

# **La construction de l'attention collective.**

## **Ce que nous apprend le développement de l'hypnose à l'hôpital.**

**Résumé :** Comment se reconstruit l'attention de soignants qui développent des pratiques professionnelles plus respectueuses de leurs patients ? En enquêtant sur cette question, notre travail vise à poursuivre les réflexions sur le management de l'attention dans les pratiques collectives. Parmi l'ensemble des travaux, ceux regroupés sous *l'Attention Based View* (ABV) mettent l'accent sur les dispositifs sociaux et organisationnels qui structurent l'attention (Ocasio, 2011). Cette approche riche et complexe souligne la dimension distribuée de l'attention. Elle traite peu toutefois des mécanismes de son intégration. Elle s'intéresse plus à la dimension organisationnelle de l'attention individuelle, qu'à l'attention collective proprement dite (Stevens et al. 2015). En mobilisant deux cas de développement d'hypnose et de communication thérapeutique dans des services de soins, contrastés du point de vue des résultats, nous faisons des propositions sur la formation d'une capacité d'attention collective. Nous soulignerons pour cela l'intérêt de la notion de script. Comprendre la constitution de l'attention collective, c'est à la fois regarder comment se constitue le répertoire des scripts disponibles et comment ces scripts sont mobilisés. Nous montrerons alors que l'attention collective dépend de trois facteurs, les canaux structurels d'attention, la nature même des scripts et les interactions entre les individus. Ces résultats sont une proposition d'articulation de la dimension structurelle et relationnelle de l'attention collective.

**Mots clés:** attention, *attention based-view*, script, respect, hôpital

Comment se reconstruit l'attention de soignants qui cherchent à développer des pratiques professionnelles plus respectueuses de leurs patients ? En enquêtant sur cette question, notre travail vise à poursuivre les réflexions sur le management de l'attention dans les pratiques collectives et plus particulièrement celles engagées par Orvain dans le domaine de la santé ( 2014)

De nombreux travaux ont porté « *attention à l'attention* » dans les organisations (Ocasio, 2011). Beaucoup d'entre eux se situent dans la tradition des approches de Simon (1947) ou de March et Simon (1958). L'attention y est considérée comme conditionnant les décisions et actions tout en étant construite, située et distribuée. Elle est définie comme « l'observation, l'encodage, l'interprétation et

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). En sciences des organisations, de nombreux travaux ont porté sur l'attention du décideur, moins sur l'attention d'un collectif.

Parmi les travaux sur l'attention, ceux rassemblés sous le terme de *l'Attention Based View* (ABV) mettent l'accent sur les dispositifs qui orientent l'attention (Ocasio, 2011). Si les décisions et actions dans une organisation dépendent de ce sur quoi les décideurs et acteurs portent leur attention, cette dernière est elle-même dépendante de dispositifs organisationnels et sociaux qui la structurent, en sélectionnant les objets d'attention en concurrence et en orientant l'attention qui leur est portée.

L'ABV a alors le mérite d'offrir un cadre formel pour prendre en compte la dimension structurelle de l'attention, au-delà des seules interactions entre acteurs (Weick et Robert 1993). Elle complète une lacune que Weick a lui-même souligné (Weick, 2009) sur le faible rôle de la matérialité et des structures en générale dans son approche de la cognition. Ce cadre peut toutefois être encore être enrichi. En effet, L'ABV insiste sur la dimension distribuée de l'attention (Vuori & Huy, 2016) mais les mécanismes d'intégration sont peu traités (Joseph et Ocasio 2017, Stevens et al., 2015). La distribution se fait avant tout sur le mode de la concurrence et l'intégration passe par l'inscription dans la structure formelle d'une compétition gagnée. L'intégration est ici une forme de normalisation organisationnelle et sociale. Il nous semble toutefois en suivant Weick que l'intégration ne se résume pas à des processus de normalisation et qu'elle peut se combiner avec des dynamiques de partage. Nous nous demandons alors quels sont les facteurs qui favorisent une attention partagée, une attention individuelle à plusieurs pour paraphraser Journé (2002), condition d'une pratique collective (Cannon-Bowers & Salas, 2001).

Nous étudions pour ce faire des initiatives qui visent à développer des pratiques de soins plus respectueuses (Grever, 2014, Pascuci et al, 2017, Rogers et Ashforth, 2017), en portant une plus grande attention aux émotions des patients. En effet, l'usage croissant des technologies, la gestion de la qualité et des risques, les recherches de gains de productivité polarisent les pratiques sur le soin physiologique qui deviennent des pièges à bienveillance et humanisation (Weick & Sutcliffe, 2003). Pratiquer autrement exige d'étendre le focus attentionnel (March & Simon, 1958) vers d'autres dimensions que le seul soin (cure) pour s'intéresser à l'anxiété, à l'inconfort, aux émotions en générales. Pour devenir pratique collective, ce nouveau focus attentionnel ne doit pas être dépendant des seules capacités d'attention individuelles des soignants mais doit bien relever d'une attention partagée qui soutient les exigences de coordination et de standardisation des pratiques individuelles dans l'équipe.

Nous étudierons plus spécifiquement la mise en place de l'hypnose et de communication thérapeutique dans deux unités de soins. Ces cas nous permettent de confronter la puissance

explicative du modèle l'ABV à une situation de transformation de pratiques collectives, là où il s'est jusqu'à présent principalement focalisé sur la décision individuelle (Barreto et Patient, 2013), Vuori et Huy, 2016) et ce faisant, d'approfondir la compréhension d'un processus de constitution de l'attention collective partagée dans un contexte d'attentions individuelles a priori distribuée.

Nous montrerons le rôle central du script, notion présente dans le modèle de l'ABV mais finalement peu mobilisée. Comprendre la constitution de l'attention collective, c'est à la fois regarder comment se constitue le répertoire partagé des scripts et comment il est collectivement mobilisé. Nous montrerons alors que la dimension collective de l'attention dépend de trois facteurs, la nature des scripts, de l'organisation, et l'interaction entre les individus. Ces résultats sont une proposition d'articulation de la dimension structurelle et relationnelle de l'attention collective

## **1 - L'ATTENTION ORGANISATIONNELLE ET LE MODELE DE L'ATTENTION BASED VIEW**

Le champ de la cognition organisationnelle fait dépendre ce que font les organisations de ce sur quoi elles portent leur l'attention Ocasio (2011). Certaines approches privilégient le rôle de la structuration de l'attention. C'est le cas de *l'Attention Based View* (ABV) qui s'intéresse aux mécanismes d'action des « structures attentionnelles » qui forment une interface entre l'environnement et les décisions.

L'attention est définie comme « l'observation, l'encodage, l'interprétation et la polarisation du temps et des efforts par les décideurs de l'organisation sur deux objets : le répertoire des catégories disponibles pour faire sens de l'environnement et le répertoire des actions disponibles » (Ocasio, 1997, p 189). Les structures et processus attentionnels s'interposent entre un environnement qui envoie des signaux et des actions qui y répondent.

Ce modèle nous semble être une grille d'entrée pertinente pour étudier comment des pratiques collectives se réorientent sous l'effet d'une nouvelle capacité d'attention collective. Nous commencerons donc par présenter le modèle qui traite toutefois de manière trop rapide des enjeux liés à la distribution de l'attention.

- **11 L'ABV. UNE META-MODELISATION.**

Restituer le modèle de l'ABV n'est pas chose simple. Il se veut complet au risque d'être difficile à comprendre et à mobiliser. Nous choisissons de distinguer parmi l'ensemble des variables mobilisés dans les versions successives du modèle sept de ses composants, les répertoires de problèmes et de solutions, les acteurs, les schémas et les scripts, les canaux d'attention, (Ocasio, 1997, Gebauer, 2009) et trois mécanismes d'action, l'enactment, la structuration située, la structuration macro-sociale

### **111- L'enactment. La mobilisation des répertoires de problèmes et de solution**

A la base du modèle se trouvent des répertoires de problèmes et de solutions et des décideurs. Les problèmes proviennent de l'environnement. Les solutions sont des actions pouvant être mises en œuvre. Les décideurs se caractérisent par des identités, intérêts et positions sociales (Ocasio, 1997, 2012). Les décideurs sélectionnent et interprètent les stimuli de l'environnement, désignés comme problèmes, et les relient à des actions possibles, désignées comme solutions. Comme chez Weick, les décideurs ont une activité de sélection (quels problèmes, quelle solutions) et de couplage (quelles solutions pour quels problèmes) mais qui est ici encadrée dans l'organisation et dans le contexte macro-social.

A ces répertoires de problèmes et solutions, est associé le premier mécanisme, l'enactment. Les stimuli de l'environnement deviennent problèmes lorsqu'ils sont interprétés comme tels. Cette interprétation dépend des acteurs mais aussi de la structure attentionnelle. Les acteurs les couplent, à des solutions puisées dans le répertoire des solutions disponibles par l'intermédiaire de schémas et de scripts, représentations sociales de « comment le monde marche » (Barlett, 1932), qui établissent un lien entre problèmes et solutions. Comme dans le modèle du *garbage can* (March et Olsen, 1972) auquel Ocasio fait de nombreuses références (Ocasio, 2012), l'entrée dans l'enactment peut prendre différents chemins. Si le couplage trouve une solution disponible à un problème posé par l'environnement, il peut tout aussi bien relier un problème disponible à une solution qui apparaît dans l'environnement.

