

## **Transe-former une attention collective : interagir pour soutenir les structures attentionnelles Le cas de l'hypnose à l'hôpital**

**Annick Valette (auteure correspondante)**

Université Grenoble Alpes, Grenoble INP, CERAG ; 38000 Grenoble, France  
[annick.valette@univ-grenoble-alpes.fr](mailto:annick.valette@univ-grenoble-alpes.fr)

**Cyrille Mennessier**

Université Grenoble Alpes, Grenoble INP, CERAG ; 38000 Grenoble, France  
[cyrille.mennessier@gmail.com](mailto:cyrille.mennessier@gmail.com)

**Pauline Fatien**

Grenoble École de management ; 38000 Grenoble, France  
[pauline.fatien@grenoble-em.com](mailto:pauline.fatien@grenoble-em.com)

**Résumé :** Comment un collectif de travail en vient-il à exercer une même attention ensemble ? C'est une question cruciale pour les organisations désireuses de faire évoluer leurs objets d'attention, mais difficile, car ces objets sont multiples et en concurrence. Les travaux de l'*attention-based view* (ABV) mettent l'accent sur le rôle central des structures organisationnelles (rôles, espaces de travail, représentations sociales, etc.) dans la formation de l'attention collective, tout en reconnaissant leurs limites. L'ABV nous encourage alors à explorer le rôle complémentaire des interactions sociales. L'objectif de cet article est précisément d'étudier comment les interactions s'articulent aux structures dans la formation d'une attention collective. Pour ce faire, nous avons interviewé et observé pendant 18 mois des professionnels d'un CHU français qui, par la pratique de l'hypnose, cherchent à mieux porter attention au vécu psychique des patients. À partir de 52 entretiens, 6 séquences d'observations, et des participations à des réunions, nous avons tiré et analysé 29 situations de pratiques de l'hypnose. Nos résultats montrent que si les structures, cognitives, politiques, spatio-temporelles et matérielles, peuvent faciliter le partage d'un même objet d'attention, elles ne suffisent pas, et parfois, même, peuvent faire obstacle. Quand les structures sont habilitantes, c'est-à-dire facilitent le partage sans se suffire à elles-mêmes, les interactions viennent les compléter ou les renforcer. Quand les structures sont empêchantes, les interactions peuvent venir les corriger. Les structures n'agissent donc pas seules, mais sont soutenues par les interactions sociales qui interviennent soit à leur côté, soit directement sur elles. Nous enrichissons ainsi le modèle de l'ABV et contribuons à mieux intégrer structures et interactions dans la compréhension de la formation et de la transformation de l'attention collective.

**Mots clés :** *attention-based view*, attention, interactions, structuration, hypnose

**Citation :** Valette A., Mennessier C. & Fatien P. (2023). Transe-former une attention collective : interagir pour soutenir les structures attentionnelles. Le cas de l'hypnose à l'hôpital, *M@n@ement*, 26(1), 52–68. DOI : <http://dx.doi.org/10.37725/mgmt.2023.5609>

*Nous remercions le fonds de dotation de la Fédération hospitalière de France pour la recherche et l'innovation pour le financement du projet « De la bientraitance à une approche de gestion centrée sur la personne » dans le cadre du programme Innovations organisationnelles.*

Une toute jeune femme, venue pour une IVG, arrive au bloc opératoire, visage fermé, en pleurs, triturant un mouchoir. Elle dit qu'elle a peur des piqûres, peur d'avoir mal, et ne pas « vouloir ». Le temps est compté, les interventions s'enchaînent. Va-t-on essayer de la raisonner ? Lui donner un tranquillisant ? L'endormir au plus vite ? Pratiquer l'hypnose pour l'accompagner vers un état de transe plus positive ? Parmi les réponses possibles, celle de l'hypnose s'impose finalement. Une infirmière de bloc prévient l'anesthésiste de l'état psychique de la patiente, « elle est en transe négative » ; l'anesthésiste change de protocole et abandonne l'anesthésie générale ; l'équipe chuchote, baisse les lumières et met hors de vue les objets stressants. L'anesthésiste s'assoit tout près de l'oreille de la patiente et cherche les paroles qui permettront la déconnexion ; la chirurgienne retient son geste, attend patiemment un signe de l'anesthésiste pour intervenir. À l'issue de l'intervention, la patiente, consciente tout du long, remerciera, émue, l'anesthésiste et dira « c'est ça que je voulais ».

Cette situation tirée de notre recherche montre des professionnels qui, face aux signaux de détresse d'une patiente, mobilisent ensemble la pratique de l'hypnose. Cette pratique ne va pas de soi. Elle suppose d'une part que les membres du collectif portent une attention partagée au vécu psychique de la patiente, alors que les rôles orientent les attentions individuelles sur d'autres objets spécifiques, comme l'état physiologique, la disponibilité des instruments ou le temps d'occupation du bloc opératoire. Elle suppose d'autre part de s'accorder sur la manière de répondre à ce vécu psychique. Dès lors, on peut se demander comment un collectif de travail parvient à pratiquer une même attention ensemble, quand chacun fait face à des objets d'attention différents et en concurrence.

Une réponse est apportée par les travaux rassemblés sous le terme d'*attention-based view* (ABV) qui proposent une approche structurelle de l'attention. Dans la tradition des approches de Simon (1947) ou de March et Simon (1958), l'ABV considère que l'attention dépend de la structure organisationnelle qui façonne la manière de porter attention (Ocasio,

1997). L'attention est donc construite (Ocasio, 2011). L'attention collective se forme ainsi sous l'effet des rôles professionnels, des hiérarchies, des instruments de gestion, des espaces physiques ou des représentations sociales. L'important pour les tenants de l'ABV est toutefois que si ces structures facilitent le partage de l'attention, elles l'entravent aussi. En effet, elles favorisent le partage de l'attention entre individus évoluant dans les mêmes structures, ces derniers ayant par exemple un même rôle organisationnel, mais elles sont un frein si les individus évoluent dans différentes structures (Ocasio, 1997 ; Vuori & Huy, 2016). L'ABV a dès lors privilégié l'étude de la distribution de l'attention et des divergences attentionnelles qui en résultent, mais s'est peu intéressée aux mécanismes de partage qui pourraient compenser cette distribution (Laszczuk & Mayer, 2020 ; Ocasio & Joseph, 2017 ; Stevens *et al.*, 2015).

Récemment toutefois, Ocasio *et al.* (2018, p. 162) ont suggéré d'intégrer à l'ABV les interactions sociales qui orientent, en plus des structures, les attentions individuelles dans des contextes de changement, et apportent « une pièce manquante significative au puzzle ». Ils dessinent là un programme de travail qui fait écho aux encouragements de Ocasio *et al.* (2021) à tenir compte de la transformation actuelle des dynamiques d'*organizing* et des conséquences sur la distribution structurelle de l'attention. Orvain (2014, p. 346) a commencé ce travail d'intégration en montrant comment les artefacts peuvent soutenir les interactions, pour obtenir une forme d'attention alerte qu'il dénomme « qui-vive organisationnel ». Nous proposons de prolonger ce travail d'intégration en explorant le lien inverse à travers la question suivante : comment les interactions sociales s'articulent-elles aux structures attentionnelles pour participer à la formation d'une attention collective partagée ?

Dans l'expression « attention collective partagée », « collective » renvoie à l'idée d'attention structurée, tandis que « partagée » renvoie à celle d'attention cohérente. En effet, la dénomination « collective » précise que l'attention à plusieurs est conditionnée par des facteurs

supra-individuels (Citton, 2016, p. 162), ici les structures, et se distingue de l'attention conjointe, conditionnée par « la coprésence de plusieurs corps mutuellement sensibles les uns aux autres au sein d'un même espace-temps ». La dénomination « partagée » renvoie quant à elle à la recherche de continuité et de cohérence des objets d'attention dans un groupe (Cannon-Bowers & Salas, 2001; Rerup, 2009) et s'oppose à une attention « non partagée » dont les objets seraient divergents ou incohérents. Nous parlerons toutefois indifféremment dans la suite du texte d'attention collective ou partagée. Nous nous intéressons en effet à l'attention structurée, collective, et nous nous interrogeons sur les mécanismes qui la rendent cohérente, partagée.

Pour répondre à la question de recherche, nous considérons qu'être attentif, c'est « faire » l'attention, c'est pratiquer l'attention (Levinthal & Rerup, 2006 ; Théron & Cabantous, 2018). L'attention se forme par les pratiques qui la font exister. Nous étudierons donc la formation de l'attention partagée, en nous penchant sur des pratiques spécifiques, comme l'hypnose, qui produisent, ou *enactent*, l'attention partagée.

À partir de 52 entretiens, 6 séquences d'observations et des participations à des réunions de partage de pratiques dans quatre unités de soins d'un CHU français, nous avons tiré et analysé 29 situations d'attention collective au cours desquelles des soignants ont pratiqué l'hypnose. Ce contexte hospitalier est particulièrement pertinent pour explorer notre question de recherche. D'une part, la pratique de l'hypnose est une manière différente de porter attention au patient, en s'intéressant à son vécu psychique des soins, en plus de son état physiologique. Elle permet d'aller vers une plus grande humanisation des soins demandée par les professionnels et les associations de malades (Grover, 2014 ; Gherardi & Rodeschini, 2016 ; Pascusi *et al.*, 2017 ; Rogers & Ashforth, 2017). D'autre part, si les structures sont importantes à l'hôpital, organisation bureaucratique et professionnelle, les interactions sont aussi requises pour travailler ensemble, dans cette organisation complexe et fragmentée.

Nos résultats montrent que, si les structures attentionnelles, ici cognitives, politiques, socio-temporelles et matérielles, sont, certes, souvent habilitantes, c'est-à-dire contribuent à la capacité d'une équipe à partager un même objet d'attention, elles peuvent aussi être insuffisantes, voire parfois empêchantes. Dans les situations d'attention partagée réussies, les interactions viennent compléter les structures, mais aussi agir directement sur elles, pour les renforcer ou les corriger, et ainsi les ajuster aux besoins de l'attention partagée. Dans les situations d'attention non partagée, les interactions échouent à favoriser le partage de l'attention, car elles sont empêchées par les structures elles-mêmes. Finalement, en montrant que les structures attentionnelles n'agissent pas seules, mais sont soutenues par les interactions sociales, nous enrichissons le modèle structurel de l'ABV et continuons un travail d'intégration amorcé par Orvain (2014).

## **1. Pratiquer une attention collective : les structures et leurs limites**

### **1.1. L'attention collective : une pratique**

Dans la lignée des approches behavioristes, nous considérons l'attention comme un processus non seulement cognitif, mais aussi pratique. Nous partageons ainsi le point de vue des auteurs pour qui ce n'est pas le sens donné aux signaux qui produit l'action, mais au contraire l'action qui fabrique le sens et oriente l'attention (Dewey, 1993 ; Weick, 2009 ; Weick & Sutcliff, 2006). L'ABV fait de même en définissant l'attention comme « l'observation, l'encodage, l'interprétation, la polarisation du temps et des efforts sur les catégories disponibles pour faire sens de l'environnement et des actions possibles pour s'y adapter » Ocasio (1997, p. 189). L'attention passe par une activité cognitive de sélection et d'interprétation de signaux, mais aussi par des actions qui intègrent les objets d'attention et font exister l'attention.

Mobiliser l'ABV invite donc à s'inscrire plus largement, comme le proposent Théron et Cabantous (2018), dans une approche de l'attention comme une performance, c'est-à-dire qui s'inscrit dans des pratiques. L'*attention-based view* ne mobilise pas spécifiquement la notion de performance, lui préférant celle d'*enactment*, mais les conséquences sont les mêmes. Être attentif, c'est faire l'attention. L'attention est *enactée* par les pratiques. Pour Ocasio, dans le sillage du modèle du *Garbage Can* (March & Olsen, 1972 ; Ocasio, 2012), les pratiques de l'attention consistent à coupler des actions à des signaux, en puisant dans des répertoires organisationnels d'interprétation (problèmes) et de schémas d'actions (solutions). En ce sens, l'hypnose est une pratique de l'attention qui consiste à répondre par la mobilisation de techniques verbales aux signaux d'anxiété et de douleur des patients, eux-mêmes considérés comme des problèmes, et ainsi porter attention à leur vécu psychique.

