



HAL
open science

S'affirmer sans s'imposer. Les régulatrices du bloc opératoire, aiguilleuses informationnelles et travailleuses émotionnelles

Nicolas El Haïk-Wagner

► **To cite this version:**

Nicolas El Haïk-Wagner. S'affirmer sans s'imposer. Les régulatrices du bloc opératoire, aiguilleuses informationnelles et travailleuses émotionnelles. *Revue française des affaires sociales*, 2024, N° 244 (4), pp.214-231. 10.3917/rfas.244.0214 . hal-04892426

HAL Id: hal-04892426

<https://cnam.hal.science/hal-04892426v1>

Submitted on 31 Jan 2025

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

**S'affirmer sans s'imposer. Les régulatrices du bloc opératoire,
aiguilleuses informationnelles et travailleuses émotionnelles**

Nicolas El Haïk-Wagner

RÉSUMÉ

Incarnation du mouvement de rationalisation et de gestionnarisation de l'hôpital public, la régulation au bloc opératoire vise à assurer l'efficacité du programme et à l'ajuster en fonction des imprévus. Des infirmières et aides-soignantes viennent parfois en soutien aux cadres sur ces missions. À l'appui d'observations ethnographiques et d'entretiens dans deux blocs opératoires pluridisciplinaires franciliens, cet article interroge la légitimation de ces professions dominées face à des régulations autonomes médico-chirurgicales fortes dans un contexte de difficultés systémiques. L'affirmation des régulatrices tient tout d'abord à la ressource informationnelle qu'elles incarnent, essentielle à l'hôpital-entreprise. Ensuite, leur mandat dédié, leur position spatiale d'hyper-proximité comme leurs savoirs expérientiels localisés aident au processus d'enrôlement des acteurs permettant les ajustements du programme. Leur travail émotionnel vient enfin prévenir les conflits serviciels avec les usagers et réguler les affects de cet espace fermé.

ABSTRACT

Asserting Oneself without Imposing. Operating Theatre Regulators, Informational Controllers and Emotional Workers

Regulation in the operating theatre represents the move towards rationalisation and management in public hospitals. It aims to ensure that the programme is efficient and to adjust it in light of unforeseen circumstances. Regulation is part of nurse managers' missions; yet nurses and care assistants sometimes support them. This article is based on ethnographic observations and interviews in two multidisciplinary operating theatres in the Paris region. It examines how these dominated professions negotiate their legitimacy in the face of strong autonomous medical and surgical regulations and in a context of systemic difficulties. The assertiveness of female regulators is due first and foremost to the information resource they embody, which is essential to the hospital enterprise. Secondly, their dedicated mandate, their spatial position of hyper-proximity and their localised experiential knowledge all help in the process of getting those involved on board, thereby enabling adjustments to be made to the programme. Their emotional work finally prevents service conflicts with users and regulates the affects of this closed space.

Introduction

La régulation opératoire vise à assurer l'efficacité du programme du bloc et à ajuster son déroulement en fonction des imprévus (contre-indication de dernière minute, non-respect du jeûne par le patient, aléas ayant entraîné des retards, etc.) et de divers impératifs (disponibilité médico-chirurgicale et paramédicale et respect de leur temps de travail, disponibilité de la salle et du matériel, etc.). Elle vise à optimiser le fonctionnement du bloc, réduire les délais d'attente, favoriser la fluidité du parcours patient, assurer la qualité et la sécurité des soins et rationaliser les coûts.

Ces problématiques illustrent les étroites interdépendances de l'ordre négocié hospitalier avec les services de provenance des malades comme avec les services supports, aux logiques, régimes d'action et horaires pas toujours concordants. « C'est comme à Roissy aux heures de pointe, il y en a 7 qui attendent pour décoller ! » s'amusa un jour Marc, infirmier de régulation : si la régulation évoque les aiguilleurs du ciel, c'est aussi et surtout une situation montrant les limites d'un comparatif pourtant adulé avec un modèle ayant érigé la gestion des flux et des risques à un niveau de technicité incomparable (Dubey, 2024).

La régulation participe d'une rationalisation de l'activité opératoire motivée par des impératifs gestionnaires. Elle transforme aussi les territoires socioprofessionnels : les rapports de service des personnels paramédicaux, évoluant d'un rapport interindividuel (à un chirurgien) à un rapport collectif (au service de l'organisation), et la place des chirurgiens au bloc (si l'activité dépend d'eux et s'ils ont le sentiment de s'y sentir chez eux, ils n'en sont que des prestataires) (Bercot, 2009). La régulation est généralement assurée par les cadres infirmières de bloc opératoire diplômées d'État (Ibode), en lien avec des référents médico-chirurgicaux. Certains blocs pluridisciplinaires, disposant d'une forte activité, créent un bureau avec une ou plusieurs régulatrices dédiées et/ou aides-soignantes (AS) pour les épauler.

La sociologie a analysé ces processus de délégation à l'aune de la division morale du travail, soit le degré de prestige social et symbolique qui concourt à la distribution différenciée des tâches aux groupes les plus subordonnés (Hughes, 1997). Face à des tâches indignes, les AS oscillent entre retournement du stigmate et tentatives d'échappement au « sale boulot » (Arborio, 1995). Des arrangements locaux, tirant parti de la configuration organisationnelle et de l'idéologie professionnelle, favorisent parfois le partage du sale boulot (Salgado Hansen, 2023).

Face au sale boulot, certaines AS recherchent soit des tâches plus qualifiées, dans des formes de « carrières immobiles », soit des postes différents, suivant ainsi une « carrière horizontale » (Arborio, 1995). Le cas des régulatrices s'inscrit aux croisées des deux configurations. Devenir régulatrice, après une expérience d'AS ou d'infirmière en soins généraux (IDE), constitue une promotion qui éloigne des contraintes matérielles et horaires du soin, et tient parfois au fait d'avoir été « repérée » par des cadres (Divay, 2018)¹. Cette carrière horizontale n'en résout pas moins la question de l'illégitimité institutionnelle, soit le manque

1. Ce poste permet aussi à des personnes ne pouvant plus exercer dans les soins (incapacité, handicap, etc.) de garder une activité.