### **112 – La structuration située, des canaux de procédures, de communication et de gouvernance**

Le modèle identifie ensuite les canaux d'attention appelés aussi structures concrètes (Barnett, 2008). Ils regroupent l'ensemble des procédures (ex procédure budgétaires, des protocoles qualité), les supports matériels (intranet, affichage...), des pratiques (ex réunion d'équipe), la gouvernance (Ocasio, 2005). Pour Ocasio (1997), ils contribuent à façonner la disponibilité des problèmes et solutions et leurs « saillance » dans les deux répertoires. Ils structurent aussi la sélection et le couplage entre les problèmes et les solutions. En leur absence, l'enactment dépend entièrement des acteurs. Au contraire, si ces instruments d'attention sont forts, ils créent des routines de sélection, d'interprétation et de décisions qui évacuent le rôle des acteurs. Dans les organisations complexes, cohabitent des canaux de gouvernance, de procédures et de communications spécifiques, voire contradictoires (Ocasio, 2012) qui complexifient la structuration et peut ouvrir des marges de liberté d'attention par les individus.

Il existe donc un deuxième processus qui influe sur la transformation des stimuli de l'environnement en action que nous appelons la structuration située via les canaux de procédures, de communication

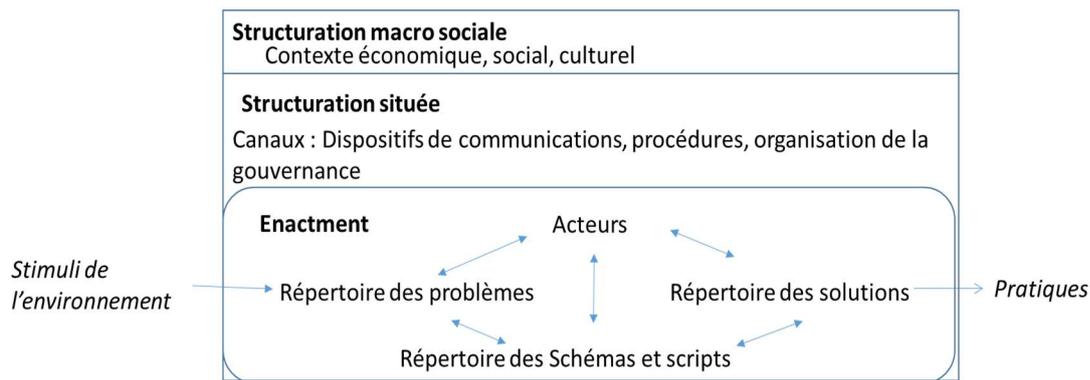
et de gouvernance. Ces canaux d'attention sont le cœur de la structure de l'attention. *Attention is situated in the organization's communication channels*" (Ocasio, 2012, p 301). Ils expliquent comment les organisations distribuent et régulent l'attention de leurs acteurs (Ocasio, 1997, Barnett, 2008).

### 113 – La structuration macro-sociale

L'ABV identifie enfin la « structure de l'attention de l'organisation » (organization's attention structures », Ocasio, 1997, p 1996), ou structures contextuelles (Barnett, 2008) composée du contexte, économique, social, culturel dans lequel sont encadrés les canaux d'attention mais aussi les problèmes et les solutions et les décideurs. Ces structures contextuelles vont définir, sur un temps plus long, ce qui est légitime ou pas, ce qui est prioritaire ou pas, possibles ou pas.

Un troisième mécanisme est donc la structuration macro-sociale qui agit sur tous les niveaux du modèle.

Schéma 1 : l'ABV, un modèle multi-niveau de formation de l'attention



L'intérêt de cette modélisation multi niveau est ainsi d'intégrer le rôle des structures dans la formation de l'attention et de répondre aux limites de l'enactment tel que conçu par Weick qui évacue l'organisation formelle de son modèle de sensemaking. Elle nous semble être un cadre prometteur pour analyser comment se mettent en place des pratiques collectives plus respectueuses des patients. Elle présente toutefois comme limite de traiter trop rapidement des mécanismes de passage de l'attention individuelle à l'attention collective partagée.

### 12 -MIEUX PRENDRE EN COMPTE LA DIMENSION COLLECTIVE DE L'ATTENTION. L'INTERET DES SCRIPTS.

L'ABV insiste sur la dimension distribuée de l'attention (Vuori & Huy, 2016, Joseph et Wilson, 2018) mais les mécanismes d'intégration de cette attention sont peu traités comme le soulignent Joseph et Ocasio eux-mêmes (2017) ou Stevens et al (2015). La distribution de l'attention résulte des trois

niveaux du modèle. Au niveau individuel, elle est le produit de la concurrence des différents objets d'attention pour un même acteur et de la concurrence des différents acteurs/porteurs d'attention. Au niveau organisationnel, elle résulte de la fragmentation des canaux de communication, des procédures, de la distribution du pouvoir et au niveau macro-social, de la pluralité des logiques en présence. L'intégration est avant tout traitée par la prédominance de certains problèmes et solutions liés au pouvoir des acteurs, aux poids de certaines logiques institutionnelles qui s'inscrivent alors dans des canaux d'attention alors privilégiés. La distribution est traitée sur le mode de la concurrence et l'intégration sur celui de la domination. En cela, le modèle d'ABV, comme le revendique Ocasio, prend explicitement en compte les acquis de la *behaviorial theory of the firm* (Cyert et March, 1963) et se présente aussi un modèle politique de la construction de l'attention.

Centré sur la décision individuelle, il évacue de fait la question de la formation de l'attention collective. Déplacer le modèle pour en faire un instrument de compréhension de formation de l'attention d'un collectif invite à formuler autrement les enjeux de distribution et intégration de l'attention. La distribution relève alors autant de la division que de la concurrence et l'intégration, du partage tout autant que de la domination. On peut alors concevoir une attention qui ne soit pas uniquement structurée par une organisation dans lesquels sont inscrits les rapports de pouvoir mais une attention collective résultat de problèmes, solutions, schémas partagés (Cannon-Bowers & Salas, E., 2001). Travailler sur la dimension partagée du processus d'*enactment* dans une perspective cognitive, c'est mettre en lumière comment les représentations participent à ces mécanismes d'ajustement, de convergence, de constitution du collectif.

Les représentations sont présentes dans le modèle de l'ABV sous la forme de schémas et scripts. Ils sont parfois confondus, parfois différenciés, leurs définitions ne sont pas stabilisées. Ocasio définira le schéma en citant Barlett (1932) et Fliske and Taylor (2008) comme "The concept highlights how actors understand, remember and act upon complex information by drawing upon highly organised, abstracted general knowledge about how the world works. (Ocasio, 2010 ; bouquins, p 86). *Schemas are learned, organized cognitive structures that shapes attention, construal, inference, and problem solving.*" (Nisbett and Ross (1980) cité par (Thornton & Ocasio (2012)).

La notion de script est moins mobilisée dans les travaux. Défini comme un schéma d'action, c'est portant une notion centrale dans les approches cognitives à la fois pour rendre compte des mécanismes de standardisation des comportements (Gioia & Poole (1984), Barley, S. R., & Tolbert, P. S. (1997, Dany et al.(2011)) et de coordination des actions (Gagnon, 2008). Pour Gioia & Poole (1984) un script est une "*schematic knowledge structure held in memory that specifies behavior or event sequences that are appropriate for specific situations*" (Gioia & Poole, 1984 p). C'est donc une représentation individuelle mais socialement construite de la solution appropriée en situation. La

littérature (Abelson, 1981, Weick 1996, Gioia & Poole, 1984, Dany *et al.*, 2011) a parlé de script forts et de scripts faibles pour qualifier cette plus ou moins grande prescription de l'action par les représentations. Un script fort prescrit de manière minutieuse l'action. Il standardise l'action et la réédition de sens associée et produit des routines. Au contraire un script faible, offre une marge de manœuvre aux acteurs dans l'action et la réédition de sens associé.

Orvain (2004) fait exception au peu d'attention accordée aux scripts dans la cognition organisationnelle. Il montre que les scripts articulés aux instruments d'attention favorisent la coordination de l'attention collective au service de pratiques collective. Dans son travail, les scripts, représentations d'actions élémentaires pour la prise en charge des escarres des malades alités, soutenus par des instruments dédiés, oriente le focus attentionnel des différents soignants (attention de perspective), tout en diffusant un savoir commun qui oriente la sélection de solutions parmi l'ensemble des solutions possibles (attention de sélection).

Le travail d'Orvain souligne ainsi le rôle des scripts dans la focalisation collective de l'attention sur des pratiques appropriées, parmi un ensemble de pratiques possibles. Il montre en creux, qu'ils permettent de partager l'attention et l'action. Il ne dit rien en revanche sur deux éléments clés. En amont, comment se sont construits ces représentations qui finissent par être qualifiées de scripts car suffisamment stabilisées et partagées ? Dit autrement, comment une nouvelle représentation de la pratique appropriée entre-t-elle dans le répertoire collectif des scripts ?

En aval, si on suppose que les scripts sont plus ou moins forts dans leur prescription de l'action, par quels mécanismes, leur mobilisation produit-elle ou pas de l'action collective coordonnée ? ou dit autrement, la structure attentionnelle, telle que définit par l'ABV suffit-elle à rendre compte de la manière dont se construit l'attention collective ?

Ces questions vont être traitées sur des cas qui nous permettent de comprendre le processus la reconfiguration de l'attention collective au service du développement de nouvelles pratiques, ici la prises en charge des émotions des patients.

