, le statut professionnel et donc la position hiérarchique, la marge d'autonomie dans l'exercice de leur profession, les caractéristiques matérielles des cliniques et le modèle d'affaires des cliniques vétérinaires (clinique indépendante ou appartenant à un groupe). Ces différents facteurs influencent la façon dont le soin est pratiqué et les styles relationnels qui seront adoptés par les soignant.e.s. Ainsi, les dispositions individuelles sont transformées, rendues possibles ou contraintes par ces configurations structurelles.

### **Apports de l'étude**

Ce mémoire apporte une contribution originale à la sociologie des relations humains-animaux, du travail et des organisations, en montrant, à partir d'une enquête ethnographique, que les interactions entre soignant.e.s et soignés ne peuvent s'expliquer uniquement par des dispositions individuelles et un ethos professionnel, car elles s'ancrent, aussi, dans des configurations organisationnelles qui structurent les pratiques de soin. Ainsi, ce mémoire a l'intérêt de montrer les possibles conséquences des mutations récentes dans la profession, comme la féminisation, l'accroissement du nombre de soignant.e.s par équipe, ou encore le phénomène de consolidation qui prend place depuis une quinzaine d'années en France. En outre, mon étude est une analyse empirique des cliniques comme systèmes d'actions concrets (Crozier & Friedberg, 1977), ce qui m'a permis de mettre en lumière comment s'y structurent les règles du jeu, la coopération et la négociation entre acteur.rice.s qui s'y jouent. De plus, inspirée des travaux de Hochschild (1979, 1983) et de Zelizer (1989, 2000, 2005, 2011), mon enquête montre comment les émotions sont ajustées, travaillées ou empêchées, par l'ethos professionnel, les contraintes contextuelles et organisationnelles.

### **Limites de l'enquête et perspectives futures**

Toutefois, mon mémoire comporte également un ensemble de limites qu'il convient alors d'exposer afin d'orienter les futures recherches s'inscrivant dans la même lignée. Tout d'abord, bien que reposant sur une perspective comparative, en partant de l'observation de plusieurs cliniques différentes, mon nombre de terrains reste restreint. Afin de proposer une analyse plus complète, il serait ainsi nécessaire de multiplier les cliniques observées, notamment selon le

nombre de soignant.e.s qui y exercent car, bien que marginales, certaines cliniques comportent parfois une dizaine de vétérinaires.

En outre, mon étude souffre également de l'absence de groupes de cliniques de taille moyenne, qui, semble-t-il, ont également leur propre logique organisationnelle qu'il faudrait donc tâcher de comprendre. Cela permettrait notamment de tester l'hypothèse d'un gradient entre indépendance et rationalisation. Aussi, je me suis uniquement portée sur l'étude de groupes français, majoritaires. Toutefois, il serait nécessaire d'investiguer les groupes internationaux, qui sont donc implantés à l'international, leur culture managériale devant probablement différer de celle des groupes français. Il serait donc nécessaire d'investiguer la forme que prennent les interactions entre soignant.e.s et soignés dans ce type de groupes. En parallèle, il serait intéressant d'explorer de l'intérieur les groupes de cliniques vétérinaires, afin de comprendre comment se fabriquent leurs normes médicales et managériales, et de mieux comprendre les enjeux de pouvoir qui peuvent se jouer en interne entre les directeur.ice.s et les manager.se.s de ces groupes.

Enfin, une perspective complémentaire consisterait à analyser en particulier le rôle des propriétaires dans le déroulement des interactions au sein des cliniques. Comme ont pu me l'expliquer les soignant.e.s, il existe une diversité de profils de propriétaires, tant dans leurs comportements que leurs attentes envers les soignant.e.s. À ce titre, Blouin identifie trois types de propriétaires selon leur rapport aux animaux : les *dominationnistes*, qui considèrent les animaux de compagnie comme des êtres inférieurs et utiles (pour la protection, le travail, etc.), les *humanistes*, qui les élèvent au rang de membres de la famille et les assimilent souvent à des enfants, et les *protectionnistes*, qui accordent une valeur intrinsèque aux animaux et défendent leur bien-être au nom d'une éthique de respect et de justice. Il me semble important de comprendre comment les individus s'inscrivent dans une catégorie plutôt qu'une autre, et l'incidence d'une telle inscription sur les interactions entre soignant.e.s, soignés et propriétaires en clinique. Mobiliser Bourdieu me semble tout à fait pertinent dans ce cadre. Comme il le montre dans *La Distinction* (1979), les pratiques de consommation, les goûts et les jugements sont structurés par la position sociale des individus. Il montre ensuite dans *Le Sens pratique* (1980) que les pratiques sociales sont incorporées et relèvent d'un *sens pratique*. En ce sens, ses outils conceptuels montrent que les comportements des propriétaires vis-à-vis des animaux et des soignant.e.s relèvent de dispositions incorporées qui dépendent de leur position sociale. Une telle réflexion a été initiée par Morand et de Singly (2019), qui mettent en lumière que le rapport de proximité entre animaux et propriétaires dépend de leur trajectoire sociale, en montrant que les femmes et les personnes issues de milieux populaires ont plus souvent une relation de proximité forte avec leur animal de compagnie. Blouin (2012) montre également que le rapport des propriétaires aux animaux dépend de trajectoires biographiques, les personnes sans enfants, divorcées et âgées ayant un lien de proximité plus important à leurs animaux. Un travail plus approfondi et systématique serait nécessaire pour comprendre avec finesse la façon dont les trajectoires sociales des propriétaires façonnent leur rapport à leur animal de compagnie et les interactions qui peuvent en découler lorsqu'ils se rendent en ESV.

Il convient toutefois aussi de ne pas considérer que le rapport des propriétaires à leur animaux est figé car comme le souligne Líbano Monteiro (2024), les statuts attribués aux animaux de

compagnie par leurs propriétaires n'étant pas immuables. Ces dernière.s peuvent évoluer au fil du temps, en fonction des trajectoires familiales, des événements de vie et des transformations sociales, ce qui implique de mettre en lumière comme *le sens pratique* est modulé au cours des expériences de vie.