de reconnaissance professionnelle de la part d'autres acteurs. Alors que les cadres infirmières, confrontées à des « compromis obligés » avec les chirurgiens et à la nécessité de faire respecter des règles collectives tout en faisant preuve d'une continuelle adaptabilité, font face à une difficile légitimation (Bercot, 2009), nous nous interrogerons sur la construction de la légitimité de ces actrices dominées, dans un contexte de fortes régulations autonomes et de pénurie de ressources. Cette affirmation paraît à première vue complexe. Les régulatrices disposent rarement d'une formation ou d'un diplôme susceptibles de les outiller sur la gestion administrative et médico-économique des plateaux techniques. Les conditions de travail (35 heures hebdomadaires, 7 heures par jour) ne sont pas toujours attractives au regard des conditions de leurs expériences soignantes passées. Ainsi, devenir régulatrice conduit parfois à une baisse de rémunération liée au fait de ne plus réaliser d'astreintes ou de gardes, et à effectuer en permanence des semaines pleines, *a contrario* des récupérations ouvertes par l'exercice fréquent en 10 heures. Le métier est en outre perçu de façon péjorative, comme manquant de technicité, privé du prestige tiré du soin aux malades, et se trouve sous la supervision étroite des cadres, avec une autonomie moindre que dans l'exercice en salle d'intervention. Au regard de cette domination institutionnelle, de ces contraintes matérielles et symboliques et de cette faible autonomie, comment les professionnelles qui l'exercent négocient-elles une reconnaissance professionnelle dans l'activité ?

Cadre théorique

De la division du travail à l'articulation opérationnelle

La division du travail implique une division des acteurs comme des actions. Loin d'être automatiquement coordonnée, elle demande un constant travail d'articulation et ce, alors que toute organisation constitue une « arène » avec des « scripts organisationnels joués de manière flexible, sans règles fermes » (Strauss, 1992, p. 249). Ce travail, qui vise à ce que les contributions de l'ensemble des acteurs soient « plus que l'assemblage chaotique de fragments épars de travail » (Strauss, 1992, p. 191), présente trois dimensions : le maillage de l'ensemble des tâches constituant l'arc de travail, celui des activités et efforts fournis par les différentes unités de travail, et enfin celui de ses différents acteurs avec leurs tâches respectives. Ce travail d'articulation constitue un présupposé implicite à l'activité de chacun des acteurs ; en ce sens, il s'apparente à une « méta-activité », souvent confiée à un acteur dédié, au vu de la taille et de la complexité des organisations. Alors que son caractère lâche et souple rend ce travail peu visible, la sociologie straussienne nous invite à le considérer comme un objet à part entière, prenant comme cas d'étude la gestion de la trajectoire d'un patient du pré- au post-opératoire (1988).

Approfondissant cette perspective, Michèle Grosjean et Michèle Lacoste (2015) distinguent trois formes d'articulation : l'articulation de trajectoire (articuler les actions

des différents professionnels contribuant aux soins du patient), opérationnelle (articuler de façon pratique et temporelle les acteurs entre eux au sein du service) et structurante (articuler les services entre eux, au sein de l'hôpital comme entre hôpitaux, en amont de leur coopération). C'est ici surtout la seconde forme, dont relève le mandat des régulatrices, qui nous intéressera, bien que les recoupements avec l'articulation de trajectoire et l'articulation structurante, dans leurs dimensions locales, soient inévitables. Ce travail ne se résume pas à des situations de coprésence interactionnelle, mais implique des médiations organisationnelles et technologiques.

Pour les théories de l'action située et la sociologie des sciences, l'action doit en effet être réinscrite dans des réseaux constitués d'éléments hétérogènes, humains comme non humains, dispositifs et arguments, qu'un processus de traduction peut aider à rassembler. La sociologie de la traduction nous invite ainsi à appréhender la façon dont des acteurs basculent d'une position isolée à une posture de coopération, autour d'une vision commune du problème à traiter (Callon, 1986) : c'est le rôle des régulatrices que de « traduire » des logiques d'action différentes, héritages de cultures professionnelles et de personnalités variées, pour faire en sorte que l'ensemble des patients soient opérés. Des artefacts informationnels (le logiciel de soins) viennent aider à la mémoire, au raisonnement et à la planification, tout en étant sources de contraintes et de sollicitations nouvelles (Norman, 1993).

Le travail émotionnel, impensé de l'articulation ?

Le travail émotionnel participe également à cela, bien qu'il soit rarement conceptualisé comme tel, pour des raisons qui tiennent sûrement à son invisibilité et sa faible valorisation symbolique. Notre approche ethnographique et le récent tournant affectif des sciences sociales nous invitent toutefois à le réhabiliter et à l'envisager tant comme une prescription organisationnelle qu'un ressort d'affirmation pour des professions illégitimes. En inscrivant les émotions comme travail productif, aux côtés du travail technique et relationnel, cette notion s'inscrit à l'encontre de leur naturalisation genrée et renie leur supposé caractère spontané, subjectif et privé, qui les placerait hors de toute forme de régulation, pour les envisager comme une production localisée (Hochschild, 2017). Elle porte notre attention sur les injonctions croissantes, dans la relation de service, à l'adaptation et à la maîtrise émotionnelle de soi (Jeantet, 2018), alors que la gestion des émotions constitue l'une des tâches les plus ardues du métier d'infirmier (Molinier, 2000).

Retenant l'appel d'Anselm Strauss à s'intéresser moins à la distribution *stricto sensu* du travail selon des lignes de pouvoir qu'à la dimension dynamique, processuelle et matérielle de celle-ci, nous nous attacherons ici, par une approche monographique, à documenter le travail d'articulation au cœur du mandat des régulatrices, en interrogeant les ressources dont elles disposent pour s'établir au regard de leur position dominée. Nous montrerons tout d'abord que, dans un contexte d'asymétrie informationnelle, elles constituent un précieux aiguilleur, tant pour les professionnels que pour les gestionnaires. Ensuite, tout au long du processus d'enrôlement qu'implique la régulation, leur hyper-proximité, leur

disponibilité et leurs savoirs situés participent à contourner les stratégies d'acteurs. Enfin, la prégnance de leur travail émotionnel, vis-à-vis des usagers et des professionnels, participe à soutenir leur coopération dans la durée, mais aussi à faire de leur bureau un des rares espaces interstitiels régulant les affects d'un environnement en surchauffe.