## **II CONTEXTE ET DESIGN DE LA RECHERCHE**

Ce travail s'inscrit dans un projet plus large portant sur « le développement des approches bien traitantes »<sup>1</sup> conduit en collaboration avec le CHU X consistant à sélectionner puis à suivre des initiatives que des équipes jugeaient comme particulièrement « humaines, respectueuse ».

Nous travaillons ici sur l'introduction de l'hypnose formelle, conversationnelle et la communication thérapeutique, vues comme une manière de prendre en charge le vécu psychique des patients. Ces trois pratiques forment un continuum dans la famille des pratiques qui visent à obtenir un état modifié de la conscience du patient par la parole du soignant. La communication thérapeutiques est nécessaire à l'hypnose conversationnelle et l'hypnose conversationnelle à l'hypnose formelle.

Nous avons travaillé dans deux unités, contrastées du point de vue de la dimension plus ou moins partagées au sein de l'équipe des pratiques effectives. Le premier cas porte sur l'introduction de l'hypnose conversationnelle, formelle et la communication thérapeutique dans un service d'interventions chirurgicales gynécologiques (Bloc Gynéco). Elles sont pratiquées en complément de l'anesthésie générale (hypnose conversationnelle), qui est alors plus légère, ou à la place d'une anesthésie générale (hypnose formelle). L'objectif est de dissocier l'état physique et psychique de la patiente et d'intégrer dans la bulle formée, les signaux extérieurs potentiellement angoissants et douloureux pour en transformer le ressenti. La « bulle » est un terme clé pour comprendre les enjeux collectifs. L'anesthésiste, médecin ou infirmière, fabrique « la bulle » par des paroles appropriées. Son maintien exige la vigilance de tous car toute parole ou geste est susceptible de rompre la bulle et de ramener la patiente à ses sensations et ses émotions présentes. Les infirmières de bloc doivent veiller à ne pas prononcer de paroles anxiogènes. Le chirurgien devra communiquer de manière visuelle avec l'anesthésiste pour coordonner les gestes et paroles. Les brancardiers doivent venir chercher la patiente en veillant à ne pas créer d'anxiété ou de douleurs par leurs gestes et paroles. De manière générale, il s'agit de prêter collectivement une attention toute particulière au vécu émotionnel de la patiente et de la prendre en charge par des paroles appropriées (la communication thérapeutique). Le deuxième cas porte sur l'introduction de la communication thérapeutique dans un service de chirurgie ambulatoire (UCA). Le service œuvre comme un prestataire de service pour les blocs qui opèrent dans onze spécialités différentes. La communication thérapeutique vise par une parole appropriée, à prendre en charge l'anxiété et les émotions négatives des patients, dans une activité soumise à l'optimisation de la gestion de flux. La communication thérapeutique est supposée prendre place dans tous ces segments de la trajectoire du patient qui ne dure que quelques minutes chacun. Il s'agit d'assurer une continuité dans la manière de porter attention. Il est prévu plus spécifiquement

---

<sup>1</sup> Financement Fédération Hospitalière de France. Programme Innovations organisationnelles.

que les aides-soignantes accompagnent les malades qui viennent se faire poser un port-à-cath®, boîtier glissé dans une veine pour injecter les produits de chimiothérapie, patients particulièrement fragiles. Elles doivent leur rendre visite pendant 5 à 10 minutes pour installer une communication de type thérapeutique pour abaisser le stress et établir une relation de confiance.

Nous avons procédé par entretiens (36), observations directes dans les unités (6 séquences), participations à des réunions (8).

**Unité de chirurgie ambulatoire**

- 20 entretiens.  
1 cadre de pôle, 2 cadres de l'unité, 7 infirmières, 3 aides-soignantes (dont 2 rencontrées 2 fois), 1 agent de service hospitalier, 1 formatrice (rencontrée 2 fois) + 1 cadre de pôle, 1 formatrice
- Restitution de groupe : 8 personnes présentes
- Observation sur site : 2 jours. Nous avons suivi des infirmières et aides-soignantes auprès des malades. Nous avons débriefé à l'issue des observations.

**Bloc gynécologique.**

- 12 Entretiens :  
1 médecin anesthésiste (rencontré 2 fois), 2 infirmières anesthésistes, 2 infirmière de bloc, 2 chirurgiens, 1 directrice déléguée, 1 formatrice
- Observations sur site : 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.

**Autres :**

- 5 entretiens  
1 médecin anesthésiste bloc cardio, 1 infirmière anesthésiste du bloc cardio, Direction de l'innovation (2 fois), Responsable de la formation continue
- Observations de réunion : session de formation à la communication thérapeutique, atelier « hypnoCome », Participation au comité de pilotage « bientraitances » ( 6 comités)

La démarche a été pour partie déductive. En effet, comme mentionné précédemment, en mobilisant l'ABV, nous sommes partis du postulat que les pratiques effectives sont conditionnées par le processus d'enactment, lui-même produit d'une structure attentionnelle qu'il convient alors de décrire dans la situation étudiée. L'approche est ici statique. Qui sont les acteurs impliqués dans les pratiques d'hypnose et de communication thérapeutique ? Comment formulent-ils les problèmes (quels sont les problèmes auxquels ils sont confrontés ? quelle informations mobilisent-ils pour formuler les problèmes) ? Comment formulent-ils les solutions (quelles sont les solutions envisagées ? Quelles sont les solutions concurrentes) ? Quels sont les canaux d'attention mobilisés ? Quels sont les schémas (quelles sont les connaissances et représentations qui lient problèmes et solutions) et plus spécifiquement, puisque nous avons choisi de mettre l'accent sur les scripts, quelles sont les pratiques jugées comme appropriées pour eux-mêmes ? Ces scripts sont-ils nombreux ? Sont-ils forts ou

faibles ? Il nous importait à cette étape d'apprécier la variété ou au contraire l'uniformité des représentations. Nous avons aussi cherché à apprécier le degré de mise en œuvre de l'hypnose et de la communication thérapeutique ? Les entretiens ont été conduits auprès des soignants des unités et un codage manuel des scripts a été effectué. Nous avons obtenu la quasi-exhaustivité dans l'unité de chirurgie ambulatoire, un échantillon représentatif au bloc-gynéco. Le turn-over est important et les soignants sont très occupés sur le temps de travail, puis en congé pendant plusieurs jours. Dans ce dernier cas, l'appréciation du degré de déploiement de la pratique s'est faite par triangulation des données. L'analyse de la similarité et des différences de représentations s'est faite sur la base de l'échantillon.

La démarche a été aussi inductive puisqu'il s'agissait de produire de la connaissance sur la fabrication de la dimension collective de l'attention, non traitée par l'ABV. Pour ce faire, nous avons tout d'abord cherché à comprendre ce qui dans un cas, pouvait expliquer la mobilisation collective des scripts et en appliquant le principe de symétrie (Bloor, 1976) sa moindre mobilisation dans l'autre unité. C'est aussi à cette étape que les observations ont pris toute leur importance : observer les supports d'attention partagés ou pas, l'organisation de l'espace comme favorisant ou pas la mobilisation des scripts, la manière dont les « pratiquants » se comportent avec les non pratiquants », le poids de la différenciation des rôles, la concordance entre la pratique et les discours recueillis en entretien. Au fur et à mesure de la compréhension de la situation, nous avons émis des hypothèses que nous avons soumis à nos interlocuteurs

Toujours de manière inductive, nous reconstitué la dynamique de constitution d'un répertoire de script partagé. Nous étions en effet partis avec le postulat que la constitution d'un répertoire partagé de scripts était un facteur important de la pratique collective. Une seconde série d'entretiens a donc été faite avec les personnes à l'origine de l'introduction de l'hypnose et de la communication thérapeutique au CHU. Nous avons respecté le principe de saturation, vite atteint car le nombre de personnes concernées est faible.

### **III - RESULTATS**

Nous montrerons que les pratiques d'hypnose et de communication thérapeutiques sont associées à un nombre réduit de scripts partagés conduisant à conclure provisoirement que les scripts sont bien mis au répertoire partagé des scripts mais que c'est leur mobilisation diffère dans les unités étudiées. Nous retracerons alors le processus aboutissant à faire des scripts une représentation partagée pour nous intéresser aux facteurs expliquant leur mobilisation, ou *enactement*, contrastée.

### **31. ETAT DES LIEUX. DES SCRIPTS PARTAGES MAIS PAS TOUJOURS MOBILISES**

#### **312. Des pratiques qui relèvent de trois scripts.**

Une analyse du contenu des entretiens converge vers l'existence de trois scripts. Les personnes rattachent l'hypnose formelle, conversationnelle et de la communication thérapeutique à trois types de séquences d'action perçues comme appropriées. Nous avons été surpris par la faible variété des scripts énoncés, nous invitant à considérer qu'ils sont des représentations effectivement partagées dans les équipes

##### **Script 1. Les mots à dire et ne pas dire.**

Il se traduit avant tout par une série de mots à ne pas dire car pouvant nuire. Ainsi, on ne dit pas « attention je pique », on n'abuse pas du mot « petit ». Il convient de dire « comment vous sentez-vous » à la place de « est-ce que vous avez mal », « à tout à l'heure » à la place « de bon courage », c'est « frais » plutôt que c'est « froid », « on va vous installer plutôt qu'attention au trou », Ces mêmes exemples nous sont répétés par de nombreux interlocuteurs.