## **Bibliographie**

- Amblard, H., Bernoux, P., Herreros, G. & Livian, Y.F. (2005). *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*. Seuil.
- Arluke, A., Sanders C (1996). *Regarding Animals*. Temple University Press.
- Atwood-Harvey, D. (2003). *Interspecies Encounters: An Ethnography of a Veterinary Hospital* [Thèse de doctorat, Western Michigan University]. ScholarWorks at WMU. <https://scholarworks.wmich.edu/dissertations/1206/>
- Atwood-Harvey, D. (2005). Death or declaw: dealing with moral ambiguity in a veterinary hospital. *Society & Animals*, 13(4), 315-342. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16363088/>
- Beck, A. & Katcher, A. (1996). *Between Pets and People: The Importance of Animal Companionship*. Purdue University Press.
- Berger, P. & Luckmann, T. (1986). *La construction sociale de la réalité*. Méridiens Klincksieck.
- Bernoux, P. (1985). *La sociologie des organisations. Initiation théorique suivie de douze cas pratiques*. Le Seuil.
- Blouin, D. (2012). Understanding Relations between People and their Pets. *Sociology Compass*, 6, 856–869. <https://research-ebSCO-com.scPO.idm.oclc.org/c/5v7is5/viewer/pdf/odkvygkrbr>
- Blouin, D. (2013). Are Dogs Children, Companions, or Just Animals? Understanding Variations in People's Orientations toward Animals. *Anthrozoös*, 26(2), 279-294. <https://doi.org/10.2752/175303713X13636846944402>
- Boltanski, L. & Chiapello, E. (1999). *Le Nouvel Esprit Du Capitalisme*. Gallimard.
- Boltanski, L. & Thévenot, L. (2022). *De la justification : Les économies de la grandeur*. Gallimard.
- Bonnaud, L. & Fortané, N. (2016). État des lieux: Au-delà des crises de santé animale. Pour une sociologie de l'action publique vétérinaire. *Gouvernement et action publique*, 3(3), 131-140. [https://www.researchgate.net/publication/309003264\\_Etat\\_des\\_lieux\\_Au-dela\\_des\\_crisis\\_de\\_sante\\_animale\\_Pour\\_une\\_sociologie\\_de\\_l'action\\_publicue\\_veterinaire](https://www.researchgate.net/publication/309003264_Etat_des_lieux_Au-dela_des_crisis_de_sante_animale_Pour_une_sociologie_de_l'action_publicue_veterinaire)
- Bonnaud, L. et Fortané, N. (2018). L'État sanitaire de la profession vétérinaire. Action publique et régulation de l'activité professionnelle. *Sociologie*, 9(3), 253-268. <https://doi.org/10.3917/socio.093.0253>.
- Bonnaud, L. & Fortané, N. (2020). Being a vet: the veterinary profession in social science research. *Review of Agricultural, Food and Environmental Studies*, 102, 125-149. [https://www.researchgate.net/publication/340980771\\_Being\\_a\\_vetthe\\_veterinary\\_profession\\_in\\_social\\_sci ence\\_research](https://www.researchgate.net/publication/340980771_Being_a_vetthe_veterinary_profession_in_social_sci ence_research)
- Bourdieu, P. (1979). *La Distinction. Critique sociale du jugement*. Les Éditions de Minuit.
- Bourdieu, P. (1980). *Le sens pratique*. Les Éditions de Minuit.

- Callon, M. (1986). Éléments pour une sociologie de la traduction : La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de St Briec. *L'Année sociologique*, 36, 169–208. [https://yannickprimel.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/07/mcallon\\_la-domestication-des-coquilles-saint-jacques-et-des-marins-pc3aacheurs-dans-la-baie-de-saint-briec\\_1986.pdf](https://yannickprimel.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/07/mcallon_la-domestication-des-coquilles-saint-jacques-et-des-marins-pc3aacheurs-dans-la-baie-de-saint-briec_1986.pdf)
- Charles, H. (2004). *Impact de la féminisation sur le statut social du vétérinaire*. [Thèse de doctorat, École nationale vétérinaire d'Alfort]. Thèses de l'ENVA. <https://theses.vet-alfort.fr/t-telecharger.php?id=557>
- Chiappetta-Swanson, C. (2005). Dignity and dirtywork: Nurses' experiences in managing genetic termination for fetal anomaly. *Qualitative Sociology*, 28, 93-116. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11133-005-2632-0>
- Clarke, C. & Knights, D. (2018). Practice Makes Perfect? Skillful Performances in Veterinary Work. *Human Relations*, 71(3), 1-27. [https://www.researchgate.net/publication/324735335\\_Practice\\_makes\\_perfect\\_Skillful\\_performances\\_in\\_veterinary\\_work](https://www.researchgate.net/publication/324735335_Practice_makes_perfect_Skillful_performances_in_veterinary_work)
- Clarke, N. & Paul, E. (2019). Veterinary Students' Beliefs About Animal Sentience: What Role Does Gender Play? *Anthrozoös*, 32(5), 581-595. <https://doi.org/10.1080/08927936.2019.1645503>
- Code rural et de la pêche maritime, art. L214-1. (2015). *Légifrance*. [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000022200245](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000022200245)
- Code rural et de la pêche maritime, art. R242-48. (2015). *Légifrance*. [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000030361105](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000030361105)
- Colliot-Thélène, C. (2011). Retour sur les rationalités chez Max Weber. *Les Champs de Mars*, 22(2), 13-30. <https://doi.org/10.3917/lcdm1.022.0013>.
- Crozier, M. & Friedberg, E. (1977). *L'Acteur et le Système*. Éditions du Seuil.
- Darmon, M. (2006). *La socialisation*. Colin.
- David, P. (1985). Clio and the Economics of QWERTY. *The American Economic Review*, 75(2), 332-337. [https://fbaum.unc.edu/teaching/articles/David\\_AER\\_1985.pdf](https://fbaum.unc.edu/teaching/articles/David_AER_1985.pdf)
- Degeling, C. (2009). Picturing the Pain of Animal Others: Rationalising Form, Function and Suffering in Veterinary Orthopaedics. *History and Philosophy of the Life Sciences*, 31(4), 377-403. <https://www.jstor.org/stable/23334491>
- Dubar, C. (2022). *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*. (5e éd.). Armand Colin.
- Fédération des fabricants d'aliments pour chiens, chats, oiseaux et autres animaux familiers, FACCO. (2024). *Rapport annuel 2024*. <https://www.facco.fr/wp-content/uploads/2024/05/RAPPORT-ACTIVITE-FACCO-2024.pdf>