MÉTHODOLOGIE

[ENCADRÉ 1]

Cet article s'inscrit dans une recherche doctorale explorant les recompositions de l'activité opératoire dans la chirurgie dite lourde. Nous mobilisons deux terrains. Le premier est un grand bloc polyvalent de chirurgie pédiatrique (14 salles) d'un CHU parisien. Une première série d'observations a été conduite entre janvier et mars 2022 (120 heures, en moyenne un jour par semaine) dans les salles de chirurgie viscérale et à l'espace d'accueil des familles. Une nouvelle séquence a été entreprise entre novembre 2022 et juillet 2023 (50 heures). Nous avons assisté à 15 cellules hebdomadaires de régulation et réalisé des observations auprès des régulatrices ; 5 entretiens semi-directifs ont été conduits auprès de 3 cadres de santé Ibode (infirmier de bloc opératoire diplômé d'État), 1 cadre supérieur et la responsable du pilotage des blocs. Ils ont porté sur leurs vécus et pratiques en matière de programmation et régulation, leur rapport aux acteurs, et ont permis de revenir sur des situations observées. Ce terrain a été rendu possible par notre présence de longue durée dans le CHU, après accord de plusieurs chefs de service. Le second terrain est un bloc polyvalent d'un CH francilien (5 salles) ; 4 journées d'observation ont été entreprises entre avril et juin 2023. Elles visaient initialement à suivre le déploiement d'une technologie de captation vidéo des interventions, finalement retardé ; en conséquence, nous avons suivi le régulateur et réalisé des entretiens informels avec les 2 cadres Ibode et l'infirmière anesthésiste (Iade) du bloc¹. Le comparatif montre la forte influence du contexte local. La grande taille du bloc pédiatrique, la diversité des spécialités y exerçant, la lourdeur et longue durée des interventions, la présence d'une salle d'urgences, le pool de brancardiers mutualisé avec le reste de l'hôpital, la singularité de la pédiatrie et le prestige du CHU majorent les tensions. La situation apparaît plus contrastée au bloc adulte, lui aussi pluridisciplinaire, mais plus petit, avec un volume d'activité moindre, des interventions moins longues, une activité ambulatoire plus significative, un pool de brancardiers dédié et une seule cadre Ibode. La division du travail y est différente : au bloc pédiatrique, cohabitent 2 assistantes de régulation (AR), auxiliaires de puériculture de formation, parfois remplacées par une aide-soignante (AS), chargées de la descente et de l'accueil des patients (bureau d'accueil), et une infirmière (IDE) de régulation, responsable du suivi du programme (bureau de régulation). Il n'existe au bloc adulte qu'un seul régulateur, AS de formation, chargé de la descente et de l'accueil des patients, et d'épauler les cadres pour la régulation. Nous envisageons leurs missions dans un continuum et précisons quand la tâche est assurée par une AR ou une IDE ; si les missions ne sont pas spécifiques à une catégorie, le terme de régulatrice est utilisé.

1. Revêtu du pyjama de bloc, nous étions légèrement en retrait et donc pas toujours visible, et sollicitons les cadres pour des debriefs *a posteriori* des situations. Cette posture est détaillée ailleurs (El Haïk-Wagner, 2023a).

Au sein de l'hôpital-entreprise, une aiguilleuse informationnelle crédible

Une source crédible et factuelle d'informations

Les régulatrices constituent la mémoire vive et immédiate du bloc : alors que les canaux d'information s'avèrent mouvants, le bureau d'accueil, porte d'entrée spatiale du bloc, et le bureau de régulation, porte d'entrée informationnelle, disposent d'un pouvoir d'aiguilleur (Crozier et Friedberg, 1977). La position nodale des régulatrices dans les trajectoires et canaux d'informations, autant que la véracité et l'actualité supposées des informations qu'elles procurent y participent. Les régulatrices réceptionnent et gèrent les informations relatives à l'état d'avancée des différentes salles, l'état de préparation des patients dans les services d'hospitalisation et leur heure d'arrivée au bloc. Alors que l'activité quotidienne donne aux professionnels le sentiment de jouer au chat et à la souris entre eux – le chirurgien parti uriner entre deux interventions ou le patient censé être descendu depuis 15 minutes –, c'est aux régulatrices qu'incombe la pêche aux informations :

« Bloc adulte. 2 Ibode préviennent Baptiste, le régulateur, que l'installation dans la salle est terminée et qu'elles attendent toujours le chirurgien ("Il est prévenu, il sait que son patient est là et qu'on attend plus que lui"), qui ne répond pas. Il essaie lui aussi sans succès, puis les rassure : "Oh, il va bien donner des nouvelles... Il m'a déjà appelé ce matin". Après quelques minutes, Baptiste fait un nouveau point avec elles, puis met sur une surblouse pour aller voir si le praticien est dans son bureau » (notes d'observation, mai 2023).

Dans ce système de cognition distribuée, la position privilégiée des régulatrices tient non seulement à leur détention de l'information, mais à la crédibilité qui y est associée et à son caractère factuel, ainsi qu'à la connaissance locale et écologique qu'elles en ont. Cela est lié aux procédures de vérification – appel aux cadres en cas d'arrivée d'un visiteur imprévu ou au service d'hospitalisation si une signature manque au dossier – et à la traçabilité qu'elles appliquent. Cela apparaît d'autant plus précieux que le bloc, comme toute institution fermée marquée par une forte oréalisation des communications, n'échappe pas aux rumeurs. Ce pouvoir de l'aiguilleuse tient aussi à leur maîtrise de certains systèmes d'information, en premier lieu de l'ensemble des numéros de téléphone, souvent connus par cœur à la faveur de l'expérience; elles consacrent un temps important à les donner aux uns et aux autres.

Cette crédibilité tient également aux stratégies que les régulatrices développent face à la multi-activité, c'est-à-dire à une pluralité de sollicitations « concurrentes et simultanées », et donc « à la nécessité d'articuler en situation des engagements hétérogènes » (Bidet, 2011, p. 10). Ces sollicitations sont incarnées par les appels sur leur DETC (téléphone sans fil) – en moyenne, une cinquantaine par jour – et les interpellations simultanées des acteurs passant par le bureau, dans un environnement sonore marqué par des va-et-vient fréquents. Elles proviennent aussi d'un glissement de tâches institué, légitimé par une rhétorique altruiste, comme ici :

« Bloc pédiatrique. Un service appelle pour demander si le bloc a en stock un “pansement Algosténil®” (une compresse hémostatique et cicatrisante), car ils sont en rupture. Julie, AR, dit qu’elle vérifie et les rappelle. Elle contacte une Iade, qui lui indique que le bloc en a et lui en amène un. Elle rappelle le service et laisse la compresse visible sur le bureau, une stagiaire passe la récupérer. Quelques minutes plus tard, une IDE d’un service passe au bureau, Julie lui demande si elle n’a pas vu la maman de Guo. Elle doit lui rendre les lunettes de son fils, qu’elle a oublié de récupérer lors de son départ pour le bloc. L’IDE se propose de les prendre, ce qui soulage l’AR » (notes d’observation, juin 2023).