C'est le script le plus prescriptif, le plus fort. D'ailleurs, beaucoup disent, qu'une fois qu'ils ont commencé à parler comme ça, il devient routine irréversible. Ce script peut être inscrit dans des registres consultés les soignants, sur des affiches de « bonnes pratiques » punaisées aux murs.

*« Je mets dans un classeur des phrases types qu'on peut utiliser pour éviter de dire les phrases qui sont anxiogènes. C'est pour mes collègues. Je me suis dit que j'aimerais bien qu'on me donne des propositions parce qu'on ne se rend pas forcément compte de ce qu'on dit et même en pensant dire des choses de la bonne façon, on ne le fait pas forcément »*

##### **Script 2. Engager une conversation thérapeutique**

Ce script prescrit une manière d'entrer en relation avec le patient qui répond à de grands principes : Il faut chercher les ressources mentales du patient qui lui permettront de « percevoir le verre à moitié plein ». Il faut parler de manière à pouvoir « allumer » des choses positives.

Il faut partir de ce que le patient ressent et non pas de ce qu'on imagine qu'il ressent. Il faut donc beaucoup regarder, écouter, et se mettre en retrait. Il faut parfaitement maîtriser la technique pour pouvoir engager la conversation tout en la mettant en œuvre en toute sécurité.

C'est un script faible au regard de son pouvoir de prescription, ce qui fait dire par exemple à un chirurgien, « c'est un état d'esprit, il faut savoir être flexible dans la mise en œuvre. » ou à d'autres « j'ai l'impression de faire ma cuisine sans recettes. « On peut perdre la pratique si on ne la mobilise pas ». « C'est un risqué ».

*Hier par exemple, il y avait une patient au bout du rouleau. J'ai essayé de détourner la conversation, d'aller sur autre chose, lui demander si elle avait des passions dans la vie et là elle m'a sorti "oui j'en avais une, la lecture et je ne peux plus parce que j'ai une maladie de la rétine qui fait que je suis en train de devenir aveugle". Même en étant formé, je me dis que j'aurais mieux fait de me taire. Je pense qu'on fait des erreurs un petit peu tous les jours de toute façon mais en voulant bien faire, je me suis aperçu que j'enfonçais le clou (un brancardier)*

### **Script 3. Script 3. Mettre le patient en état de dissociation hypnotique**

Ce script prescrit une technique pour obtenir la « dissociation » du patient. Les étapes de la pratique sont codifiées : recueillir les canaux préférentiels, induire en recentrant la personne sur elle, aller de l'externe à l'interne, « dissocier le patient » pour enfin « le réassocier ».

C'est un script fort qui s'appuie une technique de pratiques. Il nécessite une formation importante pour le mobiliser qui vont de 15 jours temps plein délivrée par des organismes spécialisés à un an. Sous forme de diplôme universitaire. L'observation de quelques ateliers d'hypnocom au cours desquels des professionnelles de différents services partagent leurs pratiques nous montre combien cette pratique est très standardisée. Les pratiquants parlent le même langage. Les échanges portent essentiellement sur la prise en charge de profils spécifiques (ex enfants, interruption thérapeutique de grossesse..etc..)

On retrouve les trois scripts dans l'équipe du bloc opératoire qui conditionnent la pratique de l'hypnose formelle et conversationnelle ainsi que de la communication thérapeutique associée. On retrouve les deux scripts, « des mots à dire et ne pas dire » et « engager une conversation thérapeutique » dans l'équipe de chirurgie ambulatoire qui conditionnent la pratique de la communication thérapeutique

### **311. Une mobilisation contrastée selon les unités**

Les scripts sont mobilisés de manière partagée dans le bloc gynéco pour devenir routines, ils restent plus individus-dépendants en chirurgie ambulatoire.

Au bloc gynéco, « mettre le patient en transe positive » est appliqué pour environ 2 opérations de cancer du sein par semaine, c'est à dire à chaque fois que les chirurgiens estiment qu'il est requis, et pour toutes les ponctions d'ovocyte et les IVG quand les patientes refusent l'anesthésie générale. La « conversation thérapeutique » est pratiquée avant toute anesthésie. Tous disent parler autrement et « les mots à dire et ne pas dire » sont devenus une habitude », quel que soit le poste occupé.

En chirurgie ambulatoire, la mobilisation de la « conversation thérapeutique » et « des mots à dire et ne pas dire » n'est pas systématique. Nos observations l'illustrent.

*Nous sommes en observation dans le service. Les infirmières, dans le local d'accueil, se lancent dans une conversation à la fois crue et violente sur le cas d'un patient. Les portes sont grandes ouvertes. Une personne de l'équipe prend à témoin des patients en disant, j'espère que ça ne vous choque pas. Une autre finit par partir en disant que les patients entendent tout.* Nous sommes loin ici d'une attention portée à chaque instant aux ressentis des patients qui conditionnent la manière de parler.

Plus particulièrement, les aides-soignants ne mobilisent pas systématiquement la « conversation thérapeutique » auprès de patients en attente de pose port-à-cath® . Si une des trois aides-soignantes, pratique dès qu'elle peut, soit cinq fois au cours des deux mois de notre période de suivi, ce n'est pas le cas des deux autres aides-soignantes. Ci-après, une de nos observations ;

*Un patient arrive pour la pose port-à-cath®. L'aide-soignante est prise sur une autre tâche. L'infirmière y va à sa place. Plus tard, l'aide-soignante vient vider un placard qui se trouve dans la chambre de ce patient. Elle finit par demande alors « comment ça s'est passé ? » L'accompagnant répond « pas bien ». Nous la sentons alors tétanisée. Elle s'en va. Elle nous dira dans le couloir « je n'aurais pas dû poser cette question comme ça, c'est pas comme ça qu'il faut faire ».*

Notons qu'en réunion, cette aide-soignante a un discours très clair sur les pratiques attendues et sur leur bienfondé.

L'état des lieux peut se résumer ainsi :

	<b>Bloc gynéco</b>	<b>Chirurgie ambulatoire</b>
	Pratiques : Hypnose formelle Hypnose conversationnelle, Communication thérapeutique	Pratiques : Communication thérapeutique
Script 1. Les mots à dire et ne pas dire. Script fort.	Mise en œuvre totale	Mise en œuvre partielle
Script 2. Engager une conversation thérapeutique. Script faible	Mise en œuvre totale	Mise en œuvre partielle
Script 3. Mettre le patient en dissociation hypnotique. Script fort	Mise en œuvre totale	Non présent

L'hypnose et la communication thérapeutique donnent lieu à trois scripts, trois représentations de pratiques appropriées. Ces représentations sont partagées par les membres de l'équipe nous conduisant à penser qu'elles sont effectivement dans le répertoire partagé des scripts, facteur

favorable à la constitution d'une attention collective. En revanche, leur mobilisation diffère. Ces scripts n'ont pas la même force. Alors que deux des scripts sont « forts », c'est-à-dire très précis dans leur prescription, engager une conversation thérapeutique peut être considéré comme faible. Sa formulation même laisse un espace individuel d'interprétation.

### **32 – L'INSCRIPTION DE NOUVEAUX SCRIPTS AU REPERTOIRE PARTAGE : EVOLUTION DE LA STRUCTURE ATTENTIONNELLE**

Si le répertoire des scripts est un facteur clé de la construction d'une attention collective partagée, il convient d'en comprendre la dynamique. Comment un nouveau script entre-t-il dans ce répertoire partagé ? Comment le répertoire est modifié alors même qu'il est encadré, si on suit l'ABV, dans une structure attentionnelle complexe ? Quelles en sont les conditions nécessaires ?

L'introduction de ces scripts est la conséquence du développement de l'hypnose au bloc gynéco et la communication thérapeutique en chirurgie ambulatoire. Au bloc gynéco, Anna, médecin anesthésiste-réanimatrice, Véronique, infirmière anesthésiste et Anne-Sophie, Gynécologue-obstétricienne, arrivent à l'hôpital à quelques années d'intervalle. Elles ont toutes trois déjà été contact avec l'hypnose dans leur pratique antérieure, sans la pratiquer elles-mêmes, et souhaitent la mettre en œuvre à titre individuel et demande des formations donc des formations à l'hôpital. *Pour ces trois personnes, la pratique de l'hypnose est constitutive de leur métier. « Si la douleur est calmée par les médicaments, ils ne satisfont pas toutes les demandes des patientes. Mon métier d'anesthésiste, c'est la prise en charge globale. L'hypnose, c'est une corde de plus à mon arc »* dit Anna, médecin anesthésiste *ça m'a sauvé professionnellement, j'ai repris confiance même en l'hôpital parce que c'était à une époque difficile où j'étais à deux doigts de changer de boutique.* » (Anne-Sophie, chirurgienne).

Ces « promoteurs » de l'hypnose vont ainsi importer de leur environnement professionnel une pratique en cours de légitimation dont elles considèrent qu'elle complète ou corrige l'exercice de leur métier et leur permet de lui rester fidèles. Elles construisent en même temps les premiers schémas, désignant l'hypnose comme une ressource pour satisfaire des besoins cliniques (contre-indication de l'anesthésie générale) mais aussi psychologique (angoisse), tout en leur permettant de remettre le patient/personne au centre de leur relation. La présence de ces trois professionnelles dans un même lieu créera l'opportunité d'en faire un projet de pratique d'équipe.