- Flynn, C.P. (2000). Woman's best friend: Pet abuse and the role of companion animals in the lives of battered women. *Violence Against Women*, 6, 162–177. <https://doi.org/10.1177/10778010022181778>
- Fontanini, C. (2020). La profession de vétérinaire : des projets distincts selon le genre, dès la formation initiale. *Revue française de sciences sociales*, 151, 93-115. <https://doi.org/10.4000/formationemploi.8487>
- Frayssinet, L. & Baralon, P. (2020a). Consolidation des établissements de soins vétérinaires au sein de grands groupes : Bilan du phénomène. *La Dépêche Technique*, 175, 12-15. [https://www.depecheveterinaire.com/consolidation-des-etablissements-de-soins-veterinaires-au-sein-de-grands-groupes-bilan-du-phenomene\\_679B51863D7ABB.html](https://www.depecheveterinaire.com/consolidation-des-etablissements-de-soins-veterinaires-au-sein-de-grands-groupes-bilan-du-phenomene_679B51863D7ABB.html)
- Frayssinet, L. & Baralon, P. (2020b). Consolidation des établissements de soins vétérinaires au sein de grands groupes : Typologies des groupes d'établissements de soins. *La Dépêche Technique*, 176, 18-21. [https://www.depecheveterinaire.com/typologies-des-groupes-d-etablissements-de-soins\\_67974B823976B7.html](https://www.depecheveterinaire.com/typologies-des-groupes-d-etablissements-de-soins_67974B823976B7.html)
- Fritsch, P. (2009). Un corps évolutif : les inspecteurs de la santé publique vétérinaire. *Revue d'études en agriculture et environnement*, 90(4), 423-448. [https://www.persee.fr/doc/reae\\_1966-9607\\_2009\\_num\\_90\\_4\\_1983](https://www.persee.fr/doc/reae_1966-9607_2009_num_90_4_1983)
- Gerster, M. & Steinmetz, G. (2023). *Développement de la médecine vétérinaire spécialisée en animaux de compagnie et animaux de sport*. Ministère de l'Agriculture et de la Souveraineté alimentaire. <https://agriculture.gouv.fr/developpement-de-la-medecine-veterinaire-specialisee-en-animaux-de-compagnie-et-animaux-de-sport>
- Goffman, E. (1973). *La mise en scène de la vie quotidienne*. Les Éditions de Minuit.
- Gottero Arban, F. (2025). *Féminisation de la profession vétérinaire : enquête auprès des diplômées au cours des 20 dernières années (2003-2023)* [Thèse de doctorat, Université de Nantes]. DUMAS. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04932562>
- Guionnet, C. & Neveu, E. (2021). *Féminins / Masculins. Sociologie du genre*. (3e éd.). Armand Colin.
- Hamilton, L. & Taylor, N. (2013). *Animals at Work : Identity, Politics and Culture in Work with Animals*. Brill.
- Herpin N., Grimler G. & Verger D. (1991). Les Français et leurs animaux familiers : des dépenses en forte hausse. *Économie et Statistique*, 241, 53-63. [https://www.persee.fr/doc/estat\\_0336-1454\\_1991\\_num\\_241\\_1\\_5554](https://www.persee.fr/doc/estat_0336-1454_1991_num_241_1_5554)
- Henry, C. & Treanor, L. (2012). The Veterinary Business Landscape: Contemporary Issues and Emerging Trends. In C. Perez-Marin (Ed.), *A Bird's-Eye View of Veterinary Medicine* (pp. 3-16). InTech. [https://www.researchgate.net/publication/317720084\\_The\\_Veterinary\\_Business\\_Landscape\\_Contemporary\\_Issues\\_and\\_Emerging\\_Trends](https://www.researchgate.net/publication/317720084_The_Veterinary_Business_Landscape_Contemporary_Issues_and_Emerging_Trends)