Cette multi-activité se trouve glorieuse, vectrice de lignes d’engagement actif, autant qu’éreintante et aliénante (Foli et Gaglio, 2017). Notre carnet de notes regorge de remarques relevant l’impossible régulation cognitive face à une « vague continue qui vient tout envahir » : « Tout arrive toujours d’un coup », « Notre métier, c’est avoir 50 000 sollicitations d’un coup ». Pour éviter une surcharge cognitive et garantir le caractère factuel et crédible des informations, chaque régulatrice a sa propre stratégie : traiter immédiatement les tâches puis les consigner dans une *to-do list*, ou vice-versa, etc.

Les petites mains de l’hôpital-entreprise

La légitimité des régulatrices vient aussi de leur contribution à la logique gestionnaire, *via* l’enregistrement et la conservation *a posteriori* des données relatives à la régulation et au codage des interventions. Elles constituent des ressources informatives pour les gestionnaires ; au bloc pédiatrique, Sarah, responsable de la programmation, les appelle quasi quotidiennement pour compiler des statistiques – démarrages tardifs de salle, annulations de patients, etc. – et leur demande de consigner les temps de descente de chaque patient :

« C’est vraiment un poste clé, ça me permet tous les jours de les appeler et d’avoir un compte rendu de la veille. [...]. Je vais leur dire “Dis-donc, t’as une heure de trou dans ta salle, qu’est-ce qui s’est passé ?”, pour le noter dans mon résumé hebdomadaire ».

Pour remplir avec rigueur cette mission, les régulatrices consignent l’information dans des aide-mémoire, qui sont non seulement des écrits de synchronisation des vigilances (Mayère *et al.*, 2012), mais aussi des supports clés de l’hôpital-entreprise. « Je note tout, comme ça au moins je me souviens... Ce soir, si on me demande à 20 heures, j’en ai aucune idée » explique Valérie, devenue AR après une première carrière dans le graphisme.

Au bloc pédiatrique, les AR sont également responsables du codage des interventions. Elles réceptionnent les feuilles d’écologie remplies par les Ibode, retraçant les étapes et les consommables utilisés à des fins de traçabilité, matériovigilance et codage médico-économique, vérifient si les chirurgiens ont codé l’intervention, les relancent le cas échéant, imputent les références des dispositifs

médicaux implantables utilisés, afin que l'hôpital puisse en demander le paiement, en sus des groupes homogènes de séjour. Ce travail minutieux, qui compte pour près d'un quart de leur activité, est réalisé lors des périodes moins denses de la journée et s'avère essentiel à la gouvernamentalité gestionnaire de l'hôpital (Juven, 2016), comme l'explique Sarah :

« Elles courent après les chirurgiens. Quasiment toutes nos interventions sont codées [...] Quand l'intervention est faite, l'argent rentre dans les caisses très rapidement. C'est un énorme travail, c'est pour ça qu'elles sont deux à la régulation, parce qu'il y en a une qui est vraiment décrochée toute la journée sur les DMI [dispositifs médicaux implantables], ça leur permet de tout coder, tout le matériel, elles le rentrent à la main, DMI par DMI, donc c'est vraiment très précis, et de ce côté-là, on n'a pas de fuite d'argent ».

Derrière ce codage, c'est bien à la transformation des patients en GHM (groupes homogènes de malades) et à l'enrôlement des médecins dans cette dynamique que les AR participent, afin d'assurer la rentabilité hospitalière.

Face aux régulations autonomes, un mandat pour articuler et enrôler les acteurs

Face aux stratégies d'acteurs, une position d'hyperproximité

La fonction de régulation implique un rôle de marginal-sécant au sein de l'organisation (Crozier et Friedberg, 1977), soit d'interaction avec des acteurs inscrits dans différents systèmes d'action et de gestion des relations avec l'environnement extérieur. Les régulatrices ne disposent toutefois d'aucun rapport d'autorité ni hiérarchique vis-à-vis de ces acteurs et se déportent sur toute problématique managériale. Au bloc pédiatrique, les remontrances régulières des AR à l'égard des brancardiers sont symptomatiques. Le pool de brancardiers, mutualisé pour tout l'hôpital, est en nombre limité. Lorsqu'ils ne répondent pas ou indiquent être indisponibles, les AR n'ont pas d'autre marge de manœuvre que de joindre leur hiérarchie. L'absence de connaissances interpersonnelles amplifie parfois la problématique, source de frustrations :

« Julie, une AR, a des difficultés à joindre un brancardier. Après un appel, elle explique à sa collègue, exaspérée : "Les brancardiers, c'est des super roublards fonctionnaires. Le gars te dit qu'il est à la médecine du travail, un vendredi à 15 h 40, c'est gros quand même... Le gars, il te fait sentir que tu le fais chier, alors que tu lui demandes juste de faire son boulot..." » Après avoir fait part de la difficulté à la régulation du brancardage, afin que soit trouvée une solution, elle fait à nouveau part de sa colère : "Le gars, t'as l'impression que tu leur demandes la lune, alors que tu leur demandes juste de faire son taff..." » (notes d'observation, mars 2022).

La position spatiale du bureau des AR aide néanmoins à contourner ces stratégies d'acteurs, en les positionnant comme des interlocutrices d'hyper-proximité. Au bloc pédiatrique, les AR se trouvent dans le salon d'accueil des familles, à l'intersection entre le dehors – le reste de l'hôpital, où tout un chacun peut circuler librement et sans tenue – et le dedans du bloc. Cette position nodale fait d'elles les interlocutrices obligées pour les entrants – usagers, professionnels (brancardiers, services d'hospitalisation, stagiaires le jour de leur arrivée, etc.), visiteurs extérieurs, etc. Le bureau d'Aude, infirmière régulatrice, se trouve à quelques mètres, au sein des bureaux des cadres, ce qui fait aussi d'elle une interlocutrice privilégiée pour les professionnels du bloc. Au bloc adulte, le bureau du régulateur se trouve à l'entrecroisement des trois couloirs traversant le bloc, et constitue un point de passage obligé entre les vestiaires, le sas d'arrivée du brancardage, le salon d'accueil, la salle de réveil et les salles d'intervention, d'autant qu'il est accolé à l'écran affichant la programmation. Baptiste privilégie une position mouvante : rarement fixé à son bureau, il navigue dans les couloirs, se rend en salle ou chez les brancardiers, et passe un temps important devant cet écran, où les équipes convergent. Il connaît ainsi personnellement chacun *via* ces temps de pause, rendant ensuite plus aisée la coopération.