## **1.2. Pratiquer une attention partagée : le rôle des structures attentionnelles**

Pour comprendre l'exercice de l'attention partagée, l'ABV invite à considérer que les structures jouent un rôle important : elles conditionnent le couplage entre solutions et problèmes. En leur absence, l'*enactment* de l'attention dépend entièrement des acteurs, de leurs situations spécifiques, de leur capacité d'attention. Au contraire, leur présence réduit les marges de manœuvre attentionnelles individuelles. L'attention est régulée, le partage de l'attention facilité.

L'ABV distingue alors les structures cognitives des structures concrètes. Les structures cognitives, tout d'abord, sont faites de schémas et de scripts, c'est-à-dire de représentations, mobilisées par un collectif, pour sélectionner les objets d'attention, les interpréter et agir.

Plus spécifiquement, les schémas construisent un lien entre les problèmes sur lesquels se porte l'attention et les solutions pour y répondre (Barlett, 1932 ; Ocasio, 2011 ; Thornton *et al.*, 2012). Les scripts apportent ces solutions, c'est-à-dire décrivent des comportements

appropriés dans des situations données (Gioia & Poole, 1984 ; Schank & Abelson, 1977). Par exemple, dans le contexte hospitalier, *un malade agressif est un malade anxieux* est un schéma possible qui incite à agir sur l'anxiété pour réduire l'agressivité ; mais il en existe d'autres, comme *le patient agressif est un client exigeant* ou *le patient agressif est un malade désorienté*. Parallèlement, la communication thérapeutique, qui spécifie les mots à dire et ne pas dire pour renforcer le sentiment de sécurité du patient, est un script pour répondre à l'anxiété. Les modalités de prescription d'anxiolytiques en sont un autre. Les scripts et schémas disponibles et légitimes dans les organisations, formant la structure cognitive, sont alors des leviers importants de standardisation (Barley & Tolbert, 1997 ; Dany *et al.*, 2011 ; Weick, 1996) et de coordination (Gagnon, 1973 ; Harris, 1994 ; Orvain, 2014). Orvain (2014) montre par exemple qu'à l'hôpital, des schémas de vigilance et des scripts de prise en charge permettent d'orienter de manière coordonnée l'attention des soignants sur les escarres des malades alités, objet souvent oublié dans l'attention quotidienne.

Aux côtés des structures cognitives que sont les schémas et scripts, les structures concrètes (Barnett, 2008) conditionnent aussi l'attention. Elles sont politiques, à travers les rôles, les statuts, les ressources des acteurs, mais aussi spatio-temporelles, à travers l'organisation concrète du travail, ses procédures, ses lieux et enfin matérielles, à travers l'ensemble des artefacts qu'une organisation construit pour fonctionner (Gebauer, 2009 ; Ocasio, 1997). Elles aussi sont facteur de standardisation et de coordination de l'attention.

### **1.3. Pratiquer une attention partagée : les limites des structures et la réponse par les interactions**

Si les structures cognitives et concrètes favorisent le partage des objets d'attention, ce partage n'est que partiel. En effet, en même temps qu'elles coordonnent et standardisent, les structures distribuent l'attention, maintiennent des marges d'attention individuelles, se



stratifient avec le temps : autant d'entraves à la formation d'une attention collective partagée.

Nous détaillons ces trois obstacles.

### **1.3.1. Les limites des structures dans la pratique de l'attention partagée**

Tout d'abord, les structures dispersent l'attention tout autant qu'elles permettent son partage. En effet, elles facilitent son partage quand les individus sont enchâssés dans les mêmes structures, ayant par exemple le même métier, travaillant dans les mêmes lieux, mais sont un obstacle dès lors que les individus sont enchâssés dans des structures différentes. L'attention devient alors distribuée entre groupes d'acteurs (Ocasio, 1997 ; Joseph & Wilson, 2018 ; Vuori & Huy, 2016), par exemple entre groupes professionnels. C'est particulièrement le cas dans une organisation pluraliste comme l'est l'hôpital (Denis *et al.*, 2001).

De plus, les structures laissent toujours des marges d'attention individuelle dont rien n'assure qu'elles soient mises au service d'une attention partagée. Les structures sont en effet plus ou moins fortes, c'est-à-dire qu'elles prescrivent plus ou moins les objets d'attention. Cette limite, qui a été relevée pour les structures cognitives (Barley & Tolbert, 1997 ; Dany *et al.*, 2011 ; Weick, 1996), peut être étendue aux structures concrètes. Par exemple, le rôle de médecin généraliste laisse une marge de détermination individuelle des objets d'attention plus grande que celui de médecin spécialisé dont l'attention est plus dirigée. S'ajoute la possible contradiction entre des structures (Seo & Creed, 2002) qui placent l'individu en situation d'arbitrage et lui redonnent une capacité individuelle d'attention.

Enfin, les structures se stratifient avec le temps, renforçant la distribution de l'attention. En effet, les nouveaux objets d'attention peuvent ne pas être pris en compte si les structures en place ne le permettent pas. Par exemple, décréter l'importance de l'attention portée au vécu psychique des patients peut se heurter à des structures organisationnelles qui orientent exclusivement l'attention sur l'état physiologique des patients. Une modification délibérée des

structures est alors requise (Scheytt *et al.*, 2006) pour intégrer les nouveaux objets. Les environnements évoluant en permanence, les objets d'attention se succèdent, les structures sont continuellement modifiées. Or ce processus est long, partiel, localisé. Les structures forment alors des strates hétérogènes, dépendantes de leur période et lieu de transformation. Les nouveaux objets d'attention sont en conséquence inégalement pris en compte par les individus selon leur place dans la structure. La distribution de l'attention se trouve renforcée.

### **1.3.2. Le recours aux interactions pour compléter le modèle structurel de l'ABV**

Face aux insuffisances des structures à assurer le partage de l'attention, les promoteurs de l'ABV en appellent aux interactions (Ocasio, 1995 ; Ocasio *et al.*, 2018, 2021). Cette reconnaissance est toutefois à ce jour un programme de travail plus qu'un résultat de recherche. Le recours aux interactions sociales comme levier complémentaire des structures n'a rien de fortuit, puisque la psychologie cognitive reconnaît leur rôle dans la formation de l'attention conjointe (Aubineau *et al.*, 2015). Ainsi, Hutchins (1994, 1995) et Cicourel (1987, 1994) empruntent largement à Goffman (1983) pour montrer le rôle des interactions dans les situations de cognition distribuée, par exemple pour porter un diagnostic sur l'état d'un patient au sein d'une équipe médicale dans laquelle les différents professionnels portent des attentions partielles. De même, le *collective mind* prôné par Weick et Roberts (1993), mobilisé dans la notion de *mindfulness* (Vogus & Welbourne, 2003 ; Weick & Sutcliff, 1999, 2006), ou dans celle de résilience (Tillement *et al.*, 2009), est une forme de vigilance collective dépendante d'interactions qu'il faut reconstruire lorsqu'elles ont été détruites par l'inattendu d'une situation. Dans le secteur de la santé, Kolbe *et al.* (2014) ont montré comment « les interactions attentives » participent à la sécurité des interventions dans les blocs opératoires. Orvain (2014) fait de même dans sa modélisation du *qui-vive organisationnel*, en considérant que ce sont les interactions qui produisent la vigilance d'une unité de soins sur l'état des escarres des patients, même si elles ne suffisent pas et doivent être instrumentées. Toutes ces approches ont en

commun de faire dépendre l'attention collective des interactions individuelles, qui viennent compenser sa distribution.

En synthèse, l'*attention-based view* permet d'identifier les leviers de formation d'une attention collective partagée. Elle invite d'une part à considérer que l'attention est *enactée* par des pratiques qui la font exister. Partager l'attention, c'est partager des pratiques d'attention. Elle invite d'autre part à prendre en compte le rôle déterminant des structures politiques, spatio-temporelles et matérielles, mais aussi des structures cognitives. Ces structures régulent la concurrence entre les objets d'attention et les réponses apportées et produisent ainsi de la standardisation et de la coordination entre les pratiques d'attention. Le modèle de l'ABV est toutefois partiel et mérite d'être complété. En effet, nous avons montré que si les structures favorisent dans certaines conditions l'attention collective partagée, elles restent insuffisantes. En effet, elles distribuent l'attention tout autant qu'elles facilitent son intégration, elles laissent des marges d'attention individuelles résiduelles et, enfin, elles se stratifient avec le temps, accroissant la distribution. Le travail de terrain vise alors à comprendre comment les interactions sociales s'articulent aux structures attentionnelles et contribuent, avec elles, au partage de l'attention collective.

## **2. Méthodologie de la recherche : étude de situations de pratiques collectives d'hypnose**

### **2.1. *Design* et contexte global de recherche : étude de situations d'hypnose dans un CHU français**

Nous avons opté pour une recherche qualitative, pertinente pour traiter des mécanismes et des processus. Nous sommes alors partis en quête, dans l'esprit de l'enquête sociologique (Boltanski, 2012 ; Paugam, 2010), de la compréhension de la manière dont des individus dans un collectif parviennent à exercer leur attention ensemble.

Nous avons travaillé sur la pratique de l'hypnose à l'hôpital, comme réponse aux signaux de douleur, d'anxiété, d'agressivité et de chagrin envoyés par le patient et, en cela, vecteur d'une attention renouvelée à son vécu psychique. L'évolution de l'attention collective est un enjeu important dans les équipes de soins aujourd'hui. En effet, la technologisation des soins, les exigences de qualité et de sécurité et les recherches de gains de productivité polarisent l'attention sur le *cure*. Elles sont vécues par les professionnels comme des pièges à humanité (Weick & Sutcliffe, 2003) qui exigent un rééquilibrage en faveur du *care* pour « remettre le patient au centre » et « réhumaniser l'hôpital » (Gherardi & Rodeschini, 2016 ; Grover, 2014 ; Pascuci *et al.*, 2017 ; Rogers & Ashforth, 2017). Porter attention au vécu psychique répond à cette demande. L'hypnose en est une modalité.

Nous avons suivi des pratiques de l'hypnose qui sont, au moment de la recherche, dans une situation intermédiaire, ni totalement nouvelles, ni totalement routinières. L'état intermédiaire est intéressant, à la fois parce qu'il est courant dans les organisations qui se renouvellent sans cesse, mais aussi parce qu'il rend particulièrement visible le jeu des structures et des interactions. Cet état se situe en effet après que les structures ont commencé à assimiler le nouvel objet d'attention, qui n'est alors plus dépendant des seules initiatives individuelles, mais avant qu'elles ne l'aient totalement incorporé et transformé en routines attentionnelles.

Nous avons de plus retenu la situation comme unité d'analyse. Nous reprenons ici la définition de Girin (1990, 2011), qui caractérise la situation de gestion comme celle où des participants doivent accomplir, dans un temps déterminé, une action collective conduisant à un résultat soumis à un jugement externe. Nous avons ainsi travaillé sur 29 situations dans lesquelles des soignants ont pratiqué l'hypnose, dans un temps délimité, gardant en tête l'idée que, même s'ils y sont plus ou moins bien parvenu, c'était ce qu'il convenait de faire. Chacune des 29 situations est résumée dans l'annexe 1.

## 2.2. Contexte détaillé de la recherche : la mise en place de l'hypnose dans quatre unités

L'hypnose se décline en hypnose formelle, hypnose conversationnelle et communication thérapeutique, qui forment un continuum pour obtenir un état modifié de la conscience du patient par la parole du soignant. L'hypnose formelle cherche à obtenir une dissociation profonde entre l'état psychique et l'état physique. Le patient doit pouvoir faire abstraction des stimuli externes, en particulier des gestes faits sur son corps, et transformer positivement leurs significations. Cette forme s'appuie sur un script décrivant précisément les actions requises, associé à un schéma fort, celui de l'importance de construire une « bulle » autour du patient. L'hypnose conversationnelle cherche, dans l'échange, à mobiliser les ressources du patient favorisant des sensations positives. Le script associé est peu prescriptif, les professionnels disposant d'une marge de manœuvre pour converser, mais les schémas sont forts, renvoyant à l'importance de faire passer d'un état de transe négative à celui de transe positive. La communication thérapeutique est une technique verbale pour soutenir le patient. Le script de la communication thérapeutique est très prescriptif, car à un certain nombre de situations types sont associés « les mots à dire », par exemple « comment vous sentez-vous ? », et « ceux à ne pas dire », par exemple « avez-vous mal ? ». Les schémas, tout aussi forts, invitent ainsi à considérer que « les mots sont placebo » et « les mots sont nocebo ».