- Hobson-West, P. & Jutel, A. (2020). Animals, veterinarians and the sociology of diagnosis. *Sociology of Health & Illness*, 42(2), 393-406. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1467-9566.13017>
- Hochschild, A. (1979). Emotion Work, Feeling Rules and Social Structure. *American Journal of Sociology*, 85, 551-575. <https://www.jstor.org/stable/2778583>
- Hochschild, A. (1983). *The Managed Heart*. University of California Press.
- Hughes, E. (1971). *The sociological eye: Selected papers*. Aldine-Atherton.
- Hughes, E. (1981). *Men and their work*. Greenwood Press.
- Institut national de la statistique et des études économiques, Insee. (2019). *L'activité des vétérinaires : de plus en plus urbaine et féminisée*. Insee Première. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3621973>
- Irvine, L. (2017). More-than-human families: Pets, people, and practices in multispecies households. *Sociology Compass*, 11(2), 1-13. <https://compass-onlinelibrary-wiley-com.scpo.idm.oclc.org/doi/epdf/10.1111/soc4.12455>
- Irvine, L. & Vermilya, J. (2010). Gender Work in a Feminized Profession : The Case of Veterinary Medicine. *Gender & Society*, 24(1), 56-82. [https://www.researchgate.net/publication/240696489\\_Gender\\_Work\\_in\\_a\\_Feminized\\_ProfessionThe\\_Case\\_of\\_Veterinary\\_Medicine](https://www.researchgate.net/publication/240696489_Gender_Work_in_a_Feminized_ProfessionThe_Case_of_Veterinary_Medicine)
- Jeanney, M. (2022). 50 % des vétérinaires canins pourraient travailler dans un groupe fin 2025, projette Phylum. *La Dépêche Vétérinaire*, 1615. [https://www.depecheveterinaire.com/50-des-veterinaires-canins-pourraient-travailler-dans-un-groupe-fin-2025-projette-phylum\\_679E5587396AA768.html](https://www.depecheveterinaire.com/50-des-veterinaires-canins-pourraient-travailler-dans-un-groupe-fin-2025-projette-phylum_679E5587396AA768.html)
- Jorro, A. (2022). *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation*. De Boeck Supérieur.
- Latour, B. (1994). Une sociologie sans objet ? Remarques sur l'interobjectivité. *Sociologie du travail*, 36(4), 587-606. [https://www.persee.fr/doc/sotra\\_0038-0296\\_1994\\_num\\_36\\_4\\_2196](https://www.persee.fr/doc/sotra_0038-0296_1994_num_36_4_2196)
- Líbano Monteiro, T. (2024). Types d'insertion des animaux dans la famille : construction d'une perspective dynamique. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 72(1), 47-64. <https://doi-org.scpo.idm.oclc.org/10.3917/ctf.072.0047>.
- Mahoney, J. (2000). Path Dependence in Historical Sociology. *Theory and Society*, 29(4), 507-548. <https://www.jstor.org/stable/3108585>
- March, J. & Simon, H. (1958). *Organizations*. John Wiley and Sons.
- March, J. (1991). Exploration and Exploitation in Organizational Learning, *Organization Science*, 2, 71-87. <https://www.jstor.org/stable/2634940>
- Mennerick, L. (1974). Client Typologies: A Method of Coping With Conflict in the Service Worker-Client Relationship. *Sociology of Work and Occupations*, 1, 396-418. <https://doi.org/10.1177/073088847400100403>

- Michalon, J. (2017). Dix enseignements de la sociologie des relations humains/animaux. *Les Cahiers de la SFSIC*, 13, 103-116. <https://shs.hal.science/halshs-01564126>
- Michalon, J. (2020). Ce que les Animal Studies font à la sociologie (et réciproquement). In A. Choné, I. Iribarren, M. Pelé, C. Repussard, & C. Sueur (Eds.), *Les études animales sont-elles bonnes à penser ? Repenser les sciences, reconfigurer les disciplines* (pp. 153–170). L'Harmattan. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02878800>
- Morand, E. & de Singly, F. (2019). Sociologie d'une forte proximité subjective au chat, au chien. *Enfances Familles Générations*, 32. <http://journals.openedition.org/efg/6445>
- Morris, P. (2009). *Encounters with "death work" in veterinary medicine: An ethnographic exploration of the medical practice of euthanasia* [Thèse de doctorat, Northeastern University]. Northeastern University Library. <https://repository.library.northeastern.edu/files/neu:1910/fulltext.pdf>
- Morris, P. (2012a). Managing Pet Owners' Guilt and Grief in Veterinary Euthanasia Encounters. *Journal of Contemporary Ethnography*, 41(3), 337-365. <https://journals-sagepub-com.scpo.idm.oclc.org/doi/full/10.1177/0891241611435099>
- Morris, P. (2012b). *Blue Juice: Euthanasia in Veterinary Medicine*. Temple University Press
- Olivier de Sardan, J.-P. (2008). *La rigueur du qualitatif : Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Academia-Bruylant.
- Ordre national des vétérinaires (2015a). *Mode d'exercice professionnel*. Ordre national des vétérinaires. Consulté le 15 mars 2025 sur <https://www.veterinaire.fr/la-profession-veterinaire/la-reglementation-professionnelle/index-juridique/lexercice-professionnel/mode-dexercice-professionnel#>
- Ordre national des vétérinaires (2015b). *Exercer en individuel. Exercer seul l'activité de vétérinaire en libéral, en son nom propre et sous sa responsabilité personnelle*. Ordre national des vétérinaires. Consulté le 16 mars 2025 sur <https://www.veterinaire.fr/je-suis-veterinaire/mon-exercice-professionnel/choisir-son-mode-dexercice/exercer-en-individuel#>
- Ordre national des vétérinaires (2018). *Etre collaborateur libéral*. Ordre national des vétérinaires. Consulté le 15 mars 2025 sur <https://www.veterinaire.fr/je-suis-veterinaire/mon-exercice-professionnel/choisir-son-mode-dexercice/etre-collaborateur-liberal>
- Ordre national des vétérinaires (2020). *Vétérinaire pour animaux de compagnie*. Ordre national des vétérinaires. Consulté le 15 mars 2025 sur <https://www.veterinaire.fr/la-profession-veterinaire/devenir-veterinaire/les-differents-metiers-veterinaires/veterinaire-pour-animaux-de-compagnie>
- Ordre national des vétérinaires (2023). *L'exercice en société des associés vétérinaires*. Ordre national des vétérinaires. Consulté le 16 mars 2025 sur <https://www.veterinaire.fr/je-suis-veterinaire/lexercice-en-societe-des-associes-veterinaires>
- Ordre national des vétérinaires. (2024a). *Atlas démographique 2024 de la profession vétérinaire*. Ordre national des vétérinaires. Consulté le 15 mars 2025 sur

<https://www.veterinaire.fr/system/files/files/2024-08/ATLAS-NATIONAL-2024-WEB-02082024.pdf>

Ordre national des vétérinaires. (2024b). *Appellation des établissements de soins vétérinaires*. Ordre national des vétérinaires. Consulté le 16 mars 2025 sur <https://www.veterinaire.fr/je-suis-veterinaire/mon-exercice-professionnel/les-fiches-professionnelles/appellation-des-etablissements-de-soins-veterinaires>

Palmer, E. (1991). Human emotions: An expanding sociological frontier. *Sociological Spectrum*, 11(3), 213-229. <https://doi.org/10.1080/02732173.1991.9981966>

Paulet, V. (2011). *La féminisation de la profession vétérinaire en France : analyse de son impact à partir d'une enquête auprès des praticiens libéraux* [Thèse de doctorat en médecine vétérinaire, Université Paul Sabatier]. DUMAS. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04575552v1>

Rémy, C. (2009). *La fin des bêtes : Une ethnographie de la mise à mort des animaux*. Economica.