*L'hypnose me trottait dans un coin de la tête mais j'avais plein d'autres choses à développer ici autour du parcours des patientes. J'ai laissé ça de côté et puis je me suis rendue compte qu'en fait*

*les anesthésistes d'ici étaient très sensibles et pratiquaient déjà l'hypnose lors des accouchements. J'ai commencé à dire que je connaissais des chirurgiens qui opèrent sous hypnose des cancers du sein (Anne-Sophie, chirurgienne)*

Elles participeront par la suite à traduire cette pratique en trois scripts et à rendre ces scripts disponibles pour un plus grand nombre, à la fois parce qu'elles ont à cœur de la voir partagée, mais aussi par ce que leur propre pratique dépend de la manière dont les autres professionnels l'accueillent. « *C'est compliqué de demander à un chirurgien ou à une infirmière de bloc de faire attention à ce qu'ils disent. C'est normal de dire « c'est plus compliqué de prévu » ou « on est en retard sur le planning. » Mais moi, ça fou en l'air mon travail* » (Véronique, infirmière-anesthésiste). Elles vont donc beaucoup montrer, expliquer, échanger mais aussi accompagner le développement de la formation. La formation est un vecteur de transmission des pratiques appropriées mais aussi un support d'interconnaissances qui facilite l'acceptation et le respect de cette pratique par autrui. « *Je me suis formé à l'hypnose il y a 2 ans. « Je n'aurais pas pu pratiquer la chirurgie sous hypnose sans comprendre le sens de ce que faisaient les anesthésistes* » dit par exemple un chirurgien qui opère sous hypnose mais qui en tant que chirurgien, ne la pratique pas. En diffusant scripts et schémas, la formation est un instrument, un canal, d'attention. Progressivement, le service de formation poussé par les promoteures va formaliser l'offre et mettre l'hypnose dans le catalogue de formation.

La formation n'est pas la seule transformation de la structure organisationnelle opérée. Les promoteures négocient aussi l'ouverture d'une consultation d'hypnose, élément indispensable pour pouvoir la substituer à l'anesthésie générale. Elles essuient un premier refus d'un directeur qui objecte le coût d'une activité qui ne peut être tarifée. A la faveur de l'arrivée d'une nouvelle directrice adjointe déléguée à leur unité, l'attention portée par la direction à cette pratique change, de nouveaux schémas lui sont associés et une consultation est autorisée.

*« On est sur une anesthésie beaucoup moins lourde, avec un temps de récupération plus rapide...pour moi tous les signaux étaient ouverts. C'est vrai que nous directeurs, on porte des attentions différentes aux choses. J'ai un collègue, c'est l'intelligence artificielle, moi c'est la durée moyenne de séjour. (Directrice déléguée).*

L'introduction de la communication thérapeutique en chirurgie ambulatoire suit un processus proche. Une cadre d'unité constate en arrivant dans le service une très forte désorganisation et une agressivité généralisée. Elle s'appuiera sur sa supérieure et une infirmière, Charlotte, pour implanter la communication thérapeutique et résoudre les problèmes d'agressivité qu'elle interprète comme des manifestations d'anxiété. Toutes trois sont sensibilisées individuellement à la manière dont on parle. Par exemple, Charlotte rapporte :

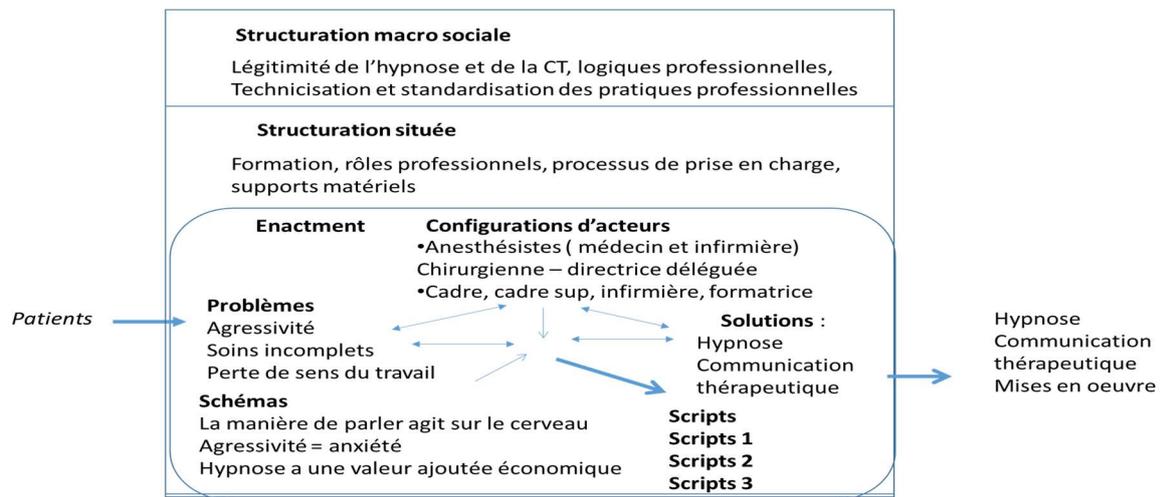
*« Quand j'étais étudiante, J'étais avec une infirmière qui a dit à un jeune homme qui toussait dans la salle d'attente que se serait bien qu'il arrête de fumer. En fait le jeune homme était atteint de*

*mucoviscidose et il était en bilan pré greffe. Ça m'a beaucoup marquée. Il faut faire attention aux mots, quel que soit l'intention ».*

Le comportement problématique des patients est ici fondateur de la dynamique. L'action de la cadre va consister à créer un lien logique entre le problème « agressivité » et la solution « communication thérapeutique » tiré de son répertoire personnel de solution. Elle s'emploiera alors, avec l'aide de Charlotte à traduire la communication thérapeutique en scripts, « les mots à dire et ne pas dire » et « engager une conversation thérapeutique » pour abonder le répertoire partagé « des solutions appropriées » dans un contexte où problème est déjà partagé par tous. La formation va là encore être un levier important. Toutes les personnes de l'unité sont formées. Cette formation est courte mais il est associé à un travail de répétition de la cadre de santé. Charlotte prend aussi l'initiative de consigner le script « les mots à dire et ne pas dire » dans un registre.

Ainsi, dans les deux collectifs de travail, la nouvelle manière de porter attention passe, dans une première étape, par l'inscription de nouvelles pratiques traduites en nouveaux scripts dans le répertoire partagé des scripts. Ce répertoire, élément de la structure attentionnelle est aussi le produit de son évolution. L'environnement macro-social, ici professionnel, en légitimant l'hypnose et la communication thérapeutique, leur donne une certaine « saillance », une forme de visibilité et disponibilité. Des acteurs, médecin- anesthésiste, infirmière-anesthésiste, cadre d'unité, cadre de pôle, directrice, chirurgienne, dotés de rôles professionnels, focalisent leur attention sur cette pratique parce qu'elle est une solution à leurs problèmes, quand bien même ces problèmes diffèrent. Elles participent à son importation dans l'unité de soins selon leurs positions professionnelles respectives. Ces promoteurs agissent par la suite sur des facteurs organisationnels comme le plan de formation et l'organisation du travail pour étendre leurs disponibilités tout en construisant du sens à cette nouvelle manière de porter attention au patient. La formation se présente comme un instrument d'attention qui joue un rôle clé. Elle permet d'inscrire les scripts au répertoire collectif.

Schéma 2. Le modèle de l'ABV pour rendre compte de la formation de nouveau scripts



La disponibilité d'un script dans un répertoire collectif ne dit pourtant rien de sa mobilisation. La mobilisation effective du script dépend de l'interprétation de la situation, ce patient est-il angoissé ? Ce patient est-il sensible à l'hypnose ? Du recours à des scripts alternatifs, je vais donner des anxiolytiques, il vaut mieux faire une anesthésie générale, je ne souhaite pas me plier à son agressivité. La mobilisation collective traite donc du partage de sur quoi les acteurs portent ou pas attention dans une situation de concurrence des focus attentionnels et de la mobilisation coordonnée d'un script parmi plusieurs scripts disponibles. Elle renvoie à la portée explicative première de l'ABV et à ses limites. Qu'est ce qui détermine l'*enactment* collectif dans une structure attentionnelle donnée ?

Quels sont donc dans les deux unités, les facteurs qui influent sur la mobilisation de scripts a priori connus par tous et acceptés comme pratiques appropriées ? L'analyse doit se faire script par script

### **33 : LES FACTEURS DE MOBILISATION COLLECTIVE DES SCRIPTS INSCRITS AU REPERTOIRE.**

#### **331 - Mettre le patient en dissociation hypnotique : Une attention collective soutenue par la structure attentionnelle.**

Le script « *mettre le patient en transe positive* » est mobilisé en routine. Face à certains profils de malades, essentiellement cancer du sein avec autres problèmes de santé, les professionnels du bloc gynéco répondent systématiquement en mobilisant ce script même s'il existe d'autres réponses possibles. Il y a donc un partage du sens donné à la situation, de la réponse appropriée et de sa

mobilisation. Si ce script est mobilisé de manière programmé, il peut l'être aussi en réponse à une situation imprévue.

*Par exemple, une toute jeune femme, venue pour une IVG arrive en pleurant au bloc, en criant qu'elle ne veut pas de piqure, qu'elle ne veut pas dormir mais qu'elle ne veut pas avoir mal. Quel sens donné à cette situation ? Quelle réponse apporter ? Est-ce une panique passagère nécessitant de pratiquer l'anesthésie générale au plus vite comme c'était prévu ? Faut-il donner un tranquillisant oral et expliquer l'intérêt de l'anesthésie générale ? Est-ce une demande spécifique qu'il convient de satisfaire ? Parmi ces réponses, celle « mettre le patient en transe positive » semble aller de soi. Nous avons alors observé une infirmière de bloc prévenir l'anesthésiste de l'état psychique de la patiente, l'anesthésiste changer de protocole et opter pour une hypnose formelle en substitution de l'anesthésie générale initialement prévue, l'ensemble de l'équipe se mettre à chuchoter, baisser les lumières, mettre hors de portée de vue les objets stressants, l'anesthésiste s'assoit et parler à l'oreille de la patiente, chercher pendant de longues minutes les paroles qui permettraient à la patiente de se déconnecter, la chirurgienne attendre un signe et des paroles codées pour intervenir. A l'issue de l'intervention, la patiente remerciera l'équipe.*

Les facteurs favorisant une telle mobilisation partagée nous apparaissent double. En dehors du fait qu'il fait l'objet d'une représentation partagée, ce script est fort, c'est-à-dire très prescriptif comme dit dans la partie précédente. Il prescrit ce sur quoi porter l'attention, l'état de santé des patients, leurs poids, âge, leur demande individuelle, leur état d'anxiété puis les canaux préférentiels de suggestion, Il fixe les conditions d'une réponse appropriée, le placement dans l'espace de l'anesthésiste, l'importance des interactions non verbales avec l'équipe. Il désigne les rôles, un anesthésiste qui conduit l'hypnose, un chirurgien qui prescrit l'hypnose puis qui doit respecter le rythme de l'induction, le reste de l'équipe qui doit maintenir la bulle..etc....

Par ailleurs, les canaux d'attention sont aussi ici fortement structurant. La division des rôles dans la pratique s'appuie sur des divisions métiers, le parcours du patient est formalisé, la formation est longue, de 15 jours temps plein à 1 an. Il y a peu de marge d'interprétation individuelle « en action ». On est un peu dans la situation idéale-type de l'ABV, où l'enactment est entièrement contenu dans la structure attentionnelle associée. La force du script et des canaux attentionnels accompagnent le passage d'une représentation partagée de la pratique appropriée à sa mise en œuvre. Il n'y a plus d'attention collective à produire dans l'action.

### **332 - « les mots à dire et ne pas dire » et « la conversation thérapeutique ». Une attention collective soumise aux interactions**

Ces deux autres scripts « *les mots à dire et ne pas dire* » et la « *conversation thérapeutique* » font l'objet de mise en œuvre généralisée au bloc gynéco mais partielle en chirurgie ambulatoire. Il existe ainsi des divergences individuelles quant au rôle des acteurs dans la situation, quant au sens donné à

la situation, aux réponses à apporter, à la mobilisation effective de ces scripts parmi l'ensemble des scripts disponibles.

Une infirmière en chirurgie ambulatoire dit par exemple : « Hier, on m'a traitée de pute et nous en aurait droit de ne rien dire. Je ne sais pas si c'est un patient angoissé, je crois que c'est juste un patient chiant » montrant par là qu'elle donne « son sens » à l'agressivité du patient dérogeant à l'idée « qu'un patient agressif est un patient anxieux » et qu'il faut alors utiliser les « bons mots » pour le rassurer ou engager une « conversation » lui permettant de modifier ses émotions. *Moi je ne vais quand même pas rester sans rien dire. Je vais le remettre à sa place* (mobilisation d'un script concurrent)

*Ou encore une autre, je sais que quand on pique, il en faut pas dire « attention je pique, on peut détourner l'attention en inventant un truc... « ah j'ai vu votre frère », « comment vous connaissez mon frère ? et puis pof on pique. Je l'ai vu faire. Ça marche* (connaissance du script fort « des mots à dire et ne pas dire »). *Mais je ne peux pas. Alors je fais comme j'ai toujours fait* (mobilisation d'un script alternatif).

*Ou encore : vous savez, faire de l'hypnose conversationnelle, c'est bien, maintenant je sais faire et je fais mais c'est quand même un peu l'aventure, il faut se lancer, improviser* (script faible). *Des fois on est fatiguée C'est tellement plus sécurisant de pousser les drogues, de faire dormir quelqu'un au plus vite plutôt, on est tranquille, on est sûr que le patient ne va rien sentir alors des fois, on serait tentés* (script alternatif).

Qu'est-ce qui différencie ces scripts de celui « mettre le patient en dissociation hypnotique » ? La réponse est double. D'une part pour un des deux est un script faible, d'autre part les canaux attentionnels sont plus faibles. Les conséquences sont identiques. La structuration attentionnelle est moindre, il existe un espace d'interprétation dans l'action, l'enactment peut donner lieu à des variations individuelles qui affaiblissent le collectif

Tout d'abord, si le script « des mots à dire et ne pas dire » est particulièrement fort car il prescrit avec minutie ce qu'il convient de dire et ne pas dire, celui de la « conversation thérapeutique » est bien plus faible. Il traite plutôt d'une manière d'être en relation que de séquences d'actions et de paroles appropriées. Les professionnels doivent identifier très rapidement, et improviser, ce qui peut soutenir de manière positive le patient et le détourner de ses ressentis négatifs présents. Il y a une forme de prise de risque et une incertitude quant à la pertinence de le mobiliser au regard de la situation, qui peut conduire à privilégier un script alternatif.

Ces deux scripts sont par ailleurs accompagnés de canaux d'attention plus faibles que celui de la « dissociation hypnotique » La formation est moins longue, souvent de 1 jour pouvant aller jusqu'à 15 jours lorsqu'ils sont un dérivé de la formation au script de la « transe hypnotique ». Elle n'est pas forcément suffisante pour donner aux soignants la capacité de remplacer les scripts existants par ces nouveaux scripts. Ces scripts se glissent par ailleurs dans l'organisation existante. Ils ne prennent pas

appui sur une organisation du travail dédiée. Il s'agit par exemple en chirurgie ambulatoire de troquer tout au long de la prise en charge, de l'accueil à la sortie des patients, les « mauvais mots » contre les bons mots »

*« Ah ben je n'ai pas de lit, où est-ce qu'on va le mettre celui-là ». C'est typiquement des choses que maintenant j'arrive normalement à ne plus le dire. Mais c'est vrai que c'est des habitudes, des tics de langage qui sont hyper durs à perdre, surtout quand le patient n'est pas tout à fait dans la pièce, on est dans les dossiers mais il est juste derrière et il entend très bien*

Enfin, contrairement à la transe formelle qui est perçue comme « une corde de plus pour les anesthésistes », ces scripts sont l'affaire de tous, du brancardier, comme du chirurgien et ne renvoient pas à une division du travail formelle du travail. Ils ne s'articulent pas aux compétences métiers spécifiques.

La moindre force des canaux d'attention à laquelle à laquelle j'ajoute pour la conversation thérapeutique, une plus grande faiblesse du script, affaiblit la structuration attentionnelle. Il reste une marge de manœuvre individuelle dans « l'enactment », un espace pour donner du sens, sélectionner ou pas le script dans le répertoire des solutions et le mettre en œuvre.

Toutefois, nos données montrent que l'existence d'un espace possible d'interprétation individuelle dans l'action ne produit pas les mêmes effets au bloc gynéco et en chirurgie ambulatoire. Au bloc gynéco les pratiques sont homogènes et coordonnées. En chirurgie ambulatoire, comme nous l'avons montré dans le 313, les pratiques sont plus individus dépendantes et donc plus hétérogènes.

### **334 – Les interactions pour compléter la structure attentionnelle**

Nos observations nous amènent à faire l'hypothèse que la différence s'explique par la densité des interactions entre professionnels. Elles viennent, ou pas, compléter la structure attentionnelle.

Ces interactions sont faites de mimétismes après observations directes et partage de pratiques sur ce qui marche ou pas. Au bloc gynéco, tous disent ainsi qu'à force d'entendre parler d'une certaine manière, ils empruntent les mots des autres. *Avant même d'être formée, en voyant les infirmières anesthésistes parler d'une certaine manière, quelque chose m'a attiré. Je me suis mis à les imiter (une infirmière de bloc).* Elles sont faites aussi de feed-back portant sur l'écart entre la pratiques effective et le script. Toute personne s'étant suffisamment réapproprié la pratique ne se gêne pas pour reprendre les unes et les autres en cas d'écart. Ces corrections sont d'ailleurs valorisées, vues comme une source d'amélioration collective. *Une personne qui n'a pas le bon vocabulaire, on le reprend tout de suite. On reprend même les chirurgiens (une infirmière de bloc) ...Maintenant, ce sont des fois les brancardiers qui nous font des remarques sur certaines formulations et ça c'est vraiment super (Anna, la médecin-anesthésiste).* ». *On se le dit gentiment, avec humour. De manière*

*générale on essaye tous de faire attention à ce qu'on dit au bloc. Il y a une vigilance collective (une infirmière de bloc)*

Ces interactions viennent ainsi compléter la structure attentionnelle. L'imitation et le partage de pratiques par exemple, viennent combler la faiblesse du script de la conversation thérapeutique. S'il n'y a pas une bonne manière d'entrer en relation, observer des pratiques « qui marchent » et partager sur ce qui a marché ou pas après une intervention permet d'enrichir les répertoires individuels de script.