Nous avons travaillé dans quatre unités : les blocs chirurgicaux gynécologiques (bloc gynéco), le service de chirurgie de jour (UCA), le service d'ambulanciers (ambulances) et le service médical d'urgence et d'intervention (SMUR). Elles ont été choisies par opportunité (Girin, 1989, 1990), parce que les cadres de ces services nous ouvraient leurs portes. Ces quatre unités nous ont permis de diversifier les contextes de pratique de l'hypnose.

L'hypnose prend au moment de notre recherche les formes suivantes. Au bloc gynéco, elle est pratiquée principalement par des médecins ou infirmiers anesthésistes, parfois par les

infirmiers de bloc. Elle est conversationnelle lorsqu'utilisée en complément de l'anesthésie générale, qui est alors légère, ou formelle en substitution de l'anesthésie générale. Au SMUR, les trois formes d'hypnose sont pratiquées par n'importe quel membre de l'équipe, médecin, infirmier, ambulancier, pour prendre en charge la douleur ou la peur sur le lieu même d'intervention (domicile, espace public) et ce, pendant les soins techniques. Dans ces deux unités, une hypnose collective réussie est une hypnose assurant la cohérence de l'attention portée au patient par les différents intervenants qui travaillent simultanément. À l'UCA, la communication thérapeutique est introduite pour tenir compte de l'anxiété et de l'agressivité des patients dans une unité qui les accueille avant et après leur passage au bloc. Les prises en charge sont réparties entre plusieurs intervenants qui se succèdent et n'interviennent chacun que quelques minutes. Enfin, dans l'unité ambulances, la communication thérapeutique et l'hypnose conversationnelle sont des pratiques qui fournissent aux ambulanciers des moyens de prendre en charge la douleur et l'anxiété des patients alors même que, n'étant pas soignants, ils sont privés des moyens conventionnels d'intervention. Ils pratiquent l'hypnose pendant le trajet et sont satisfaits lorsqu'il n'y a pas de rupture de communication pendant le transfert au service aval. Dans ces deux dernières unités, une hypnose réussie est ainsi une hypnose assurant la continuité de l'attention portée par différents intervenants qui se succèdent auprès du patient.

### **2.3. Recueil des données**

Deux des auteurs ont eu accès au terrain d'un CHU français, dans le cadre d'un projet de recherche financé par la Fédération hospitalière de France portant sur l'innovation dans les des approches bien traitantes. Nous ne retenons ici que les données portant sur l'hypnose.

Notre travail de recueil de données combine entretiens (52), séquences d'observation directe dans les unités (6) et animations de réunions (3), comme présentés dans le tableau 1.

**Tableau 1.** Nature du recueil des données dans les 4 unités

Unité	Nature du recueil
Bloc gynéco	<p><b>Dix entretiens</b></p> <p>1 médecin anesthésiste (rencontré deux fois), 2 infirmières anesthésistes, 2 infirmières de bloc, 2 chirurgiens, 1 directrice déléguée, 1 formatrice</p> <p><b>Observations sur site</b></p> <p>3 demi-journées. Nous avons été présents dans le bloc, à la tête des patientes, près de l’anesthésiste, puis en salle de réveil. Nous avons débriefé en continu avec les anesthésistes.</p>
Service de chirurgie de jour (UCA)	<p><b>Vingt entretiens</b></p> <p>1 cadre de pôle, 2 cadres de l’unité, 7 infirmières, 3 aides-soignantes (dont 2 rencontrées deux fois), 1 agent de service hospitalier, 1 formatrice (rencontrée deux fois), 1 cadre de pôle, 1 formatrice</p> <p><b>Restitution de groupe</b></p> <p>8 personnes présentes</p> <p><b>Observations sur site</b></p> <p>2 jours. Nous avons suivi des infirmières et aides-soignantes auprès des malades. Nous avons débriefé à l’issue des observations.</p>
SMUR	<p><b>Deux entretiens</b></p> <p>1 cadre de santé (deux fois)</p> <p><b>Deux animations de groupes d’analyse de la pratique</b></p> <p>2 médecins, 2 infirmières, 2 ambulanciers</p>
Ambulances	<p><b>Quinze entretiens</b></p> <p>1 cadre de service (rencontrée deux fois), 2 ambulanciers, 1 régulateur, 5 ambulanciers en entretiens de groupe (deux fois)</p>
Autres	<p><b>Cinq entretiens</b></p> <p>1 médecin anesthésiste du bloc cardio, 1 infirmière anesthésiste du bloc cardio, 1 directeur de l’innovation (deux fois), 1 responsable de la formation continue</p> <p><b>Observations de réunion</b></p> <p>Session de formation à la communication thérapeutique, atelier « hypnoCome », participation au comité de pilotage « bientraitances » (6 comités)</p>

Source : Valette A., Mennessier C. et Fatien P., 2023

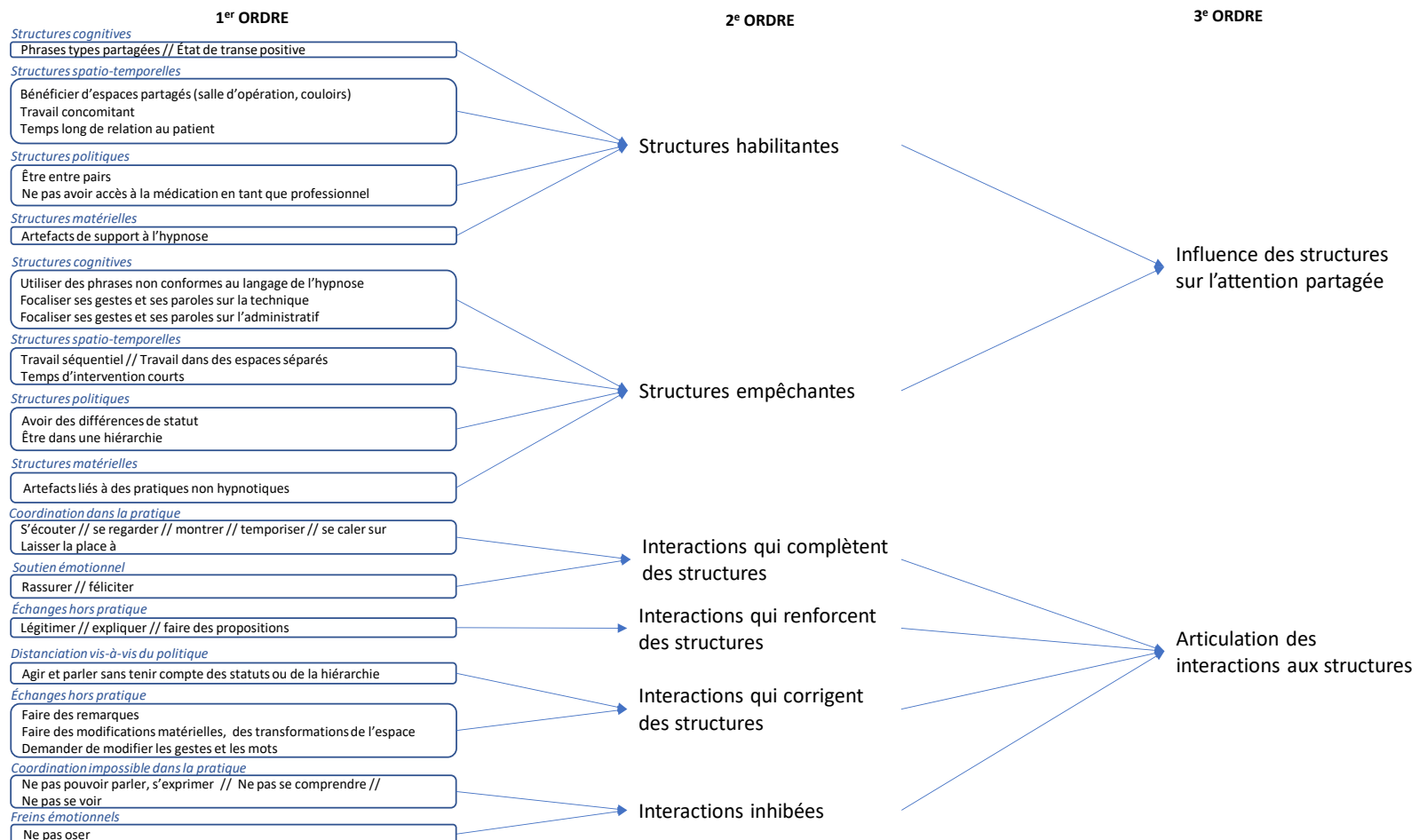
## 2.4. Analyse des données

Nous avons d'abord procédé à un codage de 1<sup>er</sup> ordre et identifié, pour les 29 situations, les différents types de structures organisationnelles, à la fois cognitives (par exemple les paroles types), politiques (par exemple la hiérarchie), spatio-temporelles (par exemple l'organisation du travail) et matérielles (par exemple les formulaires à remplir), en les mettant en relation avec ce que nos interlocuteurs présentaient comme une pratique de l'hypnose réussie ou au contraire un échec. La réussite ou l'échec ne se réfèrent pas à son effet sur le patient, mais à sa dimension partagée, c'est-à-dire au fait d'obtenir une cohérence ou une continuité dans la pratique de l'hypnose. Dans le même temps, nous avons codé des séquences d'interactions selon leur fonction élémentaire : coordination dans la pratique d'hypnose et hors pratique ; soutien ou frein émotionnel ; distanciation vis-à-vis du politique.

Le codage de 2<sup>e</sup> ordre identifie le rôle de ces structures et interactions dans la situation de pratique de l'hypnose. Les structures ont été codées comme habilitantes ou empêchantes à soutenir le partage de l'attention. Les interactions, quant à elles, ont été codées comme complétant, renforçant, corrigeant les structures ou inhibées par les structures. Ceci nous permet alors de distinguer (codage de 3<sup>e</sup> ordre) l'influence des structures sur l'attention partagée et les modalités d'articulation des interactions aux structures. Ce codage est présenté dans la figure 1 ci-dessous.



Figure 1. Arbre de codage des données

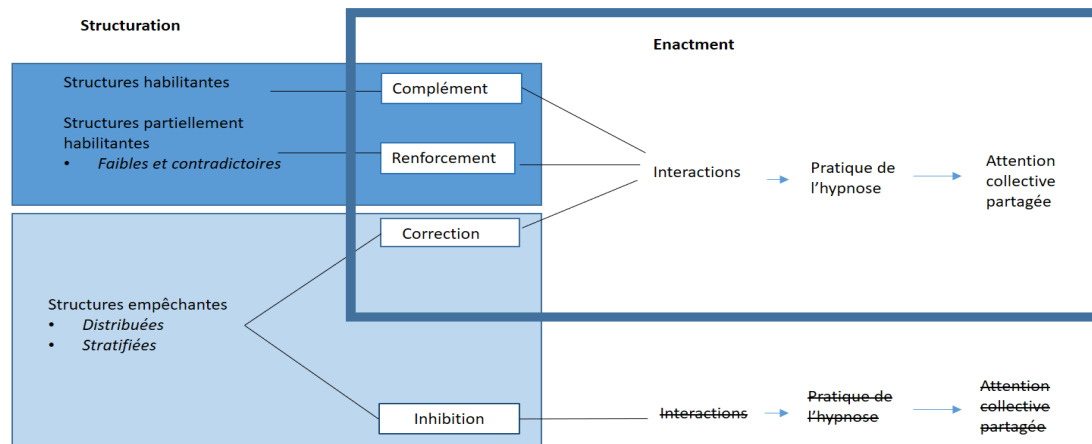


Source : Valette A., Mennessier C. et Fatien P., 2023

### 3. Résultats : l'articulation des interactions aux structures dans la pratique d'attention partagée

Nos résultats montrent que les structures peuvent favoriser le partage de l'attention – nous les désignons alors comme *habilitantes* – ou lui faire obstacle – nous les désignons alors comme *empêchantes*. Les interactions s'articulent aux structures de quatre manières, en complétant, renforçant, corrigeant ou en étant inhibées. Plus précisément, quand les structures sont habilitantes, elles sont souvent insuffisantes et les interactions viennent les compléter ou les renforcer. Quand les structures sont empêchantes, les interactions viennent les corriger ou sont inhibées. Dans les trois premières modalités, les situations produisent effectivement de l'attention partagée grâce à un partage de la pratique de l'hypnose. Dans la dernière situation, il peut y avoir une attention individuelle portée au vécu psychique du patient, mais elle ne peut pas être partagée par la pratique de l'hypnose. La figure 2 synthétise ces résultats. Ci-dessous nous les présentons et les illustrons par des restitutions de situations particulièrement significatives. Certaines sont mises en exergue sous forme de vignettes, car particulièrement claires et illustratives, d'autres sont présentées plus brièvement dans le corps du texte, pour compléter nos analyses.