Rémy, C. (2016). Agir avec l'animal. Pour une approche ethnographique des relations hybrides. *L'Année sociologique*, 66(2), 299-318. <https://www.cairn.info/revue-l-annee-sociologique-2016-2-page-299.htm>

République française. (1990). *Loi n°90-1258 du 31 décembre 1990 relative à l'exercice sous forme de sociétés des professions libérales soumises à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé et aux sociétés de participations financières de professions libérales*. Journal officiel de la République française. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000718101>

République française. (2010). *Décret n° 2010-780 du 8 juillet 2010 adaptant le livre II du code rural et de la pêche maritime à la directive 2006/123/CE relative aux services dans le marché intérieur*. Journal officiel de la République française. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000022454800>

République française. (2012). *Décret n° 2012-1392 du 11 décembre 2012 relatif aux sociétés de participations financières de profession libérale de vétérinaires*. Journal officiel de la République française. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000026762349>

Rollin, B. (1999). *An Introduction to Veterinary Medical Ethics: Theory and Cases*. Iowa State University Press.

Rousselet, J. (2022). *Mal faire et faire mâle ? L'apprentissage des techniques invasives comme épreuve de professionnalité sexuellement différenciée chez les étudiant-e-s vétérinaires* [Mémoire de master, École normale supérieure de Lyon]. DUMAS. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04876287>

Sanders, C. (1994a). Biting the Hand that Heals You: Encounters with Problematic Patients in a General Veterinary Practice. *Society and Animals*, 2(1), 47-66. <https://www.animalsand-society.org/wp-content/uploads/2015/10/sanders.pdf>

- Sanders, C. (1994b). Annoying Owners: Routine Interactions with Problematic Clients in a General Veterinary Practice. *Qualitative Sociology*, 17(2), 159-170. [https://www.researchgate.net/publication/226052659\\_Annoying\\_owners\\_Routine\\_interactions\\_with\\_problematic\\_clients\\_in\\_a\\_general\\_veterinary\\_practice](https://www.researchgate.net/publication/226052659_Annoying_owners_Routine_interactions_with_problematic_clients_in_a_general_veterinary_practice)
- Sanders, C. (1995). Killing with Kindness: Veterinary Euthanasia and the Social Construction of Personhood. *Sociological Forum*, 10(2), 195-214. <https://www.jstor.org/stable/684985>
- Sanders, C. (2010). Working Out Back: The Veterinary Technician and “Dirty Work”. *Journal of Contemporary Ethnography*, 39(3), 243- 272. <https://doi.org/10.1177/089124161036671>
- Sauvayre, R. (2013). *Les méthodes de l'entretien en sciences sociales*. Dunod.
- Schwarz, P. M., Troyer, J., & Walker, J. (2007). Animal House: Economics of Pets and the Household. *Journal of Economic Analysis and Policy*, 7(1), 35-65. [https://www.researchgate.net/publication/227377868\\_Animal\\_House\\_Economics\\_of\\_Pets\\_and\\_the\\_Household](https://www.researchgate.net/publication/227377868_Animal_House_Economics_of_Pets_and_the_Household)
- Scholz, E. & Trede, F (2023). Veterinary professional identity: Conceptual analysis and location in a practice theory framework. *Frontiers in Veterinary Science*, 10, 1-11. <https://www.frontiersin.org/journals/veterinaryscience/articles/10.3389/fvets.2023.1041475/full>
- Serpell, J. (2005). Factors influencing veterinary students career choices and attitudes to animals. *Journal of veterinary medical education*, 32(4),491-496. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16421833/>
- Simon, H. (1997). *Administrative Behavior. Fourth Edition*. Free Press.
- Strauss, A., Fagerhaugh, S., Suczek, B. & Wiener, C. (1985). *Social Organization of Medical Work*. The University of Chicago Press.
- Tillich, E. (2020). Le propre, le sale et la frontière homme-animal : ethnographie d’un hôpital vétérinaire. *¿ Interrogations ?, 31*, [en ligne]. <http://www.revue-interrogations.org/Le-propre-le-sale-et-la-frontiere>
- Tourre-Malen, C. (2016). La féminisation de la profession vétérinaire. Essai d’histoire prospective. *Bulletin de la Société Française d'Histoire de la Médecine et des Sciences Vétérinaires*, 16, 135-142. <https://doi.org/10.3406/bhsv.2016.1058>;
- Union européenne. (2006). *Directive 2006/123/CE du Parlement européen et du Conseil du 12 décembre 2006 relative aux services dans le marché intérieur*. Journal officiel de l’Union européenne. <https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/2006/123/oj?locale=fr>
- Véga, A. (1997). Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles. *Sciences sociales et santé*, 15(3), 103-132. [https://www.persee.fr/doc/sosan\\_0294-0337\\_1997\\_num\\_15\\_3\\_1405](https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1997_num_15_3_1405)
- Véga, A. (1998). Initiations et apprentissages à l’hôpital : comment devient-on une infirmière ? *Cahiers de sociologie économique et culturelle*, 29, 37-61. [https://www.persee.fr/doc/casec\\_0761-9871\\_1998\\_num\\_29\\_1\\_2268](https://www.persee.fr/doc/casec_0761-9871_1998_num_29_1_2268)

- Vermilya, J. R. (2022). *Identity, gender, and tracking: The reality of boundaries for veterinary students*. Purdue University Press.
- Weber, M. (1959). *Essais sur la théorie de la science*. Plon.
- Weber, M. (1971). *Économie et Société I*. Plon.
- Wilkie, R. (2010). *Livestock/Deadstock. Working with Farm Animals from Birth to Slaughter*. Temple University Press.
- Zelizer, V. (1985). *Pricing The Priceless Child: Changing Social Value Of Children*. Basic books.
- Zelizer, V. (1989). The Social Meaning of Money: "Special Monies". *The American Journal of Sociology*, 95(2), 342-377. <https://www.jstor.org/stable/2780903?origin=JSTOR-pdf>
- Zelizer, V. (2000). The Purchase of Intimacy. *Law & Social Inquiry*, 25(3), 817-848. <https://www.jstor.org/stable/829137?origin=JSTOR-pdf>
- Zelizer, V. (2005). *The Purchase of Intimacy*. Princeton University Press.
- Zelizer, V. (2011). *Economic Lives : How culture shapes the economy*. Princeton University Press.