Un appui à l'enrôlement des acteurs face aux modifications de programme

Le travail de régulation implique d'optimiser la gestion du flux des patients, en tenant compte des aléas et en adaptant, en temps réel, les moyens humains et matériels. Des points sont réalisés le matin – en fonction des absences potentielles et pour démarrer la salle d'urgence –, avant le déjeuner, pour permettre aux équipes paramédicales de bénéficier d'une pause à des horaires opportuns, et en milieu d'après-midi, pour évaluer les risques de débordements². Il faut alors « intéresser » les acteurs aux risques de débordements et les sensibiliser à leurs implications, puis les enrôler, c'est-à-dire accorder les positions chirurgicales et anesthésiques, et décider en conséquence d'un réagencement de la salle, parfois d'une annulation (Callon, 1986). Si ces missions constituent une prérogative des cadres, elles ont, dans les deux blocs, demandé la création d'un poste dédié (IDE au bloc pédiatrique, AS au bloc adulte) pour les soulager :

« Quand on n'a pas de régulateur, [...] on ne fait que ça toute la journée, mais il faut quand même gérer le reste, on est sollicité par les équipes pour tout un tas d'autres problèmes : fonctionnement de matériel, commande, renouvellement de matériel, pour les arrêts, pour de la RH. On ne peut pas toujours laisser de côté, en disant "J'verrai ça demain", parce que des fois ça urge, donc faut s'en occuper, tout en étant de régulation. On court partout, c'est une journée assez éprouvante, donc l'apport est énorme parce que le régulateur va débrouiller

2. Les interventions se poursuivant après 18 heures, heure de fin des Ibode et Iade.

un maximum de choses, en plus il est reconnu par l'équipe. [...] Il suffit qu'ils appellent, on reconnaît leur voix ou ils disent leur prénom, et y'a pas de discussion. C'est eux qui gèrent, et dès qu'il y a une difficulté, ça bascule chez nous, ça filtre pas mal » (Marie-France, cadre de neurochirurgie, bloc pédiatrique).

L'apport et la légitimité de cet intermédiaire vis-à-vis des cadres et des professionnels tiennent tout d'abord à sa disponibilité. Alors que la régulation est souvent l'apanage de professionnels débordés – cadres ou anesthésistes dans les grands blocs, secrétaires dans les plus petits –, disposer d'un interlocuteur unique, gage de continuité de l'activité sur toute la journée, est valorisé. Comme le résume Mireille, Ibode, 62 ans, exerçant au bloc adulte : « Quand tu veux bien réguler, il faut faire que ça ». Elle compare cette disposition avec la situation antérieure, où l'Ibode de garde était partiellement détachée de ses fonctions pour assurer la régulation, mais « devait aller sur-le-champ gérer le matos, faire des gardes », autant de tâches parasitant sa mission.

Les savoirs expérimentiels, très localisés – les personnalités et réputations des chirurgiens, les degrés de connivence entre Ibode, etc. –, des régulatrices les légitiment aussi. Ils sont liés à leur profession d'origine et à leur antériorité dans l'organisation (sept ans pour Aude, huit ans pour les deux AR ; cinq ans pour Baptiste). Comme le relèvent de nombreuses Ibode, peu importe la personne et son statut, c'est avant tout sa connaissance dudit bloc, le fait que la régulatrice ait une connaissance des compétences de chacun et des processus organisationnels qui prime. Ces savoirs localisés aident à appréhender avec plus de sérénité l'incertitude quasi-permanente de l'activité, où le non-respect du jeûne comme la survenue d'une semi-urgence conduisent à tout moment à réordonnancer le programme. Ils participent d'une posture privilégiant l'écoute et l'autonomie des acteurs en salle, tout en prenant les informations transmises avec une distance critique, afin de naviguer entre les stratégies d'acteurs – par exemple, quand les chirurgiens indiquent le temps restant en salle en ne considérant que leur geste, et non les temps anesthésiques puis de bionettoyage incompressibles.

Au bloc pédiatrique, depuis l'introduction d'un poste d'IDE de régulation, les AR sont uniquement chargées de l'exécution : modification du programme sur le logiciel de soins sur demande des cadres, appels aux services et brancardiers pour la descente des patients, etc. Si elles ont aussi un rôle d'alerte et consacrent un temps significatif à réexpliquer aux équipes les changements opérés, elles arbitrent parfois elles-mêmes des situations :

« Le bureau des AR est appelé par la salle 15, où la vélopharyngolastie a déjà commencé à déborder. La dernière intervention de la journée (amygalectomie) risque de ne pas passer ; comme il s'agit d'un "petit geste", il est *a priori* "facilement recasable ailleurs" et susceptible d'être réalisé par un autre opérateur que celui prévu, s'il n'était pas disponible au nouvel horaire. 3 possibilités de réajustement du programme sont listées. Valérie appelle le service pour vérifier les horaires de jeûne du dernier patient, qui conditionnent l'heure de son possible passage au bloc ("Avant 12 heures c'est mort"). Une option est alors exclue, elle indique à l'Ibode qu'il y a 2 possibilités, dit qu'elle arbitrera plus tard en fonc-

tion de l'avancée de chaque salle. Je m'étonne qu'elle n'ait pas consulté l'IDE, elle explique : "Des fois, quand on voit que les collègues sont occupées à autre chose, au matériel, à gérer les AS, on le fait. Quand ça s'organise bien, quand tout le monde est au taquet, ça permet de gagner du temps. En plus, l'ORL, généralement, on trouve toujours quelque chose" » (notes d'observation, juin 2023).

On est ici face à un glissement de tâches choisi, jugé dangereux par l'encadrement, possible source de sanction, car les AR ne disposent pas des compétences requises. Il relève d'une lutte juridictionnelle locale : si elles étaient jusque-là en contact direct avec les cadres, une position jugée valorisante, l'arrivée d'une infirmière régulatrice a amoindri leurs marges de manœuvre.

Un travail émotionnel pour contenir les affects du bloc opératoire

Entre maîtrise de soi et prévention des « conflits serviciels »

« Tu écoutes la souffrance des gens, sans avoir l'antalgique » regrette Marc. Cet antalgique ne se nicherait-il pas dans la personnalité des régulatrices et leur capital sympathie ? C'est l'hypothèse que l'on émettra ici, au vu de la prégnance de leur travail émotionnel, qu'il s'agisse de conserver une posture de contrôle de soi ou de prévenir tout conflit avec les usagers. Le travail d'articulation amène à être avant tout en relation avec d'autres professionnels. Dans cette relation de service, l'usager est donc un collègue (plutôt qu'un patient), face auquel il importe de « garder la face » (Goffman, 1974), mais surtout avec lequel il faut maintenir une relation cordiale pour préserver sa coopération ultérieure. Le travail émotionnel des régulatrices constitue ainsi avant tout un travail de rationalisation et de maîtrise de soi face aux réactions parfois vives des collègues. « On génère des émotions, un brin d'énervement, et vite des tensions, donc nous on essaye de temporiser, atténuer, expliquer... » explique Baptiste. C'est le cas lors des réprimandes des Ibode face à des débordements non anticipés, conduisant à une pause déjeuner tardive, ou quand les fins de journée sont sources d'heures supplémentaires non désirées.