**Figure 2.** Modalités d’articulation des interactions aux structures pour produire de l’attention partagée



Source : Valette A., Mennessier C. et Fatien P., 2023

### 3.1. Des structures habilitantes mais insuffisantes, complétées et renforcées par les interactions

#### 3.1.1. Des structures habilitantes. Des interactions qui les complètent

Dans la première série de situations, les structures favorisent largement l’attention partagée, elles sont habilitantes, mais insuffisantes, et doivent donc être complétées dans la situation concrète d’attention.

La vignette ci-dessous montre que les structures, tant concrètes (ici spatio-temporelles et politiques) que cognitives, sont habilitantes de l’attention partagée ; cependant l’interaction, sous forme d’écoute réciproque lors du passage de relais entre Jean et une radiologue, permet d’assurer la continuité de l’attention portée au malade.

### Passage de relais en radiologie (n° 12)

Jean, ambulancier, transporte un enfant anxieux et renfermé. Seul à ses côtés dans le trajet qui les mène à l'hôpital, Jean essaie de briser l'isolement de l'enfant. Il lui demande quels sont ses jeux préférés sur l'iPad. Jean finit par réussir à connecter l'enfant avec ses personnages préférés, qu'il lui propose de retrouver mentalement à leur arrivée en radiologie : « maintenant tu vas le continuer dans ta tête, et en même temps que tu vas t'allonger sur ce lit, tu vas penser à ton jeu, à ton personnage, comment tu es en train de courir dans la forêt, en train de sauter, mais tu ne bouges pas ». À l'écoute de Jean, la manipulatrice radio qui les accueille repère tout de suite que l'enfant est dans une bulle hypnotique ; elle poursuit le travail entamé par Jean en reprenant ses termes. Jean de conclure : « C'est génial [...] parce que j'ai trouvé que la radiologue était partie encore plus dans l'hypnose conversationnelle avec l'enfant et elle a enchaîné avec les bons mots, les bonnes phrases. Je lui ai demandé si elle était formée, elle m'a dit oui, qu'elle s'était formée avec une personne formée. Le scanner s'est passé nickel et on a ramené l'enfant. Le papa a dit, "c'est vraiment génial" ».

L'organisation spatio-temporelle du travail, avec un temps long de contact seul à seul entre l'ambulancier et le patient, facilite la réception des signaux envoyés par le patient et l'autonomie de l'ambulancier dans sa pratique de l'hypnose. La structure politique, caractérisée ici par un ambulancier dont le statut n'est pas celui de soignant et qui se voit donc privé de moyens conventionnels de prise en charge, favorise l'hypnose, comme un « moyen de faire quelque chose, quand on ne peut rien faire d'autre » face au désarroi des patients. Enfin, la structure cognitive, en place dans cette situation, joue aussi un rôle important : tant l'ambulancier que la manipulatrice radio connaissent l'importance de la bulle à préserver, les schémas de la transe négative et positive ainsi que les scripts de l'hypnose conversationnelle,

qui prescrivent une certaine manière de converser avec le patient. Ils ont les compétences pour les mettre en pratique de manière autonome.

Si ces structures offrent un terrain favorable à l'attention partagée en assurant sa continuité, elles ne comblent pourtant pas toute l'incertitude liée à sa pratique dans un collectif. Grâce à l'interaction, même courte, qui permet de s'écouter, de s'observer en pratique et de voir les effets produits sur le patient, la manipulatrice radio reconnaît qu'une pratique d'hypnose conversationnelle est en cours et elle y puise des indices pour savoir comment s'adapter au travail entamé par Jean. Ainsi, en complétant les structures, les interactions jouent un rôle dans l'exercice de l'attention partagée dans la mesure où elles permettent de combler les marges d'indétermination inhérentes à l'attention concrète portée par le collectif.

Une autre situation, tirée d'une intervention du SMUR, permet de voir une autre forme d'interaction qui, elle aussi, complète des structures pourtant habilitantes. Audrey, jeune ambulancière au SMUR (n° 25), intervient avec un médecin et une infirmière sur un lieu d'accident de la route ; un motard est allongé à terre, fémur à l'envers. Dans le chaos ambiant des bruits de découpage de tôle, elle demande au médecin, concentré sur des gestes techniques lourds, si elle peut pratiquer de l'hypnose. Avec son aval, elle s'allonge à côté du blessé, ses chuchotements contrastant avec la tension ambiante. Malgré l'impression de « passer pour une conne », Audrey est encouragée du regard par ses collègues. Plus tard, ils lui diront : « c'est super ce que t'as fait ».

Dans ce cas aussi la structure cognitive est habilitante, car toute l'équipe partage le schéma de l'hypnose, et notamment l'importance de la bulle, et Audrey maîtrise le script de l'hypnose formelle, ce qui lui permet d'être en confiance. La structure spatio-temporelle, un travail en simultané, sur un même lieu, permet à Audrey de savoir comment s'insérer dans le collectif de travail pour trouver une place pertinente auprès du patient. C'est néanmoins

l'interaction entre Audrey et le médecin qui lui apporte de la légitimité et lui donne une autorisation symbolique, dans un travail où les rôles professionnels restent divisés et hiérarchisés. Quand Audrey éprouve du doute et de la honte, parce que sa position « à l'oreille du patient » contraste avec le chaos de la scène, c'est le collectif qui l'encourage implicitement et respecte la non-intrusion. Elle nous confiera en entretien : « la plus grande barrière, c'est souvent nous-même ». Les interactions, ici l'autorisation tacite du médecin et le soutien émotionnel des coéquipiers, ont permis de compléter ce que les structures avaient initié et facilité.

### **3.1.2. Des structures partiellement habilitantes. Des interactions qui les renforcent**

Dans la deuxième série de situations, les structures favorisent l'attention partagée, mais sans être suffisamment fortes pour conditionner la pratique de l'attention partagée ; on dit qu'elles sont partiellement habilitantes. Les interactions viennent alors renforcer les structures.

« On débrief » (n° 9)

Une intervention vient de se dérouler au bloc gynéco. Lorsque la patiente quitte la salle sur le brancard, l'infirmière anesthésiste référente, Marie, vient voir l'infirmière de bloc, Pascale, qui est en train de nettoyer la table opératoire. Elle lui demande comment s'est déroulée l'hypnose. L'infirmière de bloc nous indique [à nous chercheurs] que c'est une pratique maintenant courante dans le service : « Après une séance d'hypnose, Marie nous demande toujours notre appréciation. Elle demande celle de la patiente, celle du chirurgien, et la nôtre. Comment on a ressenti la chose, comment on a trouvé les choses. » Aujourd'hui, si la chirurgienne a donné la note de 10/10, Marie donne 8/10. « Parce que j'ai trouvé qu'il y avait eu des moments un peu plus compliqués. » Et Pascale de partager avec Marie les points sur lesquels elle pense que le collectif aurait pu s'améliorer. « À un moment, on ne

s'est pas compris. Peut-être qu'on est au moment où la bulle se crée et du coup on ne veut pas trop percer la bulle en disant "je vais faire le badigeon" ». Pour Pascale, ces échanges permettent de s'ajuster et monter en compétences, et c'est par exemple à la suite d'un tel débrief que l'équipe a mis au point une technique de communication. Dans les situations où le niveau sonore est trop élevé, un membre de l'équipe, « quand il voit qu'il y a trop de bruit, va dire "je préoxygène la patiente". Et là ça veut dire qu'on rentre dans le calme ».

Dans cette situation, les structures semblent habilitantes. Les schémas sont forts, la bulle fait sens pour toute l'équipe, les scripts de l'hypnose formelle sont maîtrisés et le travail dans le même temps dans un même espace est propice au partage de l'attention. Pourtant, les structures ne sont que partiellement habilitantes, car les scripts ne couvrent pas l'ensemble des situations concrètes rencontrées. Il va s'agir ici, pour économiser des échanges verbaux, perturbateurs de la bulle, de construire ensemble des phrases qui vont de soi sur le sens qu'elles véhiculent. Les scripts sont alors renforcés par d'autres scripts, co-construits par les échanges entre pairs, lors de moments de réflexivité sur la pratique.

Les structures cognitives sont renforcées dans ce cas par des *feed-backs*. Elles peuvent l'être aussi par imitation ou transfert de bonnes manières de parler. L'imitation peut consister à observer un praticien plus expérimenté, telle Alice, infirmière instrumentiste au bloc gynéco (n° 1), qui explique qu'elle a longtemps écouté et imité les anesthésistes formés à l'hypnose, mais que, maintenant, ce sont les jeunes anesthésistes qui l'imitent. Le transfert peut avoir lieu lors d'échanges formels ou informels, telle cette boutade d'un médecin anesthésiste à un interne (n° 7) à propos de l'usage du mot « petite » lors d'une intervention où l'interne avait pratiqué l'hypnose : « Tu es en train de prendre de mauvaises habitudes, "petite piqûre", "petite sieste", "petite..." Tu sais qu'un jour en colloque, je me suis fait reprendre ! ». Cette interaction informelle va contribuer à enrichir et standardiser la mobilisation des scripts dans l'équipe. Elle

renforce aussi une structure politique qui normalise les transferts de compétences entre un médecin et son interne.

Dans cette première section de résultats, on voit donc que la complémentarité et le renforcement sont deux modalités d'articulation des interactions lorsque les structures cognitives, politiques, socio-temporelles et matérielles sont habilitantes. Les interactions sont faites de *feed-back*, d'imitation, d'écoute, de soutien émotionnel. Cet apport des interactions est nécessaire au partage de l'attention, c'est-à-dire ici à sa continuité, dans le cas d'un travail segmenté, ou à sa cohérence, dans le cas d'un travail concomitant. Dans la première modalité d'articulation, les interactions viennent compléter les structures et combler les espaces d'indétermination propres aux situations concrètes d'attention. Elles permettent une meilleure coordination entre les porteurs d'attention pour s'adapter aux signaux envoyés par les malades et aux aléas de la pratique. Dans la deuxième modalité d'articulation, les interactions renforcent des structures cognitives qui ne s'avèrent pas assez fortes, pour assurer la standardisation dans la manière de porter attention.

### **3.2. Des structures « empêchantes » corrigées par les interactions ou inhibant celles-ci**

Si les structures peuvent être habilitantes, elles peuvent aussi s'avérer empêchantes. Les interactions peuvent alors venir les corriger pour produire de l'attention partagée. Cependant, la structure qui empêche l'attention partagée, inhibe aussi parfois les interactions qui auraient été nécessaires ; l'attention individuelle portée au vécu psychique du patient ne peut pas dans ces conditions être partagée par la pratique d'hypnose.