## Annexes

### Annexe 1 : Tableau récapitulatif des données récoltées

Type de données	Quantité	Source
<b>Entretiens semi-directifs</b>	26 entretiens	Vétérinaires
	26 entretiens	Auxiliaires vétérinaires
	1 entretien	Membre du Conseil National de l'Ordre des Vétérinaires
	1 entretien	Managère de clinique non-soignante du groupe Vétinéo
	1 entretien	Directrice régionale opérationnelle de Vétinéo
<b>Observations</b>	14 journées de 11 heures	Une clinique d'un petit groupe de cliniques vétérinaires
	8 journées de 10 heures	Une clinique détenue par un grand groupe français de cliniques vétérinaires
	7 journées de 10 heures	Une clinique détenue par deux vétérinaires associées

### Annexe 2 : Calendrier des séances d'observation

<b>Date</b>	<b>Heures de présence</b>	<b>Lieu d'observation</b>	<b>Nombre d'heures d'observation</b>
21/09/2024	8h30-17h00	Clinique vétérinaire Médianimal	8h30
25/09/2024	8h30-19h30	Clinique vétérinaire Médianimal	11h
26/09/2024	8h30-19h30	Clinique vétérinaire Médianimal	11h
27/09/2024	8h30-19h30	Clinique vétérinaire Médianimal	11h
02/10/2024	8h30-19h30	Clinique vétérinaire Médianimal	11h
03/10/2024	8h30-19h30	Clinique vétérinaire Médianimal	11h
04/10/2024	8h30-19h30	Clinique vétérinaire Médianimal	11h
09/10/2024	8h30-19h30	Clinique vétérinaire Médianimal	11h
10/10/2024	8h30-19h30	Clinique vétérinaire Médianimal	11h
16/10/2024	8h30-19h30	Clinique vétérinaire Médianimal	11h
17/10/2024	8h30-19h30	Clinique vétérinaire Médianimal	11h
18/10/2024	8h30-19h30	Clinique vétérinaire Médianimal	11h
23/10/2024	8h30-19h30	Clinique vétérinaire Médianimal	11h
24/10/2024	8h30-19h30	Clinique vétérinaire Médianimal	11h
28/10/2024	8h30-19h30	Clinique vétérinaire des Compagnons	11h
29/10/2024	8h30-19h30	Clinique vétérinaire des Compagnons	11h
30/10/2024	8h30-19h30	Clinique vétérinaire des Compagnons	11h
31/11/2024	8h30-19h30	Clinique vétérinaire des Compagnons	11h
02/11/2024	8h30-17h00	Clinique vétérinaire des Compagnons	8h30
04/11/2024	8h30-19h30	Clinique vétérinaire des Compagnons	11h
07/11/2024	8h30-19h30	Clinique vétérinaire des Compagnons	11h
08/11/2024	8h30-19h30	Clinique vétérinaire des Compagnons	11h
09/12/2024	8h30-19h00	Clinique Vétérinaire du Parc	10h30
10/12/2014	8h30-19h00	Clinique Vétérinaire du Parc	10h30
11/12/2014	8h30-19h00	Clinique Vétérinaire du Parc	10h30
12/12/2014	8h30-19h00	Clinique Vétérinaire du Parc	10h30

13/12/2014	8h30-19h00	Clinique Vétérinaire du Parc	10h30
14/12/2014	8h30-13h00	Clinique Vétérinaire du Parc	5h30
19/12/2014	8h30-19h00	Clinique Vétérinaire du Parc	10h30

### Annexe 3 : Tableau récapitulatif des caractéristiques de chaque clinique observée

Clinique	Modèle d'affaires	Équipe soignante	Locaux	Heures d'ouverture
<b>Clinique vétérinaire Médianimal</b>	Petit groupe de cliniques créées par un vétérinaire, Stéphane 39 ans. Ce dernier a ouvert ses cliniques respectivement en : 2011, 2012, 2019, 2022 et 2024. Son équipe est constituée de 13 vétérinaires et 22 AV.	<b>Vétérinaires :</b> - Steve, 31 ans, vétérinaire généraliste. - Morgane, 27 ans, vétérinaire généraliste. - Claire, 38 ans, vétérinaire spécialisée en orthopédie.  <b>AV :</b> - Elise, 32 ans. - Nicolas, 35 ans. - Audrey, 31 ans. - Léna, 19 ans, en alternance. - Constance, 30 ans, en alternance.	- Une salle d'attente - Deux salles de consultation - Une salle de pause - Une salle de radiographie - Un bloc opératoire - Une salle d'analyse médicale - Une salle d'hospitalisation pour chiens - Une salle d'hospitalisation pour chats	Du lundi au vendredi :  8h30 – 13h00 14h00 - 19h30  Le samedi :  8h30 – 17h00
<b>Clinique vétérinaire des Compagnons</b>	Clinique indépendante jusque 2023, puis rachetée par un grand groupe français de cliniques	<b>Vétérinaires :</b> - Isabelle, 43 ans, vétérinaire généraliste. - Charlotte, 28 ans, vétérinaire généraliste.	Maison à deux étages composée de :  - Une salle d'attente - Trois salles de consultation - Une salle de préparation	Du lundi au vendredi :  8h30 – 19h30  Le samedi :

	vétérinaires (Vétinéo).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Léa, 27 ans, vétérinaire généraliste.</li> <li>- Adèle, 31 ans, vétérinaire généraliste.</li> </ul> <p><b>AV :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chloé, 27 ans.</li> <li>- Amélie, 30 ans.</li> <li>- Caroline, 44 ans.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une salle de radiographie, d'échographie et d'analyse médicale</li> <li>- Un bloc opératoire</li> <li>- Une salle de rangement</li> <li>- Une salle de pause</li> <li>- Une salle d'hospitalisation pour chiens et chats</li> <li>- Une chambre</li> <li>- Une salle de bain</li> <li>- Un bureau</li> </ul>	8h30 – 17h00
<b>Clinique vétérinaire du Parc</b>	Clinique indépendante détenue par deux vétérinaires associées depuis 2010.	<p><b>Vétérinaires :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monique, 51 ans, vétérinaire généraliste.</li> <li>- Catherine, 53 ans, vétérinaire généraliste.</li> </ul> <p><b>AV :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sophie, 47 ans.</li> <li>- Julie, 28 ans.</li> <li>- Clara, 24 ans, en alternance.</li> <li>- Maelys, 20 ans, en alternance.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une salle d'attente</li> <li>- Deux salles de consultation</li> <li>- Une salle de radiologie</li> <li>- Un bloc opératoire et salle d'échographie</li> <li>- Une salle d'hospitalisation, de préparation et d'analyse médicale</li> <li>- Une salle de rangement</li> </ul>	<p>Du lundi au vendredi :</p> <p>8h30 – 13h00</p> <p>15h00-19h00</p> <p>Le samedi :</p> <p>8h30-13h00</p>

#### Annexe 4 : Tableau des entretiens réalisés

<b>Nom (anonymisé)</b>	<b>Date entretien</b>	<b>Durée en minutes</b>	<b>Age</b>	<b>Profession et statut professionnel</b>	<b>Modèle d'affaire de la clinique</b>	<b>Personnel</b>
Morgane	24/10/2024	70 (1h10)	27 ans	Vétérinaire collaboratrice libérale	Clinique d'un réseau de cinq cliniques détenues par un vétérinaire indépendant	Équipe de trois vétérinaires et cinq AV
Claire	17/10/2024	45	38 ans	Vétérinaire collaboratrice libérale	Clinique d'un réseau de cinq cliniques détenues par un vétérinaire indépendant	Équipe de trois vétérinaires et cinq AV
Steve	25/10/2024	197 (3h17)	31 ans	Vétérinaire collaborateur libéral	Clinique d'un réseau de cinq cliniques détenues par un vétérinaire indépendant	Équipe de trois vétérinaires et cinq AV
Stéphane	16/10/2024	51	39 ans	Patron de cinq cliniques, TNS	Possède un groupe de cinq cliniques présentes dans le même département d'Île-de-France	Son réseau est composé de treize vétérinaires et vingt-deux AV
Elise	24/10/2024	56 minutes	32 ans	AV	Clinique d'un réseau de cinq cliniques détenues par un vétérinaire indépendant	Équipe de trois vétérinaires et cinq AV
Nicolas	10/01/2025	65 (1h05)	35 ans	AV	Clinique d'un réseau de cinq cliniques détenues par un vétérinaire indépendant	Équipe de trois vétérinaires et cinq AV
Léna	01/01/2025	84 (1h24)	19 ans	AV en alternance	Clinique d'un réseau de cinq cliniques détenues par un vétérinaire indépendant	Équipe de trois vétérinaires et cinq AV
Constance	23/10/2024	40	30 ans	AV en alternance	Clinique d'un réseau de cinq cliniques détenues par un vétérinaire indépendant	Équipe de trois vétérinaires et cinq AV
Charlotte	23/01/2025	40	28 ans	Vétérinaire salariée	Clinique d'un groupe français de cliniques vétérinaires	Équipe de quatre vétérinaires et trois AV

Léa	23/01/2025	46	27 ans	Vétérinaire salariée	Clinique d'un groupe français de cliniques vétérinaires	Équipe de quatre vétérinaires et trois AV
Adèle	22/01/2025	50	31 ans	Vétérinaire salariée	Clinique d'un groupe français de cliniques vétérinaires	Équipe de quatre vétérinaires et trois AV
Isabelle	31/10/2024	85 (1h25)	43 ans	Vétérinaire collaboratrice libérale et responsable de clinique	Clinique d'un groupe français de cliniques vétérinaires	Équipe de quatre vétérinaires et trois AV
Chloé	22/01/2025	38	27 ans	AV	Clinique d'un groupe français de cliniques vétérinaires	Équipe de quatre vétérinaires et trois AV
Amélie	30/10/2024	90 (1h30)	30 ans	AV	Clinique d'un groupe français de cliniques vétérinaires	Équipe de quatre vétérinaires et trois AV
Manon	23/11/2024	120 (2h)	24 ans	AV étudiante vétérinaire	Clinique d'un groupe français de cliniques vétérinaires	Équipe de quatre vétérinaires et trois AV
Caroline	29/10/2024	96 (1h36)	44 ans	AV	Clinique d'un groupe français de cliniques vétérinaires	Équipe de quatre vétérinaires et trois AV
Monique	12/01/2025	34	51 ans	Vétérinaire associée	Clinique indépendante possédée par deux vétérinaires associées	Équipe de deux vétérinaires et quatre AV
Catherine	13/12/2024	75 (1h15)	53 ans	Vétérinaire associée	Clinique indépendante possédée par deux vétérinaires associées	Équipe de deux vétérinaires et quatre AV
Maelys	13/01/2025	50	20 ans	AV en alternance	Clinique indépendante possédée par deux vétérinaires associées	Équipe de deux vétérinaires et quatre AV
Clara	15/01/2025	70 (1h10)	24 ans	AV en alternance	Clinique indépendante possédée par deux vétérinaires associées	Équipe de deux vétérinaires et quatre AV