Ce travail émotionnel est développé dans la formation des cadres : les supports³ évoquent de nécessaires savoir-être, parmi lesquels la « maîtrise de soi » ou la « négociation ». Faisant l'apologie d'une communication « claire, adaptée, exhaustive, factuelle et neutre », ils invitent, en cas de conflit, à un « positionnement neutre et factuel en tant que coordinateur paramédical », marqué par la « prise de recul (ça n'a rien de personnel) » et la volonté de « désamorcer [par une] attitude maîtrisée, calme, rassurante ». Ces attendus sont moins formalisés pour les régulatrices, qui ne disposent pas de formation dédiée et négocient rarement directement, seul à seul, avec un médecin ou un chirurgien. Ils n'en sont pas moins

3. Supports transmis par une cadre Ibode du bloc pédiatrique.

conscientisés, considérés comme inscrits dans l'ethos du métier, et comme une condition de l'activité. À ces règles de sentiments, il faut ajouter la diplomatie, la capacité d'explication et la conciliation. « Il faut être diplomate » revient comme l'un des traits caractéristiques du métier, avec les notions de patience et de retenue, mais aussi la nécessité de rester malgré tout ferme sur certains principes. Aude dit « être un peu Chiva » et insiste sur la nécessaire « zénitude ». Faisant la comparaison avec son expérience passée en salle d'intervention, elle explique : « En salle, tu gères l'ego du chirurgien et de l'anesthésiste, là, il faut gérer l'humain, tout en n'étant pas cadre » : sans disposer des prérogatives ni de la légitimité de ce statut, il s'agit de rester dans une posture d'écoute active et de négocier avec une pluralité d'acteurs (dont des collègues passés), sur des sujets propices aux conflits (débordements horaires, etc.), sans céder ni s'imposer, ce qu'Anne juge plus complexe que les relations dissymétriques mais moins protéiformes de la salle d'intervention. Cette lourdeur émotionnelle participe au turn-over fréquent sur ce poste.

Pour les AR, ce travail émotionnel se déploie essentiellement vis-à-vis des usagers et vise à éviter les « conflits serviciels », c'est-à-dire des situations où les « stratégies d'asservissement » et tentatives de domination des familles se font jour dans la relation de service (Jeantet, 2018)⁴. Si, au bloc, la « direction de trajectoire » parentale reste plus limitée que dans les services pédiatriques (Bonnet, 2015), les parents n'étant pas présents pendant l'intervention, l'arrivée du patient, dans un contexte d'anxiété préopératoire, n'en reste pas moins ponctuée d'ambivalences. Les AR font alors office de premières interlocutrices désignées, avant que les infirmières n'arrivent pour réaliser l'entretien d'accueil, et ont également pour mandat de faire appliquer le cadre totalisant du bloc et ses rituels d'entrée mortificateurs (El Haik-Wagner, 2023b). Deux situations l'illustrent : les délais d'attente, sources d'énervement qu'elles jugulent par un travail émotionnel dissimulateur – une neutralité feinte en situation de tension –, et le respect des consignes d'asepsie en vigueur, vis-à-vis desquelles elles s'emploient à un travail intégrateur – privilégier l'amabilité et la gentillesse (Soares, 2002).

Si les AR font appeler les patients peu de temps avant leur passage au bloc, des aléas, urgences et retards chirurgicaux conduisent parfois à étirer les délais d'attente. Elles s'emploient alors à rassurer les parents, expliquer le principe des ordres de passage, et répondre avec calme et empathie en cas de conflit :

« Une mère vient voir une AR au bureau. Elle attend depuis longtemps, le chirurgien lui a annoncé qu'il y aurait un changement d'opérateur, et que ce dernier viendrait les voir. Son enfant est parti au bloc et elle craint que l'intervention ait déjà débuté. Valérie lui demande le prénom de l'enfant, et appelle l'Ibode, qui confirme le passage prochain du chirurgien. La mère demande si elle peut faire rentrer son mari, ce à quoi l'AR s'oppose (le protocole implique la présence d'un seul parent). La mère est excédée et dit ne pas comprendre pourquoi "le père de son enfant" ne peut pas voir le praticien. L'AR garde son calme et finit par accéder à la demande » (notes d'observation, mai 2023).

4. La présence de bénévoles au bloc pédiatrique délègue le travail d'accueil et de soutien des parents, et participe à atténuer ce travail émotionnel.

Face à ces consignes héritées de la lutte contre l'épidémie de coronavirus, les AR, conscientes du désagrément et de l'incompréhension qu'elles suscitent, s'emploient à les faire respecter en favorisant des émotions positives et un ton occultant leur caractère coercitif :

« À chaque nouvelle arrivée de patient, l'AR vient dire bonjour au parent et à l'enfant, et en profite pour récupérer une étiquette avec un code-barres à des fins de traçabilité. La plupart des parents arrivant non masqués, elle se présente avec un masque, et le distribue assorti d'un petit mot, pour que la consigne passe de façon fluide. "Un petit cadeau *made in bloc* !" dit-elle à un père venant d'arriver, qui l'enfile en s'excusant. "Je vous donne un petit masque" indique-t-elle à une mère, qui lui demande si c'est "vraiment nécessaire". Elle répond par l'affirmative, mentionne la présence d'enfants vulnérables » (notes d'observation, mai 2023).