*Ça se perd. On n'a alors plus les mots, on cherche des idées. Alors j'écoute beaucoup ce que font les infirmières anesthésistes. Je prends aussi des idées de leur côté. Oui l'enjeu c'est que ce soit naturel, que ça sorte spontanément (une infirmière de bloc à la pratique occasionnelle)*

Les feed-back sur les écarts au script complètent la faiblesse des canaux d'attention en instaurant une forme de contrôle collectif. Il ne s'agit ici pas tant d'interactions autour du sens à donner aux situations des patients que du renforcement de la nécessité de porter attention au patient, du poids des paroles et du rappel du script approprié.

*On fait l'entrée d'un patient dans le service, la première chose sur laquelle la soignante était focalisée, c'était qu'elle n'avait pas encore de chambre. Même pas un bonjour, même pas un regard pour le patient. C'est des choses que je vois maintenant, avant je ne voyais pas. La première chose qu'elle aurait pu faire c'était "bonjour monsieur, on vous accueille, la chambre n'est pas encore prête mais elle le sera bientôt, ne vous en faites pas, tout va bien se passer". Non mais après je lui ai dit que ça n'allait pas ça ! (Un ambulancier formé)*

Les interactions sont plus denses au bloc gynéco qu'en chirurgie ambulatoire. Si elles sont pour partie le produit d'une culture de l'interaction instaurée par les promoteures, sont facilitées par l'unité de lieu et le travail en équipe. Même si les professionnels se répartissent dans trois salles de blocs, en horaires et jours décalés, le travail est simultanément autour de la patiente opérée. A cette occasion, les professionnels se voient, s'entendent parler et échangent. En chirurgie ambulatoire, les équipes partagent les mêmes locaux mais la prise en charge est séquentielle. L'organisation du travail relève de la gestion des flux. Les professionnelles interviennent les unes après les autres. Elles se croisent dans les couloirs et ne sont vraiment ensemble qu'à l'accueil quand elles viennent chercher les dossiers et les patients et dans la salle de préparation des médicaments. Les aides-soignantes qui doivent aller voir les patients en attente de port-à-cath® sont seules. Elles n'ont ni la possibilité d'imiter des pratiques existantes, ni celle d'être accompagnées dans leur mise en œuvre. L'imitation, le débriefing après pratique est bien moindre. Si le feed-back existe et est plutôt bien accueilli, il reste dépendant des opportunités temporelles et spatiales d'entendre ce qui est dit par l'autre.

Les caractéristiques de la structure attentionnelle dépendante des scripts et des canaux d'attention, de l'espace d'interprétation dans l'action, de la densité des interactions se combinent de la manière suivante et participent à rendre compte de la dimension plus ou moins collective de la mise en œuvre des scripts.

Script	Force du script	Force des canaux	Synthèse de la force de structure attentionnelle située	Densité des interactions	Mise en œuvre du script
<b>Mettre le patient en dissociation hypnotique</b>	+	+	Forte Espace d'interprétation dans l'action étroit		collective
<b>Les mots à dire et ne pas dire</b>	+	-	Faible Espace d'interprétation dans l'action large	+	collective
				-	Individu dépendante
<b>Engager une conversation thérapeutique</b>	-	-	Faible Espace d'interprétation dans l'action large	+	Collective
				-	Individu dépendante

Tableaux 2 : synthèse de l'articulation entre force de la structure attentionnelle, densité des interactions et mise en œuvre collective des scripts

#### **4 - DISCUSSION : LA FORMATION D'UNE CAPACITE D'ATTENTION COLLECTIVE**

L'enrichissement du méta-modèle de l'ABV par une place spécifique accordée aux scripts nous permet de mieux comprendre la formation de la dimension collective de l'attention et des pratiques qui en résultent. Nous avons ainsi analysé comment de nouveaux scripts, représentations de pratiques possibles et appropriées, étaient mobilisées au bloc gynéco et en chirurgie ambulatoire, permettant aux soignants de transformer leurs pratiques, de mieux prendre en charge collectivement les émotions des patients. Nous avons identifié deux processus interdépendants mais spécifiques, celui qui conduit au partage d'une nouvelle représentation de pratique possible et souhaitable, l'autre qui s'intéresse à sa mise en œuvre effective. Ces deux dynamiques produisent les deux facettes d'une pratique, ostensive et performatives, présentés par Pentland et Feldman (2003), comme nécessaire pour qu'elle soit routine.

Le premier processus, celui par lequel une pratique devient solution disponible pour répondre à un problème auquel les membres de l'équipe portent attention, souligne la dimension structurelle de l'attention. La mise au répertoire des scripts du collectif de travail est rendue possible parce qu'il « flotte » de nouvelles pratiques légitimes dans un environnement macro-social, ici professionnel, qui dépasse largement l'équipe. La légitimité de ces nouvelles pratiques bien-traitantes est confortée par le fait qu'elles sont peu coûteuses dans un contexte de maîtrise budgétaire fort. C'est

ensuite, parce que des acteurs/promoteurs de nouveaux scripts font évoluer les canaux qui structurent l'attention en situation, formation, procédures de prise en charge des patients, artefacts matériels de supports... Ces acteurs ne se retrouvent pas promoteurs par le fruit du hasard ou de leur seule volonté. Ils ont des rôles sociaux qui définissent à la fois des attentes, des intérêts, du pouvoir qui les conduisent à devenir traducteur entre des pratiques disponibles dans l'environnement macro-social et les situations de travail. On retrouve ici un postulat de base de l'ABV. L'attention « portée à » par des individus en situation, est inscrite dans une structure et sa conséquence implicite, modifier l'attention portée exige une évolution de cette structure.

Toutefois, dans des deux cas, un collectif de « promoteurs », ici des femmes, va jouer un rôle crucial soulignant aussi la dimension relationnelle de l'attention collective, dont il n'est pas fait mention dans l'AVB. Ces promoteurs, infirmières anesthésistes, médecins anesthésistes, cadre de proximité, cadre sup, directrice déléguée, infirmières portent attention à des pratiques émergentes dans leur environnement professionnel parce qu'elles apparaissent comme des solutions possibles à leurs problèmes spécifiques, parfois différents, dans leur situation de travail. Liées par ces solutions partagées, elles forment une « coalition » (*Cyert et March, 1963*) de promoteurs qui va traduire ces pratiques en scripts et faire évoluer les canaux d'attention. La production, ou la transformation, de l'attention collective, ne se réduit donc pas à la structure. Elle est aussi soumise aux décisions et actions délibérées d'acteurs en relations qui, sous certaines conditions de rôles, font la promotion de nouvelles formes d'attention collective et entreprennent de l'inscrire dans la structure. Ces rôles professionnels sont structurants, mais pas totalement. Ainsi au bloc gynéco, l'action de la médecin anesthésiste, rencontre celle de l'infirmière anesthésiste et de la directrice déléguée. Il en est de même de l'infirmière « Charlotte », de la cadre en chirurgie ambulatoire et de la cadre supérieure. L'interaction entre ces acteurs aux rôles sociaux différenciés est tout aussi importante que leur distribution structurelle, soulignant la dimension relationnelle de l'attention.

Cette dimension relationnelle est encore plus visible dans le deuxième processus, celui par lequel un collectif puise dans le répertoire des scripts disponibles pour agir. Nos résultats nous conduisent à faire un certain nombre de propositions. La dimension plus ou moins collective de l'enactment, c'est-à-dire la manière dont sont interprétés les besoins des malades et la mise en œuvre d'une parole appropriée, est bien dépendante de la structure attentionnelle comme le prévoit l'ABV, ici les rôles des acteurs en présences, les scripts disponibles, les canaux d'attention. Toutefois, nos données nous montrent que la puissance de structuration n'est pas là même dans toutes les situations et que lorsqu'elle est moins forte, elle laisse un espace pour continuer le travail *d'enactment*, ou d'interprétation, dans l'action. L'ABV s'intéresse à la décision et l'attention individuelle. Elle admet

que la structuration n'est pas totale et c'est bien pour cela qu'elle laisse un rôle à l'individu/acteur dans le processus *d'enactment*. Passer à l'étude des pratiques et de l'attention collective comme nous le faisons, conduit à mettre en exergue le rôle des relations et interactions dans cet enactment. Lorsque la structure n'est pas suffisamment forte et qu'elle laisse un espace d'interprétation dans l'action, alors, la densité des interactions entre les membres du collectif participe à la dimension collective de l'interprétation et favorise une pratique collective. Ces interactions sont fait d'imitation, de retour d'expériences qui viennent enrichir et consolider les scripts et de rappel d'écart au scripts qui invitent à normaliser les comportements.

Ce travail participe alors à l'illustration, l'éclaircissement et l'enrichissement du modèle de l'ABV. Il illustre le rôle de la structure dans l'attention comme proposé par *l'attention based view*. L'attention portée au patient, à travers une pratique aussi élémentaire que la manière dont on lui parle, est structurellement définie. Il illustre l'interdépendance des niveaux de constitution de l'attention comme ont pu le souligner Crilly & Sloan (2014). Parler de manière bienveillante au patient n'est donc pas qu'une question de disposition individuelle mais est encadrée dans une situation organisée et un contexte macro-social. La parole bienveillante est dépendante des besoins des patients auxquels les professionnels portent attention et de la représentation qu'ils se font des réponses possibles. Elle dépend aussi de la capacité à transformer ces représentations en pratiques effectives. Transformer l'attention portée au patient pour transformer les pratiques exige des actions sur les dispositifs organisationnels et est dépendante de structures macro-sociales.

Ce travail accorde une place privilégiée à la notion de script, terme présent dans l'ABV mais peu développé. Il établit un lien entre les approches de l'attention et celles de la cognition sociale. Le script est une passerelle entre l'attention et la pratique. Il est à la fois le résultat d'une attention portée à des solutions disponibles dans l'environnement et il incorpore et donc détermine, la forme d'attention portée dans la pratique. Il importe alors de différencier la disponibilité du script de sa mobilisation. Pour les promoteurs du changement, l'inscription d'un script dans le répertoire collectif des solutions disponibles est une étape charnière, même si pas suffisante, pour faire d'une pratique légitime dans une profession, une pratique effective dans un collectif de travail. Nous montrons de comme le stipule Dany et al. (2011), Gioia & Poole (1984), Weick (1996) que la manière dont s'énonce le script, sa force ou sa faiblesse participe à faciliter ou pas le partage des pratiques collectives. Plus le script est fort, moins est grand l'espace laissé à l'interprétation individuelle en situation et donc plus facile est le partage de pratiques standardisées.

Enfin ce travail, en privilégiant l'étude non pas des décisions individuelles mais des pratiques collectives enrichit la représentation des mécanismes à l'œuvre dans la construction de l'attention

collective. Il montre que si la structuration produit de l'attention collective, elle est complétée par le rôle des interactions, établissant un pont entre les approches de l'attention d'Ocasio et de celles de Weick. Si Ocasio, insiste sur la dimension structurelle des approches cognitives, Weick souligne lui sur sa dimension sociale et interactive (Weick 2009). Nous faisons que les interactions viennent compléter la structure dans la formation de l'attention collective.

## CONCLUSION

L'hypnose et la communication thérapeutique sont des pratiques langagières thérapeutiques qui cherchent à prendre en charge les vécus subjectifs singuliers des patients dans une situation de soins physiologiques. Ce sont des pratiques collectives, comme d'autres pratiques de « care », dont le résultat dépend du partage, de la coordination, de la cohérence entre les différents acteurs de la prise en charge. Elle requiert une attention partagée aux émotions, en concurrence avec d'autres « focus attentionnels » des professionnels en situation de soins. Comprendre comment se construit cette attention collective portée aux émotions, à la fois cause et conséquence de la pratique collective de l'hypnose et de la communication thérapeutique, a guidé notre recherche de terrain. Cette question nous permet d'alimenter une question plus large, comment se construit une attention collective ciblée sur un focus donné ? Pour ce faire, le script représentation partagée d'une pratique appropriée est une catégorie intéressante pour formaliser le processus. L'hypnose et la communication thérapeutique se déclinent en trois scripts qui font l'objet d'une mise au répertoire collectif des solutions disponibles puis de mobilisation en situation. Nous montrons alors que de la dimension collective est dépendante des canaux d'attention, ou structures concrètes, mais aussi de la nature des scripts et des interactions entre acteurs. Les interactions viennent compléter la structure dans la formation de l'attention collective. Ce faisant, nous construisons un pont entre une approche de l'attention de l'ABV centrée sur ses déterminants structurels, qui accorde une place plus importante à la manière dont cette attention est distribuée qu'à la manière dont elle est partagée et l'approche de l'attention de Weick, centrée sur la fabrication du collectif par les interactions et la nature des scripts mais qui minore le poids des structures.

## Bibliographies

Barreto & Patient (2013). Toward a theory of intraorganizational attention based on desirability and feasibility factors. *Strategic Management journal*, 34, 6, 687-703

Bartlett, F.C. (1932). *Remembering: A study in experimental and social psychology*. Cambridge, England: Cambridge University Press

- Barnett, M. L. (2008). An Attention-Based View of Real Options Reasoning. *The Academy of Management Review*, 33(3), 606-628.
- Barley, S. R., & Tolbert, P. S. (1997). Institutionalization and structuration: Studying the links between action and institution. *Organization studies*, 18 (1), 93–117.
- BLOOR D. (1976), *Knowledge and Social Imagery*, Londres, Routledge
- Cannon-Bowers, J. A., & Salas, E. (2001). Reflections on shared cognition. *Journal of Organizational Behavior: The International Journal of Industrial, Occupational and Organizational Psychology and Behavior*, 22(2), 195-202
- 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.
- Gagnon (1974), « scripts and the coordination of sexual conduct”, in JK Cole et Deinstbier, eds, University of Nebraska Press
- 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
- Gherardi S., Rodeschini G. 2016, Caring as a collective knowledgeable doing: About concern and being concerned, *Management learning*, Vol. 47(3) 266–284 p 267
- Gioia, D. A., Manz, C. C. (1985), Linking cognition and behavior: A script processing interpretation of vicarious learning. *The Academy of Management Review*, 10(3), 527–539
- Gioia D.A. and Poole P , (1984) Scripts in organizational behaviour. *Academy of Management Review* 9(3): 449–459.
- Greenwood, Suddaby, Hinings, (2002), Theorizing change : the role of professional association in the transformation of institutionalized fields, *Academy of Management Journal*, 45, No. 1, 58-80.
- Grever (2014), Unraveling respect in organization studies, *Human Relations*, 67 (1), 27-51
- Joseph, J., & Wilson, A. J. (2018). The growth of the firm : An attention-based view. *Strategic Management Journal*, 39(6), 1779-1800.
- Journe B. (2002), Introduction: Situer la cognition et l'action Collectives, *Systèmes d'Information et Management*, 7/2
- Li, Q., Maggitti, P. G., Smith, K. G., Tesluk, P. E., & Katilar, R. (2013). Top management attention to innovation: the role of search selection and intensity in new product introductions. *Academy of Management Journal*, 56(3), 893– 916.
- Levy (2005). The influence of top management team attention patterns on global strategic posture of firms. *Journal of Organizational Behavior*.
- Liberati E., Gorli M., Moja L, Galuppo G., Ripamonti S, Scaratti G.(2015), Exploring the practice of patient centered care: The role of ethnography and reflexivity, *Social Science & Medicine*, 133:45-52.
- March, J. G., Simon, H. A., (1958), *Organizations*, New-York, Wiley
- March J. G., & Olsen, J. P. (1972). A garbage can model of organizational choice. *Administrative Science Quarterly*, 17(1): 1-25.

- Ocasio, W. (1997). Towards an attention-based view of the firm. *Strategic Management Journal*, 18:187-206.
- Ocasio W. (2011); “attention to attention”, *Organization Science*, 22 ( 5), 1286 – 1296
- Ocasio W. Laamanen W., Vaara E. (2018), Communication and attention dynamics: An attention based view of strategic change; *Strategic management journal*, 39, 155-16
- Ocasio, W. (2012), Situated Attention, Loose and Tight Coupling, and the Garbage Can Model, in Alessandro Lomi, J. Richard Harrison (ed.) *The Garbage Can Model of Organizational Choice: Looking Forward at Forty (Research in the Sociology of Organizations, Volume 36)* Emerald Group Publishing Limited, 293 - 317
- Ocasio W., Joseph, J. (2018). The Attention-Based View of Great Strategies. *Strategy Science*, 3(1), 289-294.
- Orvain, J. (2014). Le Qui-Vive organisationnel : une forme de structuration du lien attention-action. *M@n@gement*, 17(5), 346.
- Pascuci L, Meyer V., Nogueira E., L Forte, (2017), Humanization in a Hospital: A Change Process Integrating Individual, Organizational and Social Dimensions *Journal of Health Management*, 19(2) 1–20
- Pentland et Feldman (2003), Reconceptualizing organizational routines as source of flexibility and change, *Administrative Sciences Quaterly*, 48 (1), 94-118.
- Rogers, Ashforth (2017), Respect in Organizations: Feeling Valued as “We” and “Me”, *Journal of Management*, 43/5, 1578–1608
- Thornton, P. H., Ocasio W, Lounsbury M. (2012). The institutional Logics perspective, Oxford University Press.
- Schank RC, Abelson R (1977) *Scripts, Plans, Goals and Understanding: An Inquiry into Human Knowledge Structures*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Simon H. A. (1947) *Administrative Behavior : A Study of Decision Making Processes in Administrative Organization*, New York, *The Free Press*.
- Stevens R., Moray N., Brunee J. L, Clarysse B. , (2015), Attention allocation to multiple goals: The case of for-profit social enterprises *Strat. Mgmt. J.*, 36: 1006–1016.
- Vuori, T. O., & Huy, Q. N. (2016). Distributed Attention and Shared Emotions in the Innovation Process. *Administrative Science Quarterly*, 61(1), 9-51.
- Weick , K. E. (1996). Enactment and the Boundaryless Career: Organizing as We Work. In M. B. Arthur & D. M. Rousseau (éd.), *The Boundaryless Career: A New Employment Principle for a New Organizations Era* (p. 40-57). Oxford University Press.
- Weick, K.E. (2006). Faith, Evidence, and Action: Better Guesses in an Unknowable World. *Organization Studies*, 27(11), 1723-1736.
- Weick, K. E. (2009). *Making Sense of the Organization Volume 2 : The impermanent Organization* (Vol. 2). John Wiley & Sons.
- Weick KE et Roberts KG (1993), Collective Mind in Organizations: Heedful Interrelating on Flight Decks *Administrative Science Quarterly*, 38/3, 357-38
- 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), 73–8