#### **3.2.1. Des structures empêchantes. Des interactions qui les corrigent**

Nous restituons d'abord les situations dans lesquelles une structure qui fait obstacle à la pratique de l'hypnose est corrigée ; c'est le cas de la situation suivante, dans laquelle des retours



collectifs sur la pratique aboutissent à l'accord sur la correction d'un élément de la structure matérielle qui freinait la continuité de l'attention.

Un trou dans le champ pour communiquer en silence (n° 10)

Lors d'une opération de mastectomie, les intervenants sont répartis de part et d'autre d'un champ opératoire tendu entre l'anesthésiste, qui pratique l'hypnose à la tête de la patiente, et les chirurgiens, penchés au-dessus du point d'intervention. Ce champ constitue un obstacle à la communication visuelle : l'anesthésiste ne peut pas voir les chirurgiens. Nous apprendrons par la suite que l'équipe s'est accordée pour faire un trou dans le champ et pallier le blocage visuel qui risque de compromettre la « bulle ». Ce trou est une bonne solution pour permettre à chacun, quelle que soit sa position dans l'espace, de maintenir un contact visuel, sans paroles.

Cette situation du bloc gynéco montre que, malgré la présence de structures cognitives qui facilitent l'attention partagée (scripts et schémas de l'hypnose connus et maîtrisés), le collectif est bloqué dans la pratique de l'hypnose par un artefact. Le champ produit une division spatiale du travail dans laquelle la vision est obstruée, alors qu'elle est la forme privilégiée de communication dans l'hypnose. Ces structures vont être corrigées par des interactions – sous forme de suggestion, débat et accord du groupe –, qui débouchent sur une proposition d'innovation, mais surtout de transgression des standards sanitaires, puisque le champ est supposé garantir un espace strict de stérilité. L'innovation facilite toutefois la poursuite de l'hypnose pour les opérations à venir.

Les interactions peuvent permettre, comme ici, d'apporter des corrections aux structures matérielles ; elles peuvent aussi toucher aux structures politiques et cognitives. C'est la situation illustrée par Nina (n° 2), infirmière anesthésiste, qui, lors d'une intervention, est dépitée

d'entendre un médecin, non sensibilisé à l'hypnose, dire à la patiente : « attention, je vais piquer ». Par cette phrase, il crève la bulle qu'elle avait construite et fait courir le risque de faire basculer la patiente dans un état de « transe négative ». Nina réagit en « faisant les gros yeux » au médecin. Après l'intervention, elle ira parler au médecin pour lui rappeler les bonnes pratiques apprises en formation, et en particulier le vocabulaire approprié dans cette situation. Cette interaction vient non seulement corriger la structure cognitive, puisque Nina partage les scripts et schémas appropriés, mais elle vient aussi corriger la structure politique. En effet, quand Nina, infirmière, éduque le médecin, elle renverse de fait la hiérarchie traditionnelle des rôles. Il en est de même quand David, chirurgien, nous explique que, à la suite de nombreux échanges avec les médecins et les infirmières anesthésistes, il a accepté de revoir son rôle et sa manière de travailler (n° 11). En effet, habitué à parler pendant les opérations, à commenter ses actes et à transmettre à l'oral les différentes étapes de son travail, il est conduit aujourd'hui à être silencieux pour suivre le script de l'hypnose. Il nous explique :

[Je suis] obligé d'être un petit peu autiste, c'est-à-dire qu'il ne faut pas que je parle ou pas trop fort, il faut vraiment que je fasse mon geste de façon efficace [...] il ne faut pas que je fasse des choses qui puissent interférer avec l'hypnose qui est en train de se passer. Il faut vraiment que je me mette au service du travail engagé par l'infirmière anesthésiste. Je deviens un exécutant.

L'infirmière anesthésiste, traditionnellement au service du travail du chirurgien, devient celle qui contraint sa pratique. Le chirurgien, pris dans le travail collectif, est disposé à revoir ses habitudes pour favoriser la réussite collective de l'hypnose.

### **3.2.2. Des structures empêchantes. Des interactions inhibées**

Enfin, dans notre dernière série de situations, l'attention n'est pas partagée, car les structures empêchent non seulement ce partage, mais aussi inhibent les interactions qui auraient pu les corriger. La vignette « L'infirmière va vous parler » (n° 21) en est une illustration.

« L’infirmière va vous parler » (n° 21)

Nicole, infirmière du SMUR, arrive avec trois collègues, un médecin, un externe et un ambulancier, au domicile d’un homme d’une cinquantaine d’années qui a fait une chute sévère. L’accidenté ressent de très fortes douleurs. Le médecin et l’externe commencent à faire le premier interrogatoire, l’ambulancier surveille les paramètres vitaux et Nicole, attentive aux douleurs intenses du patient, tente de poser un cathéter. Elle s’y reprend à quatre fois, sans y parvenir. Devant le constat amer de son échec technique, elle se résout à demander au médecin de la remplacer dans ce geste. Alors que le médecin réussit immédiatement à poser la voie, il déclare au patient : « l’infirmière va vous parler ». Cette injonction d’entrer en communication thérapeutique désarçonne Nicole, sous le choc d’avoir raté la pose du cathéter. Elle s’interroge sur les motivations de ce médecin : veut-il la mettre en défaut et « l’enfoncer » encore plus parce qu’elle a raté sa prise ? Nicole se demande comment il pouvait ignorer que « ça allait être difficile pour elle d’être dans l’humain alors que professionnellement parlant elle avait raté ce pour quoi elle était là. » Nicole aurait préféré que le médecin lui demande au préalable si elle était prête à faire cette hypnose, ou qu’il rentre lui-même en communication thérapeutique, ayant fait la même formation qu’elle. Ou bien qu’il s’adresse à l’ambulancier, formé lui aussi. Finalement, elle reste sur un sentiment d’échec et l’impression de ne pas avoir fait partie d’un collectif : son attention personnelle était focalisée sur sa pratique difficile et non sur le patient et les autres intervenants.

Dans cette situation, malgré des structures cognitives fortes (schéma et scripts partagés) et une structure spatio-temporelle favorable (travail simultané avec unité de temps et de lieu), l’attention partagée est bloquée par des structures politiques qui font obstacle à la pratique collective de l’hypnose. La hiérarchie des rôles professionnels, incarnée par un médecin faisant une requête à Nicole interprétée comme un ordre, a renforcé son malaise initial et le sentiment

d'être techniquement défaillante. Nicole est désorientée face à cette requête, ce qui détourne son attention du malade et la fragilise dans la mobilisation de ses compétences en hypnose. La structure politique qui a fragilisé l'exercice de l'hypnose n'a pas pu être corrigée par des interactions, parce qu'elles ont été inhibées par la structure elle-même. En effet, une pratique satisfaisante de l'hypnose aurait nécessité des échanges entre les protagonistes : vérification par le médecin de l'état de Nicole, recueil de sa disposition à exercer, possibilité pour Nicole d'exprimer ses émotions, des réserves ou sa préférence pour qu'une autre personne exerce. Ces interactions n'ont pas été possibles, car Nicole ne s'est pas autorisée à exprimer ses ressentis et a préféré respecter la hiérarchie des rôles.

D'autres types de structures peuvent inhiber les interactions. La situation de Rémi illustre le poids des structures cognitives et concrètes. Rémi est ambulancier dans un service d'hospitalisation (n° 13). Alors que, lors du trajet en ambulance, Rémi a commencé une conversation hypnotique avec le patient qu'il poursuit à son arrivée à l'hôpital, celle-ci est interrompue par la soignante qui les accueille. Non seulement la soignante, non sensibilisée à l'hypnose, ne reconnaît pas la pratique engagée par Rémi (absence de maîtrise des scripts et des schémas pour interpréter la situation), mais elle est de plus aux prises avec une formalité administrative (artefact concurrent) et s'inquiète à voix haute de la disponibilité d'un lit. Ce protocole focalise son attention sur ses propres tâches, l'empêchant de porter attention à l'état du patient, qui s'inquiète pourtant auprès de Rémi et demande « où [il] a atterri ». L'attention partagée n'a pas été possible à cause d'une distribution importante de la structure cognitive, renforcée par des objets matériels. Les schémas et les scripts ne sont pas partagés et les attentions individuelles sont focalisées sur des objets différents, l'état psychique du patient pour l'un, les lits et le document à remplir pour l'autre. Les interactions, qui doivent se faire dans ce type de cas dans un temps très court, celui de la passation du patient, n'ont pas pu corriger cette distribution trop importante, Rémi quittant l'hôpital très frustré.

Dans cette seconde série de résultats, on constate que les structures empêchantes qui font obstacle à la cohérence ou à la continuité de l'attention collective peuvent être corrigées, mais ne le sont pas lorsqu'elles exercent une inhibition importante des interactions. Dans le premier cas, les interactions, faites d'interpellations, de remarques sur les pratiques individuelles ou de décisions sur les pratiques collectives, corrigent les structures politiques, spatio-temporelles, matérielles et cognitives, pour les ajuster à ce qui est exigé pour la pratique de l'attention partagée. En particulier, elles corrigent la distribution de l'espace, des rôles, du pouvoir et leur stratification conduisant à un accès inégal aux nouveaux scripts et schémas. Dans le deuxième cas, l'attention partagée ne s'exerce pas, car les interactions – vérifier une disposition à agir, s'harmoniser avec ce qui est en train de se faire ou a été fait en amont – qui seraient nécessaires pour corriger les structures empêchantes n'ont pas lieu. Elles sont inhibées par la distribution et la stratification des structures, les différences de statuts, la hiérarchie, les procédures spécifiques, la division formelle du travail et les inégales connaissances des nouveaux scripts et schémas de l'hypnose.

## **4. Discussion : des interactions pour soutenir les structures attentionnelles**

Comment un collectif en vient-il à exercer une même attention ensemble ? Cette question est importante pour les organisations qui veulent faire évoluer ce sur quoi ses membres portent attention. Après prise en compte de la littérature, nous y avons répondu en regardant comment les interactions s'articulent aux structures, au service d'une attention collective partagée.

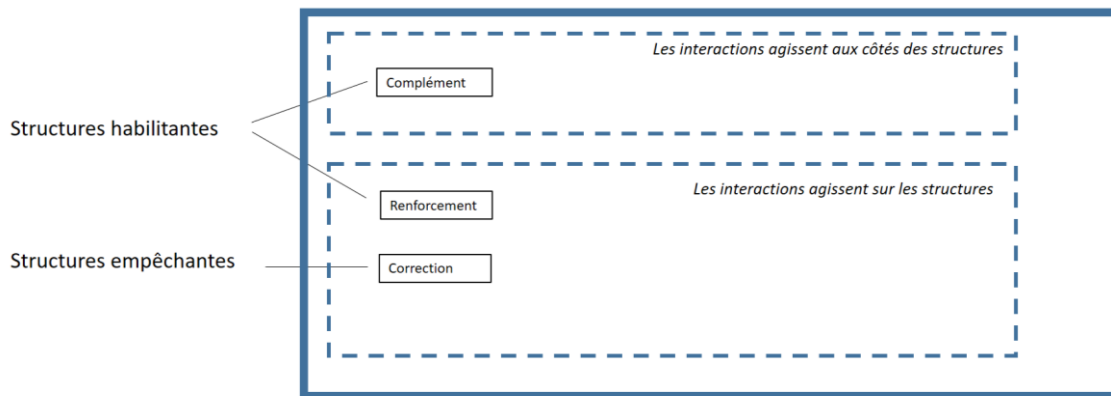
L'étude de 29 situations de pratiques d'hypnose qui font *exister* une attention portée au vécu psychique des patients montre que les structures cognitives, politiques, spatio-temporelles et matérielles peuvent favoriser l'attention partagée – elles sont habilitantes – mais aussi

l'empêcher – elles sont empêchantes. Dans les cas de partage réussi, les interactions contribuent à ce partage en complétant, renforçant ou corrigeant ces structures. En revanche, dans les cas d'échec, non seulement les structures empêchent le partage de l'attention, mais elles inhibent aussi les interactions qui auraient pu les corriger. Nous faisons trois contributions à partir de ces résultats, formulons des enseignements pour la pratique et dessinons des pistes de recherche.

#### **4.1. Agir aux côtés ou sur les structures : deux manières de placer les interactions dans le puzzle de l'ABV**

Nos résultats nous permettent d'abord de répondre à un appel d'Ocasio *et al.* (2018, 2021). Ces auteurs prennent récemment acte du fait que les structures, dès lors qu'elles sont distribuées, ne peuvent à elles seules rendre compte de la manière dont se forme l'attention partagée, qui plus est dans des contextes en évolution. Ils invitent alors à intégrer les interactions sociales et plus généralement les dynamiques d'*organizing* dans le modèle structurel de l'attention pour apporter « une pièce importante au puzzle » (Ocasio *et al.*, 2018, p. 162), sans en préciser les modalités. Notre travail fait une proposition sur ce point. Il montre trois modalités d'articulation des interactions aux structures quand le partage est réussi : complément, renforcement et correction. Ceci nous permet de proposer deux manières de placer les interactions dans le puzzle de l'ABV : par action à côté des structures ou par action sur les structures (voir figure 3).

**Figure 3.** Agir aux côtés ou sur les structures : deux manières de placer les interactions dans le puzzle de l'ABV



Source : Valette A., Mennessier C. et Fatien P., 2023

Les interactions se placent « aux côtés des structures » lorsqu'elles les complètent. En effet, même si les structures contribuent largement au partage de l'attention dans des situations types, les interactions viennent organiser l'adaptation collective aux caractéristiques de la situation concrète. Ainsi, les métiers qui standardisent les rôles, l'organisation du travail qui facilite le travail concomitant et les scripts et schémas qui proposent des représentations communes contribuent à former une attention partagée. Cependant, il reste à faire un travail d'adaptation et d'interprétation des signaux spécifiques à la situation concrète d'attention qui nécessite de s'écouter, se regarder, s'encourager, rassurer, etc. En reprenant la terminologie de Citton (2016, p. 162), pour qui l'attention conjointe est conditionnée par « la coprésence de plusieurs corps mutuellement sensibles les uns aux autres au sein d'un même espace-temps » alors que l'attention collective est « le produit de facteurs supra-individuels », nous pouvons dire qu'attention collective et attention conjointe ne sont pas indépendantes. La structure est le fondement de l'attention collective, mais elle doit être complétée par les interactions qui organisent l'attention conjointe. L'attention conjointe vient prolonger l'attention collective pour mieux s'adapter aux situations concrètes d'attention.

Toutefois, les interactions n'agissent pas seulement aux côtés des structures, elles agissent aussi sur les structures. C'est une deuxième place possible des interactions dans le puzzle de l'ABV. Leur action s'effectue selon les deux modalités d'articulations suivantes : renforcement et correction. Les interactions sociales renforcent les structures pour accroître leur capacité à orienter l'attention et les corrigent pour pallier leur distribution et leur stratification. Elles organisent donc, dans la pratique, un ajustement des structures aux besoins de l'attention partagée. Elles ne viennent pas simplement compléter les structures, elles en modifient aussi les effets. L'attention conjointe ne vient donc pas seulement prolonger l'attention collective, elle en transforme les conditions d'exercice.

Établir que les interactions agissent *aux côtés* ou *sur* les structures permet, comme l'a fait Orvain (2014), d'établir un pont entre les approches structurelles et relationnelles de l'attention. Toutefois, alors que dans le modèle du « qui-vive organisationnel », Orvain montre que les structures soutiennent les relations entre acteurs, nous établissons que la relation inverse existe aussi : les interactions soutiennent les structures.

## **4.2. Des structures *enactées* dans les situations concrètes d'attention**

Notre deuxième contribution creuse plus spécifiquement l'action des interactions sur les structures, mentionnée ci-dessus, et nous permet à la fois de proposer une approche plus dynamique de l'ABV (Ocasio *et al.*, 2021) et de répondre à Weick (2003, 2009), pour qui les structures formelles sont un angle mort de l'*enactment*. Nous montrons que dans les situations concrètes d'attention, les structures ne sont pas intangibles, elles sont parfois ajustées, ici renforcées et corrigées. Nous sommes donc non seulement en situation de pratiques qui *enactent* l'attention collective, comme souligné dans la première partie, mais qui de plus *enactent* les structures elles-mêmes pour les façonner aux besoins de cette attention. Pouvons-nous aller plus loin et dire, comme le proposent Soderstrom et Weber (2020), que les interactions font émerger



de nouvelles structures qui survivent à la situation concrète d'attention ? Pour ces auteurs, les interactions réussies laissent des traces transsituationnelles qui s'accumulent avec le temps, devenant traces provisoires, puis traces informelles, pour devenir structurantes. Dans nos résultats, l'*enactment* des structures, traces provisoires, se produit dans des situations intermédiaires, quand les interactions ne sont plus nouvelles, mais pas encore routinières. Peut-on faire l'hypothèse qu'au fil du temps, ces interactions répétées, vécues positivement, se diffusent et finissent par transformer formellement les structures en même temps que les pratiques deviendraient routinières (Feldman & Pentland, 2003) ? Nos observations et entretiens témoignent de l'émotion positive toujours ressentie après la réussite d'une hypnose, que nos interlocuteurs rattachent à la valeur nouvelle que prennent leur métier et leur place dans le collectif de travail. Le sentiment de réussite est incontestablement un moteur de la poursuite de l'hypnose et de son essaimage au-delà de l'équipe. Toutefois, pour déterminer si la réplication des ajustements structurels est susceptible de faire évoluer les structures, il nous faudrait les différencier selon leur plasticité. Il est fort probable que l'action répétée pour renforcer et partager les scripts et schémas dans des situations variées finisse par laisser des traces formelles et fasse évoluer la structure cognitive pour un nombre élargi de personnes. Par exemple, il nous a été rapporté que le silence, script d'abord exigé exclusivement pour les opérations sous hypnose, renforcé par les panneaux « silence hypnose » placardés devant le bloc, faisait finalement tache d'huile après le constat d'une moindre fatigue, et devenait un script de travail généralisé au bloc gynéco. De même, les interactions qui façonnent les modalités de travail le temps d'une intervention sous hypnose peuvent finir par toucher les structures matérielles plus en profondeur. Il en est ainsi des pratiques d'hypnose engagées dès le salon d'accueil préopératoire, qui est alors aménagé de manière appropriée et profite à toutes les interventions. Les rôles et la hiérarchie ne se laissent en revanche que difficilement transformer. Par exemple, l'indifférenciation des rôles, très présente dans les interventions du

SMUR, ne survit pas au-delà de la situation de pratique de l'hypnose, les intervenants retrouvant très vite leur rôle traditionnel.

### **4.3. Une transe-formation cognitive, politique, matérielle et spatio-temporelle de l'attention collective**

La troisième contribution de ce travail est l'illustration, dans le cas de l'attention collective, des dimensions politique, cognitive, matérielle et spatio-temporelle de l'attention, déjà modélisées par l'ABV. Elle permet d'élargir les travaux qui soulignent que la sélection des objets d'attention dans une organisation dépend du pouvoir des acteurs et qui intègrent donc la dimension politique à la cognition (March & Olsen, 1976 ; Simon, 1947). Elle permet aussi d'élargir les travaux qui montrent que l'attention distribuée entre acteurs est coordonnée par des supports matériels et qui intègrent donc la dimension matérielle à la cognition (Cicourel, 1987, 1994 ; Hutchins, 1994, 1995). Le politique et le matériel sont intégrés ici ensemble au cognitif. Par ailleurs, s'intéresser expressément aux enjeux de partage nous permet d'illustrer les formes spécifiques que peuvent prendre ces différentes dimensions. Ainsi, nous avons trouvé que le partage de l'attention est fortement déterminé par l'organisation du travail, qui permet, ou au contraire empêche, le partage du temps et des lieux par la hiérarchie des statuts et la différenciation des rôles qui distribuent plus ou moins les objets d'attention, ainsi que par les nouveaux scripts et schémas, qui figurent, ou non, dans le répertoire des problèmes et des solutions de chacun. Nous montrons de surcroît que si les dimensions cognitive, matérielle, spatio-temporelle et politique de l'attention se jouent dans les structures, elles se jouent aussi dans les interactions quand celles-ci viennent les compléter et les ajuster.

### **4.4. Implications pratiques**

Ces résultats ont des conséquences sur la pratique. Agir de manière délibérée sur l'attention des individus pour favoriser l'attention partagée, c'est-à-dire entreprendre des

actions d'*issue selling* (Dutton & Ashford, 1993 ; Holm *et al.*, 2020 ; Mayer, 2016, 2017), exige d'agir sur la régulation de l'attention (Ocasio & Wohlgezogen, 2010). En suivant nos résultats, les actions peuvent porter sur les structures concrètes, mais aussi cognitives, ou sur les interactions de coordination, d'imitation, de soutien symbolique, le *feed-back*, etc. Dans notre cas, la formation à l'hypnose, mais aussi les échanges entre professionnels sous forme de groupes de pratiques, sont des vecteurs puissants de diffusion des scripts et schémas et donc d'évolution de la structure cognitive, invitant à porter attention au vécu psychique des patients. Cette action sur la structure cognitive ne peut se faire sans transformation des modalités concrètes de travail, qui doivent faciliter le travail concomitant et offrir des opportunités d'interaction. Nous avons aussi montré qu'il est important que la structure politique puisse être ajustée aux besoins du partage de l'attention. Il importe par exemple que les acteurs reconnaissent l'intérêt, dans certaines situations, de sortir du rôle prescrit, qu'ils se sentent compétents et légitimes quand ils le font et l'autorisent pour leurs collègues. Favoriser l'attention portée au vécu psychique du patient pour réhumaniser l'hôpital ne relève donc pas de simples actions sur les comportements individuels, mais doit s'incarner dans des pratiques collectives qui ont une dimension cognitive, politique, spatio-temporelle et matérielle qu'il faut accompagner.

#### **4.5. Limites et pistes futures de recherche**

Ce travail comporte des limites et dessine des pistes pour des recherches futures. Nous nous sommes limités aux interactions observées dans les situations concrètes de pratiques de l'attention. Des données non mobilisées dans cet article montrent qu'elles se déroulent aussi dans des situations plus stratégiques. Des acteurs aux représentations, intérêts, logiques d'action et registres de légitimité différents interagissent autour des objets d'attention et font évoluer les structures attentionnelles. Pour une approche plus complète, il conviendrait donc d'élargir l'étude à la gouvernance et aux pratiques stratégiques, mais aussi aux champs institutionnels

qui pèsent sur ces structures. À ces niveaux, comme dans la pratique effective de l'attention, des interactions aux formes spécifiques s'articulent aux structures pour transformer l'attention collective.

Nous avons enfin travaillé sur des situations d'attention à l'hôpital, organisation très formalisée. L'hôpital nous invite alors assez naturellement à entrer dans la compréhension des mécanismes attentionnels par les structures, même si c'est pour en montrer les limites et les insuffisances. Travailler sur l'étayage des interactions par les structures ou réciproquement des structures par les interactions n'est pas qu'une affaire de regard. C'est aussi une affaire de contexte qu'il conviendrait d'explicitier.

## Bibliographie

- Aubineau, L. H., Vandromme, L. & Le Driant, B. (2015). L'attention conjointe, quarante ans d'évaluations et de recherches de modélisations. *L'Année Psychologique*, 115(1), 141–174. doi : [10.3917/anpsy.151.0141](https://doi.org/10.3917/anpsy.151.0141)
- Barley, S. R. & Tolbert, P. S. (1997). Institutionalization and structuration: Studying the links between action and institution. *Organization Studies*, 18(1), 93–117. doi : [10.1177/017084069701800106](https://doi.org/10.1177/017084069701800106)
- Barnett, M. L. (2008). An attention-based view of real options reasoning. *The Academy of Management Review*, 33(3), 606–628. doi : [10.2307/20159427](https://doi.org/10.2307/20159427)
- Bartlett, F. C. (1932). *Remembering: A study in experimental and social psychology*. Cambridge University Press.
- Boltanski, L. (2012). *Énigmes et complots. Une enquête à propos d'enquêtes*. Gallimard.
- Cannon-Bowers, J. A. & Salas, E. (2001). Reflections on shared cognition. *Journal of Organizational Behavior*, 22(2), 195–202. doi : [10.1002/job.82](https://doi.org/10.1002/job.82)
- Cicourel, A. (1987). Cognitive and organizational aspects of medical diagnostic reasoning. *Discourse Processes*, 10, 347–367. doi : [10.1080/01638538709544682](https://doi.org/10.1080/01638538709544682)
- Cicourel, A. (1994). La cognition distribuée dans le diagnostic médical. *Sociologie du Travail*, 36(4), 427–449. doi : [10.3917/puf.grosj.1999.01.0219](https://doi.org/10.3917/puf.grosj.1999.01.0219)
- Citton, Y. (2016). Attention collective et vigilance médiatique. *Intellectica. Revue de l'Association pour la recherche cognitive*, 66(2), 61–180. doi : [10.3406/intel.2016.1823](https://doi.org/10.3406/intel.2016.1823)
- Crilly, D. & Sloan, P. (2014). Autonomy or control? Organizational architecture and corporate attention to stakeholders. *Organization Science*, 25(2), 339–355. doi : [10.1287/orsc.2013.0849](https://doi.org/10.1287/orsc.2013.0849)
- Dany, F., Louvel, L. & Valette, A. (2011). Academic careers: The limits of the “boundaryless approach” and the power of promotion scripts. *Human Relations*, 64(7), 971–996. doi : [10.1177/00187267110393537](https://doi.org/10.1177/00187267110393537)
- Denis, J.-L., Lamothe, L. & Langley, A. (2001). The dynamics of collective leadership and strategic change in pluralistic organizations. *Academy of Management Journal*, 44(4), 809–837. doi : [10.2307/3069417](https://doi.org/10.2307/3069417)
- Dewey, J. (1993). *Logique : La théorie de l'enquête*. PUF.

Dutton, J. E. & Ashford, S. J. (1993). Selling issues to top management. *The Academy of Management Review*, 18(3), 397–428. doi : [10.2307/258903](https://doi.org/10.2307/258903)

Feldman, M. S. & Pentland, B. T. (2003). Reconceptualizing organizational routines as a source of flexibility and change. *Administrative Science Quarterly*, 48(1), 94–118. doi : [10.2307/3556620](https://doi.org/10.2307/3556620)

Gagnon, J. H. (1973). Scripts and the coordination of sexual conduct. *Nebraska Symposium on Motivation*, 21, 27–59. doi : [10.4000/lectures.826](https://doi.org/10.4000/lectures.826)

Gebauer, H. (2009). An attention-based view on service orientation in the business strategy of manufacturing companies. *Journal of Managerial Psychology*, 24(1), 79–98. doi : [10.1108/02683940910922555](https://doi.org/10.1108/02683940910922555)

Gherardi, S. & Rodeschini, G. (2016). Caring as a collective knowledgeable doing: About concern and being concerned. *Management Learning*, 47(3), 266–284. doi : [10.1177%2F1350507615610030](https://doi.org/10.1177%2F1350507615610030)

Gioia, D. A. & Poole, P. (1984). Scripts in organizational behaviour. *Academy of Management Review*, 9(3), 449–459. doi : [10.2307/258285](https://doi.org/10.2307/258285)

Girin, J. (1990). L'analyse empirique des situations de gestion : éléments de théorie et de méthodes. In A.-C. Martinet (dir.), *Épistémologies et sciences de gestion* (p. 141–181). Economica.

Girin, J. (2011). Empirical analysis of management situations: Elements of theory and method. *European Management Review*, 8, 197–212. doi : [10.1111/j.1740-4762.2011.01022.x](https://doi.org/10.1111/j.1740-4762.2011.01022.x)

Goffman, E. (1983). The interaction order. *American Sociological Review*, 48(1), 1–17. doi : [10.2307/2095141](https://doi.org/10.2307/2095141)

Grover, S. L. (2014). Unraveling respect in organization studies. *Human Relations*, 67(1), 27–51. doi : [10.1177%2F0018726713484944](https://doi.org/10.1177%2F0018726713484944)

Harris, S. G. (1994). Organizational culture and individual sensemaking: A schema-based perspective. *Organization Science*, 5(3), 309–321. doi : [10.1287/orsc.5.3.309](https://doi.org/10.1287/orsc.5.3.309)

Holm, D. B., Drogendijk, R. & ul Haq, H. (2020). An attention-based view on managing information processing channels in organizations. *Scandinavian Journal of Management*, 36(2), 101–106. doi : [10.1016/j.scaman.2020.101106](https://doi.org/10.1016/j.scaman.2020.101106)

Hutchins, E. (1994). Comment le « cockpit » se souvient de ses vitesses. *Sociologie du Travail*, 36(4), 427–449. doi : [10.3406/sotra.1994.2190](https://doi.org/10.3406/sotra.1994.2190)

Hutchins, E. (1995). *Cognition in the wild*. MIT Press.

Joseph, J. & Wilson, A. J. (2018). The growth of the firm: An attention-based view. *Strategic Management Journal*, 39(6), 1779–1800. doi : [10.1002/smj.2715](https://doi.org/10.1002/smj.2715)

Kolbe, M., Grote, G., Waller, M. J., Wacker, J. *et al.* (2014). Monitoring and talking to the room: Autochthonous coordination patterns in team interaction and performance. *Journal of Applied Psychology*, 99(6), 1254–1267. doi : [10.1037/a0037877](https://doi.org/10.1037/a0037877)

Laszczuk, A. & Mayer, J. C. (2020). Unpacking business model innovation through an attention-based view. *M@n@gement*, 23(1), 38–60. doi : [10.37725/mgmt.v23.4426](https://doi.org/10.37725/mgmt.v23.4426)

Levinthal, D. & Rerup, C. (2006). Bridging mindful and less-mindful perspectives on organizational learning. *Organization Science*, 17(4), 502–513. doi : [10.1287/orsc.1060.0197](https://doi.org/10.1287/orsc.1060.0197)

March, J. G. & Olsen, J. P. (1972). A garbage can model of organizational choice. *Administrative Science Quarterly*, 17(1), 1–25. doi : [10.2307/2392088](https://doi.org/10.2307/2392088)

March, J. G. & Simon, H. A. (1958). *Organizations*. Wiley.

Mayer, J. (2017). *De l'attention au risque : une perspective attentionnelle de la construction sociale du risque par les organisations*. Unpublished doctoral dissertation. University of Paris Sciences and Lettres, Paris.

Mayer, J. C. (2016). Influencer l'attention des décideurs. Les pratiques d'« issue-selling » des *risk managers*. *Revue française de gestion*, 2(255), 75–88. doi : [10.3166/rfg.2016.00023](https://doi.org/10.3166/rfg.2016.00023)

Ocasio, W. (1997). Towards an attention-based view of the firm. *Strategic Management Journal*, 18(1), 187–206. doi : [10.1002/\(SICI\)1097-0266\(199707\)18:1+<187::AID-SMJ936>3.0.CO;2-K](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0266(199707)18:1+<187::AID-SMJ936>3.0.CO;2-K)

Ocasio, W. (2011). Attention to attention. *Organization Science*, 22(5), 1286–1296. doi : [10.1287/orsc.1100.0602](https://doi.org/10.1287/orsc.1100.0602)

Ocasio, W. (2012). Situated attention, loose and tight coupling, and the garbage can model. In A. Lomi & J. R. Harrison (dir.), *The garbage can model of organizational choice: Looking forward at forty (research in the sociology of organizations, Vol. 36)* (p. 293–317). Emerald Group Publishing Limited.

Ocasio, W. & Joseph, J. (2018). The attention-based view of great strategies. *Strategy Science*, 3(1), 289–294. doi : [10.1287/stsc.2017.0042](https://doi.org/10.1287/stsc.2017.0042)

Ocasio, W., Joseph, J., Laureiro-Martinez, D., Nigam, A. *et al.* (2021). Call for papers: Special issue of *Strategic Organization*: Research frontiers on the attention-based view of the firm. *Strategic Organization*, 19(1), 176–180. doi : [10.1177%2F1476127020985095](https://doi.org/10.1177%2F1476127020985095)

Ocasio, W., Laamanen, T. & Vaara, E. (2018). Communication and attention dynamics: An attention-based view of strategic change. *Strategic Management Journal*, 39(1), 155–167. doi : [10.1002/smj.2702](https://doi.org/10.1002/smj.2702)

Ocasio, W. & Wohlgezogen, F. (2010). Attention and control. In S. Sitkin, L. Cardinal & K. Bijlsma-Frankema (dir.), *Control in organizations: New directions for research* (p. 191–221). Cambridge University Press.

Orvain, J. (2014). Le Qui-Vive organisationnel : Une forme de structuration du lien attention-action. *M@n@gement*, 17(5), 346. doi : [10.3917/MANA.175.0346](https://doi.org/10.3917/MANA.175.0346)

Pascuci, L., Meyer, V., Nogueira, E. & Forte, L. (2017). Humanization in a hospital: A change process integrating individual, organizational and social dimensions. *Journal of Health Management*, 19(2), 1–20. doi : [10.1177%2F0972063417699668](https://doi.org/10.1177%2F0972063417699668)

Paugam, S. (2010). *L'enquête sociologique*. PUF.

Rerup, C. (2009). Attentional triangulation: Learning from unexpected rare crises. *Organization Science*, 20(5), 876–893. doi : [10.1287/orsc.1090.0467](https://doi.org/10.1287/orsc.1090.0467)

Rogers, K. M. & Ashforth, B. E. (2017). Respect in organizations: Feeling valued as “We” and “Me”. *Journal of Management*, 43(5), 1578–1608. doi : [10.1177/0149206314557159](https://doi.org/10.1177/0149206314557159)

Schank, R. C. & Abelson, R. (1977). *Scripts, plans, goals and understanding: An inquiry into human knowledge structures*. Lawrence Erlbaum Associates.

Scheytt, S. K., Sahlin-Andersson, K. & Power, M. (2006). Introduction: Organizations, risk and regulation. *Journal of Management Studies*, 43(6), 1331–1337. doi : [10.1111/j.1467-6486.2006.00646.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.2006.00646.x)

Seo, M. G. & Creed, W. E. (2002). Institutional contradictions, praxis, and institutional change: A dialectical perspective. *Academy of Management Review*, 27(2), 222–247. doi : [10.2307/4134353](https://doi.org/10.2307/4134353)

Simon, H. A. (1947). *Administrative behavior: A study of decision-making processes in administrative organization*. The Free Press.

Soderstrom, B. & Weber, K. (2020). Organizational structure from interaction: Evidence from corporate sustainability efforts. *Administrative Science Quarterly*, 65(1), 226–271. doi : [10.1177%2F0001839219836670](https://doi.org/10.1177%2F0001839219836670)

Stevens, R., Moray, N., Brunee, J. L. & Clarysse, B. (2015). Attention allocation to multiple goals: The case of for-profit social enterprises. *Strategic Management Journal*, 36, 1006–1016. doi : [10.1002/smj.2265](https://doi.org/10.1002/smj.2265)



Tillement, S., Cholez, C. & Reverdy, T. (2009). Assessing organizational resilience: An interactionist approach. *M@n@gement*, 4(12), 230–264. doi : [10.3917/mana.124.0230](https://doi.org/10.3917/mana.124.0230)

Théron, C. & Cabantous, L. (2018). Attention as a local performance: Towards a practice-based view of attention in organizations. Paper presented at 2018 AIMS Conference, Montpellier, France.

Thornton, P. H., Ocasio, W. C. & Lounsbury, M. (2012). *The institutional logics perspective: A new approach to culture, structure and process*. Oxford University Press.

Vogus, T. & Welbourne, T. (2003). Structuring for high reliability: HR practices and mindful processes in reliability-seeking organizations. *Journal of Organizational Behavior*, 24, 877–903. doi : [10.1002/job.221](https://doi.org/10.1002/job.221)

Vuori, T. O. & Huy, Q. N. (2016). Distributed attention and shared emotions in the innovation process. *Administrative Science Quarterly*, 61(1), 9–51. doi : [10.1177/0001839215606951](https://doi.org/10.1177/0001839215606951)

Weick, K. E. (1996). Enactment and the boundaryless career: Organizing as we work. In M. B. Arthur & D. M. Rousseau (dir.), *The boundaryless career: A new employment principle for a new organization's era* (p. 40–57). Oxford University Press. doi : [10.1108/CDI-05-2014-0068](https://doi.org/10.1108/CDI-05-2014-0068)

Weick, K. E. (2003). Enacting an environment: The infrastructure of organizing. In R. Westwood & S. Clegg (dir.), *Debating organization: Point-counterpoint in organization studies* (p. 184–194). Blackwell Publishing Ltd.

Weick, K. E. (2009). *Making sense of the organization: The impermanent organization* (Vol. 2). John Wiley & Sons.

Weick, K. E. & Roberts, K. G. (1993). Collective mind in organizations: Heedful interrelating on flight decks. *Administrative Science Quarterly*, 38(3), 357–338. doi : [10.2307/2393372](https://doi.org/10.2307/2393372)

Weick, K. E. & Sutcliffe, K. M. (2003). Hospitals as cultures of entrapment: A re-analysis of the Bristol Royal Infirmary. *California Management Review*, 45(2), 73–84. doi : [10.2307/2F41166166](https://doi.org/10.2307/2F41166166)

Weick, K. E. & Sutcliffe, K. M. (2006). Mindfulness and the quality of organizational attention. *Organization Science*, 17(4), 514–524. doi : [10.1287/orsc.1060.0196](https://doi.org/10.1287/orsc.1060.0196)

## Annexes

### Annexe 1. Liste des situations

n°	Résumé	Nature du recueil	Unité
1	Fabienne, en tant qu'infirmière anesthésiste, s'occupe de l'endormissement des patients selon le protocole classique de soins. Pourtant, lors de cette intervention, c'est Alice, infirmière de bloc, qui prépare l'endormissement de la patiente en « la dirigeant tranquillement dans sa bulle ». Pendant ce temps, Martine, la 2 <sup>e</sup> infirmière de bloc, assure seule les tâches techniques.	Entretien individuel	Bloc gynéco
2	Lorsque Nina, infirmière anesthésiste, entend le médecin dire « attention, je vais piquer », elle le « regarde avec des gros yeux » et ira lui expliquer après l'intervention qu'elle considère ses paroles inappropriées, car perçant la bulle qu'elle est en train de créer.	Entretien individuel	Bloc gynéco
3	L'équipe d'intervention prend en charge une patiente agitée et très anxieuse. Une anesthésie générale est prévue pour son IVG. Devant l'état de la patiente, l'équipe change le mode opératoire et les personnes s'ajustent entre elles pour substituer l'hypnose à l'anesthésie initialement prévue.	Observation + entretiens équipe	Bloc gynéco
4	Une patiente vient pour une ponction d'ovocyte. L'infirmière anesthésiste fait une induction par hypnose. L'externe chirurgienne est un peu brutale dans ses gestes. L'infirmière anesthésiste va jongler pour trouver le bon équilibre entre anesthésiants et paroles pour maintenir la patiente dans sa bulle, et limiter ainsi le ressenti de la douleur.	Observation + entretiens équipe	Bloc gynéco
5	Une patiente vient pour une IVG. Elle manifeste une peur des piqûres. L'infirmière anesthésiste crée une bulle en parlant à la patiente de son pays natal, de la mer chaude et froide. Alors que la patiente semble endormie, la chirurgienne prévient avec un léger signe des yeux que ce n'est en fait pas le cas. L'infirmière jongle entre médicaments et paroles pour donner la dose minimum, tout en prenant en compte la peur de la patiente.	Observation + entretiens équipe	Bloc gynéco

6	<p>Une patiente arrive en pleurs pour une IVG. L'infirmière anesthésiste parle à la patiente de ses tatouages, puis de musique. Elle cherche dans son téléphone une musique aimée de la patiente et demande à la chirurgienne si elle peut la lui faire écouter, puis tamise la lumière. Pendant ce temps, le reste de l'équipe communique par signes pour ajuster le déroulement de l'IVG.</p>	<p>Observation + entretiens équipe</p>	<p>Bloc gynéco</p>
7	<p>La médecin anesthésiste prend en charge avec une interne une IVG. Pendant l'intervention, l'interne parle à la patiente pour induire son endormissement ; la médecin anesthésiste reprend l'interne avec humour sur l'usage abusif du mot « petite », qu'elle considère comme une « mauvaise habitude ». Elle lui partage son expérience en lui disant que, quand les patients se plaignent, il faut privilégier la parole avant, le cas échéant, d'envisager un antalgique.</p>	<p>Observation + entretiens équipe</p>	<p>Bloc gynéco</p>
8	<p>Des chirurgiens non formés à l'hypnose interviennent pour une interruption médicale compliquée. Ils parlent pendant l'intervention, ce qui réveille la patiente et rompt la bulle que l'infirmière avait construite. La médecin anesthésiste est appelée en secours, car des gestes techniques doivent être effectués ; en vain, l'opération devant être reprogrammée pour le lendemain.</p>	<p>Observation + entretiens équipe</p>	<p>Bloc gynéco</p>
9	<p>À la fin d'une intervention qui s'est apparemment bien passée, des infirmières de bloc et une anesthésiste discutent de leur pratique collective de l'hypnose. Elles partagent les obstacles qu'elles ont rencontrés dans la fabrication de la bulle afin d'améliorer leur pratique collective.</p>	<p>Observation + entretiens équipe</p>	<p>Bloc gynéco</p>
10	<p>Lors d'une intervention de mastectomie sous hypnose formelle, nous constatons que l'équipe a fait un trou dans le champ opératoire qui sépare le haut du bas du corps de la patiente. Ce trou permet à l'équipe de s'ajuster en silence sans rompre la bulle.</p>	<p>Observation + entretiens équipe</p>	<p>Bloc gynéco</p>
11	<p>Après une intervention où il a participé à une hypnose formelle collective, le chirurgien David explique qu'il doit être « autiste » et soumis au rythme, à la durée et au silence qu'impose l'hypnose.</p>	<p>Entretien individuel</p>	<p>Bloc gynéco</p>

12	Jean transporte un enfant anxieux et renfermé. Il prend en charge cette anxiété avec succès en lui parlant de ses jeux favoris et l'invite à « rejoindre » ses héros. La manipulatrice radio, qui accueille l'enfant à l'arrivée à l'hôpital, reconnaît la pratique et poursuit ce « voyage ». Le père est très satisfait.	Entretien de groupe	Ambulances
13	Alors que Rémi conduit un patient dans un service d'hospitalisation, la soignante à leur arrivée est focalisée sur une tâche administrative qui l'empêche de se rendre compte de l'état d'affolement du patient, qui se demande où il atterrit. Rémi, formé, essaie seul de prendre en charge le désarroi du patient en donnant du sens au chaos de la situation.	Entretien de groupe	Ambulances
14	Fabien et Nicolas transportent ensemble un patient en situation de grande souffrance physique. Les plaisanteries de Nicolas agacent le patient, qui le lui signifie. Fabien, mal à l'aise, demande à son collègue de se taire, mais constate avec dépit qu'il est trop tard pour apaiser le patient.	Entretien de groupe	Ambulances
15	Gabriel transfère un patient qui souffre de la hanche. Il parvient à alléger ses souffrances en veillant à substituer à ses anciennes expressions des paroles récemment apprises qu'il juge maintenant plus appropriées.	Entretien individuel	Ambulances
16	Célia a l'habitude de transporter Marie, 4 ans, qui est souvent très renfermée, collée à son père. Lors d'un des transports, Célia perçoit que c'est plutôt sur l'inquiétude du père qu'elle doit « porter son attention ». Elle cherche alors les bonnes paroles pour apaiser le père.	Entretien collectif	Ambulances
17	Aïda, aide-soignante formée à l'hypnose, entend dans un couloir une collègue dire à une patiente que le lit n'est pas prêt. Aïda la reprendra par la suite pour lui suggérer d'autres manières de parler, plus positives, pour que la « patiente se sente plus attendue » et respectée dans ses besoins. Elle dit qu'elle-même est régulièrement reprise par une collègue infirmière.	Entretien individuel	UCA

18	Une aide-soignante aurait dû avoir une conversation thérapeutique avec un patient dans sa chambre, mais l'échange n'a pas eu lieu faute de disponibilité. Plus tard, elle sera tétanisée, lorsqu'à sa question « comment ça va ? », le malade restera silencieux et prostré. Elle dira en entretien qu'elle n'a pas su utiliser les bons mots.	Observation + entretien individuel	UCA
19	Une infirmière, Hélène, reprend à l'accueil sa collègue pour lui signifier qu'elle n'a pas employé les mots justes pour prendre en charge un patient arrivé en milieu de journée, installé dans un lit surnuméraire.	Entretien individuel	UCA
20	Milena, agent de service hospitalier, prépare une chambre avec une de ses collègues qui lui dit « que les personnes âgées sont pénibles ». Elle la reprend, car se sent sensibilisée et légitime depuis sa formation à la communication thérapeutique.	Entretien individuel	UCA
21	Une infirmière part en intervention avec un médecin. Alors qu'elle vient d'échouer à poser un cathéter, le médecin lui demande de faire une conversation thérapeutique. Mal à l'aise, mais ne voulant pas dire non au médecin, l'infirmière s'exécute avec difficulté, sans conviction sur l'efficacité de sa communication. Plus tard, l'ambulancière qui les a accompagnés raconte à l'infirmière que, dans une situation similaire, elle n'avait pas non plus osé aller contre la demande d'un médecin.	Observation de réunion de retour d'expérience	SMUR
22	L'ambulancière, sur le lieu d'intervention, ajuste ses paroles et positions dans l'espace aux gestes techniques d'une infirmière, pour pratiquer une communication thérapeutique. Cette activité discursive n'est pas dans le rôle classique d'une ambulancière.	Observation de réunion de retour d'expérience	SMUR
23	Dans un cabinet médical, alors qu'un infirmier doit faire une piqûre à un patient qui est très angoissé, l'ambulancière se met à parler de football pendant que son collègue pose une voie. Elle sort alors du rôle classique des ambulancières.	Observation de réunion de retour d'expérience	SMUR

24	À l'arrivée de l'ambulance du SMUR, un radiologue finit par se rendre compte que l'ambulancière a pratiqué l'hypnose. Formé lui aussi, il poursuit les échanges dans ce sens.	Observation de réunion de retour d'expérience	SMUR
25	Une ambulancière nouvellement formée arrive sur un lieu d'accident de voiture et demande au médecin de pouvoir pratiquer l'hypnose. En s'allongeant auprès de l'accidenté et en lui chuchotant à l'oreille, elle se rend compte que la plus grosse barrière est sa propre honte à parler devant toute une foule, dont pompiers, gendarmes, etc. Plus tard, le <i>feed-back</i> positif de ces spectateurs l'encourage.	Observation de réunion de retour d'expérience	SMUR
26	Une ambulancière commence à parler à un accidenté pour créer une bulle ; elle est interrompue par un jeune médecin qui ne veut pas perdre le contact avec l'accidenté et lui parle aussi. Pour l'ambulancière, la discontinuité de sa parole grève l'efficacité de sa prise en charge.	Observation de réunion de retour d'expérience	SMUR
27	Lors d'une intervention, un médecin dit au patient : « on va vous donner un analgésique qui va vous angoisser ». À la fin de l'intervention, l'infirmière et l'ambulancière le reprennent en lui disant : « ça, on ne le dit pas ».	Observation de réunion de retour d'expérience	SMUR
28	Un médecin intervient sur la crise psychogène d'un jeune qui a perdu contact avec son entourage. Après lui avoir parlé, il se réveille et les pompiers regardent le médecin bouche bée, admiratif de son travail.	Observation de réunion de retour d'expérience	SMUR
29	Une infirmière pratique l'hypnose à un jeune adolescent tombé de vélo en lui posant une voie veineuse. Le médecin reporte de quelques minutes une échographie abdominale pour la laisser travailler.	Observation de réunion de retour d'expérience	SMUR

Source : Valette A., Mennessier C. et Fatien P., 2023