Un espace interstitiel de régulation émotionnelle pour les professionnels

Plus largement, les régulatrices effectuent un travail de « régulation émotionnelle » (Grosjean, 2001) vis-à-vis des professionnels qui viennent parfois narrer les problématiques (personnelles ou professionnelles) qui les préoccupent. Alors que le travail émotionnel infirmier « consiste précisément à en faire disparaître la trace » (Drulhe, 2000, p. 27), il s'agit d'écouter et d'aider à comprendre les traces parfois laissées par un patient ou une interaction. Nous l'avons observé de façon récurrente entre un bénévole et une régulatrice, qui entretenaient des échanges amicaux, et pour qui Valérie faisait office de confidente, comme ici :

« Un bénévole vient voir Valérie parce qu'une fille de 12 ans se trouve seule, les brancardiers étant repartis. Elle semble apeurée, gémit parfois, il s'étonne de l'absence d'un parent. Valérie appelle le service et explique la situation, indiquant que cela ne peut rester comme tel, au vu de l'état émotionnel de la patiente et des obligations d'identito-vigilance. "J'ai une équipe qui va venir, il faut quelqu'un pour répondre aux questions, pour la préparation, est-ce qu'elle est à jeun... En plus de ça, elle est effrayée, il faut quelqu'un pour venir l'accompagner" indique-t-elle. Elle indique à son interlocuteur comment se rendre au bloc, et dit au bénévole que la maman devrait arriver : "On ne sait pas quand, donc un interne va descendre". Le bénévole amène un bâton de pluie pour jouer avec l'enfant, qui semble rassurée et plus calme. La régulatrice jette des coups d'œil réguliers, entre ses coups de téléphone, pour observer la scène. Alors que l'interne n'est toujours pas arrivé, le bénévole exprime son désarroi face aux pleurs continus. "Si elle n'a pas envie que tu sois là, tu peux aussi juste la laisser, et la surveiller d'un peu plus loin" lui conseille-t-elle. Elle part essayer de rassurer la fille » (notes d'observation, mai 2023).

Dans un espace de surmenage et de surcharge émotionnelle, les bureaux d'accueil et de régulation constituent ainsi des espaces interstitiels privilégiés, une machine à café qui ne dit pas son nom. « C'est un peu comme une salle d'attente...

On est très souvent là, on vient entre deux interventions, dès qu'on a une question sur le nom d'un patient, son âge, ce qu'on va faire après, on vient ici, et parfois toute l'équipe vient une fois que la salle est prête » relève une Ibode, ajoutant qu'il s'agit d'un des rares endroits où il est possible de croiser les collègues, alors que le cloisonnement par spécialités et les durées d'intervention différentes dans chaque salle rendent peu fréquentes les interactions au cours de la journée. Comme dans tout espace interstitiel, s'y trouve évoqué de façon banale le « travail-non travail » (Fustier, 2012), soit autant des sujets d'ordre privé que le vécu de situations professionnelles racontées de façon non technique, le tout s'avérant source d'étayages réciproques. Cet extrait en témoigne :

« Bloc pédiatrique. 2 anesthésistes, une cheffe de clinique-assistante (CCA) et un interne, attendent l'arrivée d'un patient et prennent des sièges à côté de l'AR. Ils consultent le dossier médical du patient, et se donnent des conseils sur l'intubation. La conversation bifurque sur un enterrement de vie de jeune fille auquel la CCA a assisté. Ponctuellement, ils interviennent dans les discussions entre l'AR et des Ibode sur le réagencement envisagé d'une salle visant à prioriser un patient semi-urgent. La CCA demande ensuite à l'interne s'il a déjà pratiqué des endoscopies en ORL, et lui dit que "c'est le truc le plus chaud", tout en lui prodiguant des conseils : "Faut pas hésiter à intuber, à bien communiquer avec le chirurgien, faut réussir à se dire que chacun est à sa place pour pas faire d'interférence" » (notes d'observation, juin 2023).

Cette scène illustre l'importance des temps de pause assis, vecteurs de partage des plaisirs et des épreuves du travail comme de consolidation des relations interpersonnelles, où se déploie « une communication plus phatique qu'opérationnelle, plus personnelle que hiérarchique » (Grosjean et Lacoste, 1999b, p. 197). Les temps d'apprentissage y ont cours dans des temporalités moins cadencées qu'en salle, sans le regard d'autrui ni le joug d'une autorité médico-chirurgicale senior. La position spatiale du bureau d'accueil participe de cela : il constitue un point plus névralgique que la salle de détente, qui est plus lointaine et surtout investie au déjeuner, et un espace d'autant plus agréable qu'une baie vitrée et une exposition au sud y rendent le soleil fréquent. Chaleur météorologique et chaleur des affects ne sont jamais loin : c'est autant un moment de pause que de camaraderie que l'on vient y chercher, un espace de divagation comme de catharsis, nécessaire à l'élaboration collective d'un agir compassionnel (Molinier, 2000).

« Valérie, à qui j'évoquais la métaphore de la machine à café, raconte : "Oui, c'est un espace de relâchement, on vient pour souffler deux minutes". Des collègues viennent parfois lui demander des avis plus personnels, certaines impriment des "trucs perso" ou demandent des "avis de mamans". Elle évoque avec tendresse une Ibode qui venait d'arriver au bloc et quittait simultanément le domicile familial. Elle était un peu perdue dans les démarches administratives et lui demandait des conseils (Caf, état des lieux d'un logement, etc.). "Ça fait un peu psy parfois, mais j'aime bien" conclut-elle, y voyant le signe d'une confiance étroite. "Et ça n'empêche pas de garder un certain professionnalisme, on peut faire les deux à la fois" » (notes d'observation, juin 2023).

Si l'injonction au professionnalisme n'est jamais loin (Demazière et Milburn, 2010) et si les cadres regrettent parfois les « piapias » ainsi exposés aux familles et aux patients, cet espace incarne l'aspect régulateur du collectif de travail face aux émotions et prescriptions de l'activité.

Conclusion

« C'est pire qu'une piste d'aéroport ! » s'amusait un jour une cadre, ce à quoi l'AR répondit : « C'est vrai qu'il y a plus de tours de contrôles aussi ! ». L'anecdote est révélatrice. Face aux régulations autonomes prédominantes, la légitimité des régulatrices, issues des professions dominées, tient à leur détention d'informations crédibles, qui font d'elles une ressource précieuse pour les acteurs du bloc comme pour les gestionnaires. Elles disposent en outre d'un mandat intégralement dédié à la régulation et d'une position spatiale d'hyper-proximité, qui les aident à cultiver des savoirs expérientiels localisés et des relations interpersonnelles fortes, autant d'atouts dans le complexe processus d'enrôlement qui entoure tout changement de programme et dans lequel elles épaulent les cadres. Leur affirmation tient enfin à l'étendue de leur travail émotionnel, qui dépasse les prescriptions organisationnelles en matière de maîtrise de soi, et fait de leur bureau un espace interstitiel concourant à la régulation des affects d'un environnement marqué par le surmenage et le blindage émotionnel. Ce faisant, les régulatrices s'attachent à s'affirmer sans s'imposer, c'est-à-dire à négocier dans les interactions une reconnaissance professionnelle, en tirant parti du contexte, des ressources locales et de leurs savoirs d'expérience.