Julie	18/01/2025	60	28 ans	AV	Clinique indépendante possédée par deux vétérinaires associées	Équipe de deux vétérinaires et quatre AV
Sophie	05/01/2025	105 (1h05)	47 ans	AV	Clinique indépendante possédée par deux vétérinaires associées	Équipe de deux vétérinaires et quatre AV
Françoise	04/02/2025	30	61 ans	Manageuse de clinique non-soignante (salariée)	Clinique d'un groupe français de cliniques vétérinaires	Équipe trois vétérinaires et trois AV
Nathalie	07/01/2025	42	54 ans	Directrice opérationnelle régionale	Clinique d'un groupe français de cliniques vétérinaires	/
Amélie	15/01/2025	25	30 ans	AV	Clinique d'un groupe français de cliniques vétérinaires	Équipe de cinq vétérinaires et quatre AV
Laurie	15/01/2025	35	35 ans	AV	Clinique d'un groupe français de cliniques vétérinaires	Équipe de deux vétérinaires et deux AV
Maëlle	07/02/2025	35	28 ans	Vétérinaire salariée	Clinique d'un groupe français de cliniques vétérinaires	Équipe de deux vétérinaires et deux AV
Madeleine	03/02/2025	30	25 ans	AV	Clinique d'un groupe français de cliniques vétérinaires	Équipe de quatre vétérinaires et trois AV
Elodie	03/02/2025	39	25 ans	AV	Clinique d'un groupe français de cliniques vétérinaires	Équipe de deux vétérinaires et deux AV
Camille	07/02/2025	32	28 ans	AV	Clinique d'un groupe français de cliniques vétérinaires	Équipe de deux vétérinaires et trois AV
Vasile	21/01/2025	30	55 ans	Vétérinaire salarié	Clinique d'un groupe français de cliniques vétérinaires	Équipe de deux vétérinaires et trois AV
Eva	13/01/2025	31	28 ans	Vétérinaire salariée	Clinique d'un groupe français de cliniques vétérinaires	Équipe de quatre vétérinaires et quatre AV

Laeticia	17/01/2025	25	42 ans	Vétérinaire salariée	Clinique d'un groupe français de cliniques vétérinaires	Équipe de trois vétérinaires et trois AV
Nina	22/01/2025	29	35 ans	Vétérinaire salariée	Clinique d'un groupe français de cliniques vétérinaires	Équipe de trois vétérinaires et trois AV
Axel	14/01/2025	29	26 ans	Vétérinaire salarié	Clinique d'un groupe français de cliniques vétérinaires	Équipe d'un vétérinaire et deux AV
Sébastien	31/01/2025	42	40 ans	Vétérinaire salarié	Clinique d'un groupe français de cliniques vétérinaires	Il fait uniquement des remplacements dans plusieurs régions de la France et donc dans une diversité de cliniques
Samir	04/02/2025	37	43 ans	Vétérinaire salarié	Clinique d'un groupe français de cliniques vétérinaires	Équipe de trois vétérinaires et quatre AV
Alain	01/02/2025	50	60 ans	Vétérinaire salarié	Clinique d'un groupe français de cliniques vétérinaires	Équipe de quatre vétérinaires et cinq AV
Victoire	23/01/2025	63	30 ans	AV	Clinique d'un groupe français de cliniques vétérinaires	Équipe de quatre vétérinaires et trois AV
Florian	23/01/2025	63	35 ans	Vétérinaire salarié	Clinique d'un groupe français de cliniques vétérinaires	Équipe de quatre vétérinaires et trois AV
Eleonore	20/01/2025	76	25 ans	AV	Clinique d'un groupe français de cliniques vétérinaires	Équipe de trois vétérinaires et trois AV
Sylvie	18/01/2025	38	57 ans	Vétérinaire associée	Clinique indépendante possédée par trois vétérinaires associées	Équipe de quatre vétérinaires et quatre AV
Audrey	24/01/2025	27	38 ans	AV	Clinique indépendante possédée par deux vétérinaires associés	Équipe de deux vétérinaires et deux AV

Antonio	11/02/2025	46	60 ans	Vétérinaire salarié	Clinique indépendante possédée par trois vétérinaires associés	Équipe de six vétérinaires et quatre AV
Valérie	23/01/2025	30	58 ans	Vétérinaire associée	Clinique indépendante possédée par trois vétérinaires associées	Équipe de quatre vétérinaires et cinq AV
Patricia	07/02/2025	32	55 ans	Vétérinaire associée	Clinique indépendante possédée par deux vétérinaires associées	Équipe de cinq vétérinaires et cinq AV
Laurent	10/02/2025	43	50 ans	Vétérinaire indépendant	Clinique indépendante possédée par un vétérinaire	Équipe de deux vétérinaires et trois AV
Ana	20/01/2025	70 (1h10)	56 ans	Vétérinaire indépendante	Clinique indépendante possédée par une vétérinaire	Équipe d'une vétérinaire et une AV
Alice	21/01/2025	30	29 ans	AV	Clinique indépendante possédée par trois vétérinaires associées	Équipe de quatre vétérinaires et cinq AV
Violette	05/02/2025	29	31 ans	AV	Clinique indépendante possédée par deux vétérinaires associées	Équipe de trois vétérinaires et quatre AV
Zoé	14/02/2025	25	20 ans	AV en alternance	Clinique indépendante possédée par un vétérinaire	Équipe d'un vétérinaire et une AV
Catherine	07/02/2025	22	48 ans	AV	Clinique indépendante possédée par deux vétérinaires associées	Équipe de cinq vétérinaires et quatre AV
Véronique	06/02/2025	44	48 ans	AV	Clinique indépendante possédée par deux vétérinaires associées	Équipe de deux vétérinaires et trois AV
Sarah	10/02/2025	30	30 ans	AV	Clinique indépendante possédée par trois vétérinaires associés	Équipe de six vétérinaires, trois AV et une secrétaire
Pierre	05/11/2024	57	63 ans	Membre du Conseil National de	/	/

				l'Ordre des vétérinaires		
--	--	--	--	-----------------------------	--	--