Si elles constituent, à l'instar des secrétaires médicales et de nombreux autres acteurs périphériques aux soins, le « lubrifiant qui permet le fonctionnement de toute l'institution » (Avril, 2019), cette affirmation ne s'arrime toutefois pas à un niveau plus mésosociologique : les régulatrices ne nous semblent pas constituer un segment professionnel, entendu comme mouvement social articulé autour d'une « identité organisée » (Hénaut et Poulard, 2018), et ce pour deux raisons. Tout d'abord, leurs missions restent peu harmonisées à l'échelle nationale, très dépendantes du contexte local et des profils et personnalités. La fonction ne fait pas l'objet d'une catégorie spécifique dans les grilles salariales hospitalières et les formations dédiées sont rares⁵. Ensuite, les régulatrices ne travaillent pas, individuellement et collectivement, à la défense de leur activité auprès des instances de régulation de leurs métiers d'origine : dans les deux blocs, elles restent attachées à l'identité de leur métier d'origine (et à celle collective du bloc), dont elles tirent les connaissances et compétences nécessaires à leur activité, ne sont que peu en lien avec des pairs issus d'autres blocs et n'affirment pas une identité propre de régulatrice.

5. Il existe un diplôme universitaire – « Optimisation des plateaux techniques interventionnels par le management logistique », à l'IUT de Châlon-sur-Saône – ouvrant au poste de gestionnaire de plateaux techniques.

Références Bibliographiques

- Arborio A.-M. (1995)**, « Quand le “sale boulot” fait le métier : les aides-soignantes dans le monde professionnalisé de l'hôpital », *Sciences sociales et santé*, n° 13, p. 93-126.
- Avril C. (2019)**, « Secrétaires, des domestiques comme les autres ? », *Mélanges de l'École française de Rome. Italie et Méditerranée modernes et contemporaines*, n° 131, p. 153-168.
- Bercot R. (2009)**, « Rationaliser la gestion des blocs opératoires. La négociation des territoires et des légitimités professionnelles », *Sciences de la société*, n° 76 [en ligne] journals.openedition.org (consulté le 20 septembre 2024).
- Bidet A. (2011)**, « La multi-activité, ou le travail est-il encore une expérience ? », *Communications*, n° 89, p. 9-26.
- Bonnet T. (2015)**, « La normalisation du rôle parental par une équipe soignante », *Recherches familiales*, n° 12, p. 223-234.
- Callon M. (1986)**, « Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc », *Sociologie des sciences et des techniques*, n° 36, p. 169-208.
- Crozier M. et Friedberg E. (1977)**, *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*, Paris, Le Seuil.
- Demazière D. et Milburn P. (2010)**, *L'injonction au professionnalisme : analyses d'une dynamique plurielle*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.
- Divay S. (2018)**, « La nouvelle fabrique de la carrière des cadres de santé à l'hôpital : entre réglementation et cooptation », *Sciences sociales et santé*, n° 36, p. 39-64.
- Drulhe M. (2000)**, « Le travail émotionnel dans la relation soignante professionnelle. Un point de vue au carrefour du travail infirmier », in Cresson G. et Schweyer F.-X. (dir.), *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail*, Rennes, Presses de l'EHESP.
- Dubey G. (2024)**, « Planifier le désordre, se préparer à l'imprévisible », *Revue d'anthropologie des connaissances*, n° 18, vol. 2 [en ligne] journals.openedition.org/rac (consulté le 20 septembre 2024).
- El Haïk-Wagner N. (2023a)**, « Être au plus près sans être trop près. Enjeu partagé de l'ethnologie et des équipes du bloc opératoire », *Zilsel*, n° 13, vol. 2, p. 203-222.
- El Haïk-Wagner N. (2023b)**, « “On est plus dans le cocooning”. Au bloc opératoire pédiatrique, une “détotalisation” par petites touches » [en ligne] ethnographiques.org, n° 46 (consulté le 10 octobre 2024).
- Foli O. et Gaglio G. (2017)**, « Les communicants internes : rechercher ou éviter la multi-activité ? », in Datchary C., Gaglio G. et Bidet A. (dir.), *Quand travailler, c'est s'organiser : La multi-activité à l'ère numérique*, Paris, Presses des Mines.
- Fustier P. (2012)**, « L'interstitiel et la fabrique de l'équipe », *Nouvelle revue de psychosociologie*, n° 4, p. 85-96.
- Goffman E. (1974)**, *Les rites d'interaction*, Paris, Les Éditions de Minuit.
- Grosjean M. (2001)**, « La régulation interactionnelle des émotions dans le travail hospitalier », *Revue internationale de psychosociologie*, n° 16, p. 339-355.

Grosjean M. et Lacoste M. (1999), « Articulation et intelligence collective », *Communication et intelligence collective*, Paris, Presses universitaires de France.

Grosjean M. et Lacoste M. (2015), *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*, Paris, Presses universitaires de France.

Hénault L. et Poulard F. (2018), « Faire groupe au sein d'un groupe : la structuration des segments professionnels », *SociologieS* [en ligne] journals.openedition.org/sociologie (consulté le 20 septembre 2024).

Hochschild A. (2017), *Le prix des sentiments. Au cœur du travail émotionnel*, Paris, La Découverte.

Hughes E. C. (1997), *Le regard sociologique. Essais choisis*, Paris, Éditions de l'EHESS.

Jeantet A. (2018), *Les émotions au travail*, Paris, CNRS Éditions.

Juven P.-A. (2016), « La T2A au quotidien : coder et transformer les patients », *Une santé qui compte ?*, Paris, Presses universitaires de France.

Mayère A., Bazet I. et Roux A. (2012), « “Zéro papier” et “pense-bêtes” à l'aune de l'informatisation du dossier de soins », *Revue d'anthropologie des connaissances*, n° 61, p. 115-139.

Molinier P. (2000), « Travail et compassion dans le monde hospitalier », *Les Cahiers du Genre*, n° 28, p. 49-70.

Norman D. A. (1993), « Cognition in the Head and in the World : An Introduction to the Special Issue on Situated Action », *Cognitive Science*, n° 17, p. 1-6.

Salgado Hansen M. (2023), « Des aides-soignants légitimes. Prises de décisions d'équipe et idéologies psychiatriques », *Anthropologie & Santé*, n° 26 [en ligne] journals.openedition.org (consulté le 20 septembre 2024).

Soares A. (2002), « Le prix d'un sourire. Travail, émotion et santé dans les services », in Harrisson D. et Legendre C. (dir.), *Santé, sécurité et transformation du travail : réflexions et recherches sur le risque professionnel*, Québec, Presses de l'Université du Québec.

Strauss A. (1988), « The Articulation of Project Work : An Organizational Process », *The Sociological Quarterly*, n° 29, p. 163-178.

Strauss A. (1992), *La trame de la négociation : sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan.