

Rationalisations des affects en organisation hospitalière : les dispositifs de prévention en santé au travail comme voie d'émancipation ?

Aurélia Dumas, Julie Pavillet

DANS **APPROCHES THÉORIQUES EN INFORMATION-COMMUNICATION (ATIC)** 2021/2 N° 3 , PAGES 35 À 52
ÉDITIONS **DICEN IDF**

DOI 10.3917/atic.003.0035

Date de mise en ligne : 04/03/2022

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-approches-theoriques-en-information-communication-2021-2-page-35?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour DICEN IDF.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Rationalisations des affects en organisation hospitalière : les dispositifs de prévention en santé au travail comme voie d'émancipation ?

Aurélia DUMAS

*Maître de conférences en Sciences de l'Information et de
la Communication (SIC), Laboratoire Communication et
Sociétés, Université Clermont Auvergne (UCA)*
Aurélia.Dumas@uca.fr

Julie PAVILLET

*Psychologue du travail et des organisations,
CHU Grenoble Alpes (CHUGA)*
JPavillet1@chu-grenoble.fr

RÉSUMÉ

Nous présentons les résultats d'une vaste enquête de terrain réalisée dans un établissement hospitalier universitaire, s'inscrivant dans le cadre d'une recherche partenariale alliant regards du chercheur et du praticien. Nous questionnons la manière dont le dispositif de prévention en santé au travail peut être pensé à la fois dans des dynamiques de rationalisations des affects au travail (en miroir des rationalisations organisationnelles opérées au sein de l'hôpital), ainsi que dans ses effets de résistance, voire d'émancipation. Suivant ces perspectives, nous nous sommes intéressés à une méthode de prévention recourant au jeu pour approcher de manière détournée et mettre en discussion la question des affects au travail et de leur régulation. Le jeu intégré au dispositif de prévention tend à inscrire les équipes soignantes dans des logiques de mise à distance, voire de réappropriation des dynamiques affectives, se faisant analyse réflexive sur l'organisation du travail et ouvrant une voie d'émancipation vis-à-vis des rationalisations affectives inhérentes aux organisations de soins.

Mots-clés : Rationalisations affectives ; approche communicationnelle des affects en organisations ; prévention de la santé au travail ; jeu ; organisation hospitalière

Rationalizations of affects in hospital organization : workplace health prevention devices as a way of emancipation ?

ABSTRACT

We present the results of a large field investigation that took place in a university hospital, through a collaborative research involving the perspective of the researcher and the practitioner. We call into question the way that workplace health and safety prevention plans address the normalization of emotions at the workplace and postulate that a shift towards mirroring organisational rationalizations could have liberating effects. (in mirror of the organizational rationalizations within the hospital) and in its effects of resistance or even emancipation. Following these perspectives, we were interested in a method of prevention using the game to approach indirectly and to discuss the question of affects at work and their regulation. The game embedded in the device of health prevention tends towards integrating the health care teams in some logics of distancing and reappropriation of affective dynamics, becoming a self-reflexive analysis about work organization and opening a path to emancipation from affective rationalizations inherent to healthcare organizations.

Keywords: Affective rationalizations ; communicational approach of affects within organizations ; prevention of health at workplace ; game ; hospital organization

Introduction

Notre recherche se fonde sur les résultats d'une vaste enquête de terrain conduite au sein d'une organisation hospitalière, dans le cadre d'une recherche partenariale. Il s'est agi d'étudier les dispositifs de prévention en santé au travail en tant que processus info-communicationnels à la fois rationalisés et rationalisants que nous observons spécifiquement d'un point de vue des affects au travail. Notre questionnement de recherche porte sur les rationalisations affectives qui s'observent dans le champ de la santé et tendent à se décliner du côté des dispositifs de prévention en santé au travail, au travers de l'accompagnement et de l'encadrement de la manifestation des affects au travail des membres du personnel de l'institution hospitalière (Dumas, 2018, 2019).

Pour autant, au sein de notre recherche, nous nous intéressons à un dispositif de prévention qui se propose de mettre en discussion les rationalisations affectives à l'œuvre au sein de l'organisation, dans le cadre de prises en charge collectives. Le dispositif de prévention en question se propose de recourir au jeu pour approcher, de manière détournée, la question des affects au travail et de leur régulation. Nous étudions ainsi la manière dont ledit dispositif de prévention, porté par une démarche fondée sur une éthique de la discussion (Habermas, [1981], 1987), qui se veut à rebours des formes de « communication pouvoir » qui dominent l'organisation (Floris, 1996 ; Olivesi, 2006 ; Heller, Huët et Vidaillet, 2013 ; Lépine, 2018), participe de l'instauration de collectifs propices à une mise en discussion et en débat des affects au travail. Ces mises en réflexivité des affects se font formes de réappropriations, et partant, d'émancipation, voire de résistances, vis-à-vis des rationalisations affectives organisationnelles, dont il s'agit à la fois de questionner le potentiel émancipateur, mais également d'en cerner les limites.

Pour ce faire, il a été mené une approche communicationnelle des affects en organisations, qui s'intéresse ici plus spécifiquement au niveau méso-organisationnel des

processus info-communicationnels que constitue l'étude des dispositifs de prévention en santé au travail. Nous inscrivant dans une démarche ethnographique, nous avons procédé à plus d'une quinzaine d'observations de terrain dans le cadre d'interventions de prévention en santé au travail menées auprès du personnel d'une organisation hospitalière, durant plus d'une année (de janvier 2020 à juillet 2021). Les données recueillies au cours de nos observations de terrain ont fait l'objet d'une analyse sémio-herméneutique (Bryon-Portet, 2011) nous permettant ainsi d'interroger les possibilités émancipatoires, au cœur même des dynamiques de rationalisations des affects au travail, à l'œuvre au sein des dispositifs de prévention.

1. Étudier les rationalisations affectives en organisation hospitalière

1.1. Rationalisations des affects à l'hôpital

Le champ de la santé, au même titre que l'ensemble de la société, s'est vu traversé par un vaste mouvement de valorisation des affects, qui s'est traduit par une attention particulière portée à leur égard, tant du côté des professionnels de santé que des patients, dans un contexte pour le moins paradoxal de rationalisations économiques et administratives des soins au travers, notamment, de la technicisation des prises en charge dans des visées de performance et d'efficacité (Castel et Dalgarrondo, 2005 ; Fernandez, Lézé, Marche et Steinauer 2006 ; Fernandez, Lézé et Marche, 2008 ; Mayère, Grosjean et Bonneville, 2009 ; Mayère, 2014 ; Roux, 2013). De telles logiques contradictoires, entre demandes d'humanisation des soins et injonctions de rendement, participent des dynamiques de rationalisations affectives observées au sein de l'organisation hospitalière. Ainsi que le montrent de nombreux travaux de recherche, les rationalisations d'ordre administratif et gestionnaire, sur fond de transformations numériques¹, portées par des logiques économiques de performance et de rendement, tendent à déshumaniser la relation soignante au profit de l'acte technique dans une démarche de respect de la procédure (Pouchelle, 2003, 2019 ; Roux, 2013 ; Dumas et Pavillet, 2018). Par ailleurs, la distance établie par les soignants dans la relation aux patients relève de logiques de protection et de défense, conscientes ou non, nécessaires à l'accomplissement de leurs missions et des actes de soins afférents. Le recours à la technicité permet alors, sinon d'occulter, du moins de mettre entre parenthèses la subjectivité des personnes soignées. Cette mise à distance (de soi et de l'autre) dans la relation soignante tend à relever de l'identité professionnelle, « règle de sentiments » (Hochschild, 2003) fonctionnant comme règle de métier qui fonde les représentations du professionnalisme². Autrement dit, la maîtrise émotionnelle fait office de norme professionnelle, attendue comme travail émotionnel (Hochschild, 2017)

1. Notamment dans la mise en œuvre du programme « Hôpital numérique » lancé depuis 2011.

2. « Cette suspension de la perception de ce que vit l'autre, cette rupture avec autrui (on appelle ça « se protéger »), résulte aussi d'un conformisme de groupe [...] et dont il est difficile pour un individu de se démarquer puisque ce genre de mimétisme fait partie d'un apprentissage collectif où les vertus d'obéissance et de contrôle de soi sont privilégiées. » (Pouchelle, 2003 : 66).

des soignants³, en miroir d'une culture hospitalière qui, dans une demande paradoxale, réclame aux professionnels de santé, d'un côté, une mise à distance des affects au travail dans des visées d'efficacité technique et, de l'autre, de la proximité et de l'empathie vis-à-vis des personnes soignées⁴, dans une démarche d'humanisation des soins (Pouchelle, 2008, 2019).

Partant de ces constats, nous nous sommes intéressées, à travers notre recherche, à la manière dont les dispositifs de prévention en santé au travail participent d'une normalisation⁵ des affects, *via* notamment leur prise en charge, en correspondance aux dynamiques de rationalisations organisationnelles (Bouillon, 2013, 2015) opérées au sein de l'hôpital, dans des visées de régulation et de structuration de l'activité de travail. C'est suivant cette perspective que le dispositif de prévention de la santé au travail peut être appréhendé en tant que processus info-communicationnel à la fois rationalisé et rationalisant. En effet, la régulation des affects dans la sphère professionnelle répond à des processus d'optimisation, de codification et de justification, relevant de dynamiques de rationalisations (Bouillon, 2013) d'ordre émotionnel. Qu'elle soit consciente ou non, intentionnelle ou non, cette construction du rapport aux affects se fait donc stratégique (Illouz, 2006 ; 2019), en réponse aux attendus organisationnels, voire peut constituer un travail émotionnel.

Pour autant, nous verrons que le dispositif de prévention peut également être pensé dans ses effets d'émancipation, de résistance au cœur même des rationalisations d'ordre affectuel qui lui sont constitutives. En effet, suivant l'approche foucauldienne (Foucault, 2001 : 299), le dispositif, en tant qu'agencement d'éléments pluriels dont le champ d'appréhension est étendu, peut être saisi à la fois dans ses effets de pouvoir et de contrôle, mais également au travers des réappropriations individuelles et collectives susceptibles d'être à l'œuvre en son sein. Autrement dit, « *il contient à la fois l'idée de contrôle et l'idée d'ouverture : à l'intérieur du cadre fixé par la matrice, le nombre des interactions est souvent imprévisible* » (Ortel, 2008). C'est à ce titre que nous entendons le dispositif dans des composantes communicationnelles, relationnelles et symboliques, tout à la fois structuré et structurant et faisant l'objet de reconfigurations permanentes, au cœur de dynamiques de co-construction.

3. Distance affective qui peut prendre la forme de la « pudeur émotionnelle » (Drulhe, 2008), voire de la « neutralité émotionnelle » dont le silence en est alors la trace (Mercadier, 2017).

4. Du côté des patients, les affects font également l'objet d'assignations et/ou d'attentes, de façon plus ou moins implicite, pouvant participer d'une catégorisation des patients par le personnel soignant en « bons » ou « mauvais malades » (Véga, 1997 ; Lorio, 2012). Le travail émotionnel du personnel soignant tend à influencer, par effet miroir, sur le contrôle émotionnel des patients, permettant, notamment, de se prémunir de la violence de débordements émotionnels, dans une perspective de régulation. Toutefois, il ne s'agit pas tant pour le personnel soignant de viser la neutralité affective chez les patients : les affects de ces derniers peuvent se révéler essentiels pour mener à bien la prise en charge et donner du sens au travail thérapeutique (Fernandez, Lézé et Marche, 2008 ; Mercadier, 2017).

5. La normalisation des affects est entendue comme l'adoption de normes affectives au sein des groupes sociaux. Ces normes affectives diffèrent d'un groupe social à un autre (Fortino, Jeantet et Tcholakova, 2015).

1.2. Approche communicationnelle des affects en organisations

D'un point de vue conceptuel, nous nous appuyons sur la proposition théorique d'une approche communicationnelle des affects en organisations (Dumas et Martin-Juchat, à paraître) qui allie l'anthropologie par la communication affective (Martin-Juchat, 2008) au cadre d'analyse des Approches Communicationnelles des Organisations, dites ACO (Bouillon, Bourdin et Loneux, 2007 ; Bouillon, 2013 ; Bouillon et Loneux, 2021). En appui des apports des sciences de l'information et de la communication (SIC), nous proposons une approche des affects en organisations qui soit communicationnelle, permettant ainsi leur analyse. Il est question de penser la communication organisationnelle comme communication affective, qu'il s'agisse de communication interpersonnelle, médiée, médiatisée, ou encore numérique. La communication affective organisationnelle s'apparente ainsi à un processus de codification et de normalisation des affects au travail qui est à penser au cœur des enjeux sociaux, économiques et politiques qui structurent l'organisation du travail et la vie organisationnelle.

Empruntant au cadre d'étude des ACO, l'approche développée tend à appréhender la communication affective suivant différents niveaux organisationnels qui comprennent : les situations de communication affective, au plus près de l'activité de travail des acteurs et de ses interactions ; les processus de communication affective, à travers l'analyse des dispositifs info-communicationnels mis en place au sein des organisations – ainsi que les politiques de communication affective relatives à la production d'une ingénierie du symbolique au cœur de la formation des systèmes de représentations.

Dans le cadre de cet article, nous nous intéressons plus spécifiquement au niveau méso-organisationnel des processus info-communicationnels que constitue l'étude des dispositifs de prévention en santé au travail. En vue de nous situer en proximité avec notre terrain d'étude, nous avons opté pour une recherche partenariale qui privilégie une approche de type ethnographique, dans une démarche immersive.

2. Méthodologie de recherche et méthode de prévention par le jeu

2.1. Apports d'une approche partenariale et collaborative

La recherche partenariale, selon un mode collaboratif entre chercheurs et praticiens, offre la possibilité de coproduire des connaissances mais aussi des méthodes, à la faveur de rencontres, d'échanges et de partages se faisant sources d'intercompréhension et de réflexivité conjointe (Lépine et Martin-Juchat, 2020). Notre méthodologie de recherche se fonde sur une démarche de co-construction qui allie et croise nos regards de chercheurs et de praticiens. Face aux rationalisations affectives qui ont cours au sein de l'institution hospitalière, notre objectif a été d'observer les possibilités d'accompagner les équipes soignantes dans le cadre d'interventions de prévention en santé au travail. La maîtrise des affects s'apparente à des compétences d'ordre émotionnel attendues chez le personnel soignant mais non reconnues par l'organisation hospitalière, constituant un travail

largement invisible. Ce sont bien des logiques individualisantes qui perdurent vis-à-vis du travail émotionnel réclamé, conduisant à une non-prise en compte et une non-prise en charge des affects au travail au sein de l'institution hospitalière.

Partant de ces constats, il a ainsi été mis au point une méthode de prévention de la santé au travail qui intègre le recours au jeu en vue à la fois de favoriser l'expression affective des soignants, mais également de mettre en débat le travail, ainsi que les affects au travail auprès de ces collectifs de professionnels. Parmi ses apports, la mise en discussion du travail peut permettre de passer du travail collectif au collectif de travail, susceptible alors de renforcer l'organisation de l'activité au quotidien en créant des ressources pour les membres de l'équipe (Caroly et Clot, 2004 ; Detchessahar 2013 ; Clot, 2021). Or, penser les affects au travail au sein de l'organisation hospitalière et intervenir sur ces questions se révèlent complexes tant les émotions restent associées au registre individuel et privé, notamment au sein des organisations ignorant leur caractère social, culturel et partant collectif (Bernard, 2017 ; Jeantet, 2018). Au sein de l'hôpital qui constitue notre terrain d'étude, s'il s'avère possible de parler collectivement des affects au travail, ces échanges restent cantonnés à des situations bien spécifiques de forte intensité émotionnelle, de « risque émotionnel » (Bonnet, 2020), à la suite de décès au sein des services, par exemple. Pour rompre avec ces représentations qui, par la simplification qu'elles opèrent, tendent à évacuer la pluralité des affects, ou du moins les déconstruire auprès des professionnels de santé, nous avons justement privilégié le mode d'accompagnement collectif⁶ dans le cadre de notre enquête de terrain.

L'élaboration de la méthode de prévention par le jeu développée se trouve elle-même au cœur de la méthodologie de recherche mise en œuvre. En effet, notre investigation de terrain, qui s'est déroulée sur plus d'une année, nous a permis de mener de nombreuses observations conduites dans le cadre d'accompagnements collectifs au sein desquels il a été déployé la méthode de prévention en question. L'objectif longitudinal a pu favoriser la co-construction et l'enrichissement méthodologique des interventions. C'est sur la base de ces observations, à la fois participantes, du côté praticien qui animait les interventions de prévention, et non participantes, du côté chercheur, que la méthode de prévention par le jeu a pu évoluer au fil des expérimentations menées au sein de différents services. Une phase d'enquête exploratoire a ainsi été conduite auprès d'une unité de soins longue durée (USLD), nous permettant de confirmer l'intérêt du recours au jeu, mais aussi d'affiner les voies d'approche d'une mise en discussion des affects au travail dans le cadre des interventions de prévention.

6. Il n'est pas ici question d'opposer accompagnement collectif et individuel, chacun présentant ses spécificités. L'accompagnement individuel permet d'échanger sur la réalité de travail vécue par le/la professionnel(le), soit à travers son prisme. Il se réalise souvent à la suite d'une difficulté et/ou d'une situation vécue comme bloquée par le/la professionnel(le) de santé, nécessitant un tiers pour pouvoir être accompagné(e). Un des objectifs consiste alors à permettre à la personne de comprendre la situation, de la nommer et de la contextualiser de façon systémique. En fonction des situations et si le/la professionnel(le) de santé l'accepte, l'accompagnement individuel peut être suivi par un accompagnement collectif. L'intervention collective offre la possibilité de situer les problématiques rencontrées au niveau de la dynamique d'équipe et, dans l'espace d'échange créé, le collectif peut alors permettre de générer des ressources, des repères, un partage de l'activité, une façon de faire groupe et de repenser l'organisation en collectif.

À la suite de cette première phase d'enquête, il a été mené plus d'une quinzaine d'observations au sein de différents services du centre hospitalier universitaire auprès de différentes populations de professionnels. Du fait du contexte sanitaire particulier lié au coronavirus, les demandes d'intervention en prévention ont été nombreuses, les professionnels de santé ayant besoin d'échanger au sujet, notamment, des dynamiques d'équipe et de l'évolution des profils des patients (parfois ne correspondant pas à la spécialité d'accueil eu égard aux conditions exceptionnelles)⁷. Des observations ont ainsi pu avoir lieu lors des interventions de prévention : au sein du service gériatrique auprès de cadres de santé de deux unités de travail (janvier à mars 2020, juin et juillet 2020, avril à juillet 2021) ; au sein du secteur de neurologie auprès d'infirmiers diplômés d'État (IDE), d'aides-soignants (AS), d'agents de services hospitaliers (ASH) et de cadres de santé (juin 2020) ; au sein du service de diabétologie-endocrinologie auprès de deux unités composées d'IDE, d'AS et d'ASH (août et novembre 2020) ; auprès d'une unité sanitaire composée exclusivement d'IDE (octobre 2020) ; au sein du service de rhumatologie auprès d'IDE, d'ASH et de cadres de santé (juillet 2021) ; auprès d'un service de procréation médicalement assistée (PMA) composé d'AS, de sages-femmes, de cadres de santé, de biologistes, de gynécologues, de techniciens de laboratoire (mai et juillet 2021) ; et enfin, auprès d'un collectif de cadres de santé issus de deux cliniques médicales distinctes qui se réunissent toutes les six semaines pour échanger sur des situations managériales rencontrées (mai 2020 et juillet 2021). Lors des interventions de prévention observées, les groupes de professionnels étaient de taille variée, allant de 5 à 25 personnes. Le recueil de nos observations, consigné dans un journal de bord, s'est fait selon une démarche devenant attributive au fil des interventions, focalisant ainsi progressivement notre regard (Blanchet *et al.*, 2005) et permettant la mise au point d'une grille d'analyse, dans une approche de type sémio-herméneutique.

2.2. Du recours au jeu dans la méthode de prévention

L'intervention en prévention est construite comme un dispositif d'accompagnement, c'est-à-dire que l'accent est porté « *sur l'articulation des ressources conçues et mobilisées pour réaliser l'accompagnement* » (Boucenna, 2015). Qu'il s'agisse d'un accompagnement individuel ou collectif, il s'inscrit dans un processus réflexif à initier auprès des professionnels vis-à-vis de leur activité de travail et de l'organisation de travail. Ainsi la démarche préventive se construit-elle en mobilisant l'ensemble des acteurs d'une unité de travail, en vue de maîtriser, sinon de supprimer les risques professionnels auxquels les salariés d'une structure peuvent être exposés. Autrement dit, elle présente pour objectif l'amélioration des conditions de travail, de la qualité de vie au travail et de la santé au travail des salariés. Les sollicitations sont très variables puisque tout membre du personnel de la structure hospitalière peut être à l'origine d'une demande auprès de l'intervenant(e)

7. Il est important de souligner la particularité de la période puisque la pandémie a impacté de façon forte les équipes soignantes. Le manque, voire l'absence de possibilités de régulation en dehors du travail, inhérents notamment aux confinements et aux couvre-feux instaurés par les pouvoirs publics, ont supprimé des temps sociaux importants. À noter également, durant cette période, que l'absentéisme ordinaire, couplé au *turn-over* soignant et aux difficultés de remplacement, a représenté des particularités conjoncturelles à prendre en compte.

en prévention. Chaque démarche de prévention au sein d'une unité de soins reste donc singulière et nécessite une analyse de la demande, ainsi qu'une connaissance de la culture professionnelle du milieu (Cru, 2014) en vue de construire et d'adapter une méthodologie d'intervention en lien avec la situation.

Au sein de l'hôpital constituant notre terrain d'étude, les démarches de prévention, qui ont débuté à partir de 2003, sont déployées par des intervenants en prévention du service de santé au travail (Pavillet *et al.*, 2013). Les transformations constantes de l'institution hospitalière obligent à des mutations et des adaptations fortes au sein des organisations et des collectifs de travail. Or, le « travail » et les « affects au travail » constituent des objets trop éloignés pour des professionnels qui ne forment pas encore un collectif de travail. Il est alors nécessaire de pouvoir penser différemment le dispositif d'accompagnement de façon à créer des étapes préalables à la possibilité d'une élaboration commune des situations de travail. C'est à ce titre que le jeu peut apparaître comme un objet médiant, commun et nouveau autour duquel les professionnels sont susceptibles de pouvoir se retrouver. L'expérience ludique se fait engagement de la part des joueurs (Esquerre, 2017) et, par la singularité des échanges qu'elle produit, peut tendre à reconfigurer les interactions et les communications interindividuelles (Caïra, 2018) et, partant, les dynamiques affectives qui traversent le collectif.

La méthode de prévention par le jeu mise en œuvre comprend ainsi deux étapes que nous présentons ici succinctement. Dans un premier temps, l'accompagnement collectif est mené sur le support du jeu Dixit® qui s'utilise à la manière d'un photolangage. Le jeu comprend un ensemble de 84 cartes, où figurent différentes représentations imagées et poétiques, disposées sur une table, à la vue des professionnels. Ces derniers sont alors invités à sélectionner au moins une carte, puis à expliquer aux autres les motivations de leurs choix en fonction des situations de travail passées, présentes ou projetées dans leurs unités de travail. À travers la restitution et la confrontation des différentes perceptions individuelles au sein du groupe, il est question de faire circuler la parole et de mettre en images et en mots les vécus affectifs individuels, afin de les inscrire au sein du collectif. Par cette réinscription des dynamiques affectives au niveau collectif, il s'agit d'ouvrir une réflexion quant aux possibilités de transformation des situations de travail, des interactions, des relations interindividuelles entre les professionnels, mais aussi vis-à-vis des patients. Autrement dit, l'objectif est d'amener les équipes à discuter du travail et des affects au travail sous un autre angle.

Dans un second temps, c'est le jeu Concept® qui est mobilisé, en suivant la règle du jeu à la nuance près que les points ne sont pas comptés, de façon à ne pas induire ni renforcer un climat compétitif entre les professionnels. L'intervention se déroule en deux temps : une phase de découverte et d'expérimentation du jeu par les professionnels, suivie d'un temps d'échange et de partage sur les liens que le groupe peut établir avec la dynamique d'équipe et l'activité de travail. Dans ce jeu, l'unique moyen pour communiquer est d'utiliser des icônes universelles, sous forme de concepts illustrés, et de les associer entre elles. Ces icônes figurent sur le plateau de jeu et font office de dictionnaire universel, l'objectif étant de réussir à se faire comprendre uniquement grâce aux concepts sélectionnés. Chaque professionnel tire une carte où figurent plusieurs propositions et doit alors faire deviner aux autres membres de son équipe un objet, un personnage, un film, une expression, etc., en positionnant ses pions sur les concepts représentés sur le plateau central.

Le jeu permet de sensibiliser les équipes à la diversité des représentations de chacun, aux différents cheminements de pensée qu'il est possible d'emprunter, favorisant la mise en lien avec la question de l'intercompréhension (et de ses difficultés de mise en œuvre) convoquée par le jeu et réintroduite relativement aux situations de travail quotidiennement rencontrées. L'enjeu consiste ici à venir questionner les dynamiques affectives et relationnelles qui traversent l'activité de travail en vue de leur mise en débat et en réflexivité auprès des collectifs, ce que tend à favoriser, dans une certaine mesure, le recours au jeu par les déplacements du « cadre » de l'institution hospitalière qu'il permet d'opérer, ainsi que nous allons le voir.

3. Mettre en discussion les affects au travail : voie d'émancipation vis-à-vis des rationalisations affectives organisationnelles ?

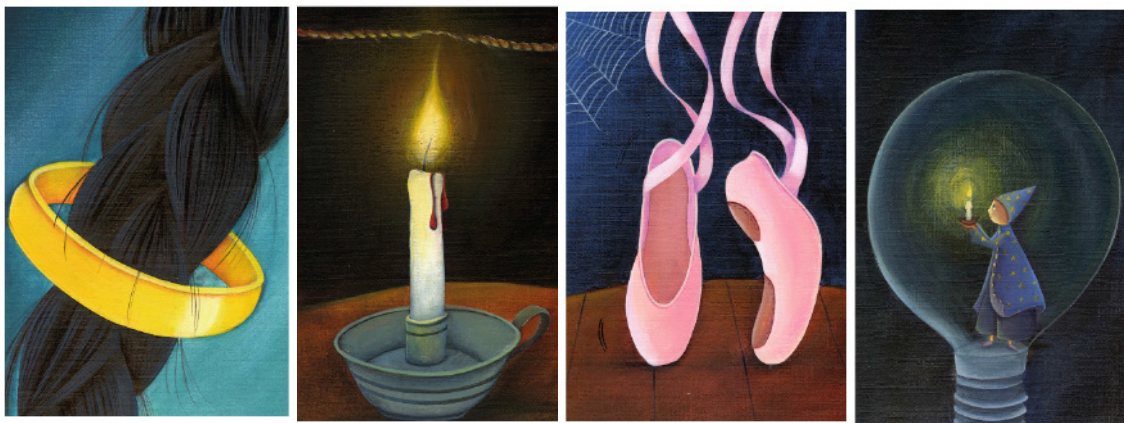
3.1. Les déplacements affectifs par le jeu : de l'échange à la réflexivité comme voie de réappropriation des affects au travail

Tel que nous avons pu l'observer, le recours au jeu favorise un déplacement du cadre de l'expérience affective, au sens goffmanien du terme. Il s'opère une transformation, se faisant modalisation (Goffman, 1991) du cadre de l'institution hospitalière, qui tend à bousculer les membres du personnel hospitalier et, ce faisant, les dynamiques affectives. L'inscription du jeu constitue un écart vis-à-vis du cadre de travail au sein de l'hôpital et tend à dissoudre les frontières entre sphère professionnelle et privée, entre jeu et hors-jeu (Esquerre, 2017), entre ludique et sérieux, qui ne sont pas sans générer des résistances chez les personnels soignants, caractérisées notamment par la crainte d'une infantilisation : « *Au début, quand vous avez présenté le jeu, je me suis dit que vous nous preniez pour des maternelles mais, en fait, je trouve ça super* », une AS⁸. Ces écarts se manifestent au travers de l'étonnement partagé que les membres du personnel témoignent lorsque leur sont présentées les modalités du jeu (« *Je ne savais pas que je pouvais être payée à jouer* », une AS ; « *Je vais envoyer une photo à ma famille pour lui dire que je joue au travail* », une IDE). Une fois les professionnels familiarisés avec les « règles », le plaisir du jeu et du jouer ensemble tend à gagner les participants, venant alors influencer sur les dynamiques affectives et, partant, relationnelles du collectif. Le jeu Dixit[®] crée une ambiance particulière au sein des équipes où il tend à régner un silence élaboratif, tandis que le jeu Concept[®] est, quant à lui, souvent source de brouhaha, voire d'agitation chez les participants. Pour le jeu Dixit[®], l'émulation passe par la recherche de l'inspiration qui s'opère dans le choix évocateur des images figurant sur les cartes, mais également dans celui des mots afin de pouvoir faire récit aux autres. Comme en écho au caractère poétique des représentations graphiques, les personnels de santé tendent à justifier leurs choix de cartes en recourant

8. Pour des raisons de confidentialité, nous ne précisons pas le service ni la date des observations dont sont extraits les *verbatim*.

à un langage lui-même souvent imagé, propice à l'évocation affective, pour raconter leur rapport au travail, ou encore à l'équipe :

Figure 1. Cartes du jeu Dixit®⁹



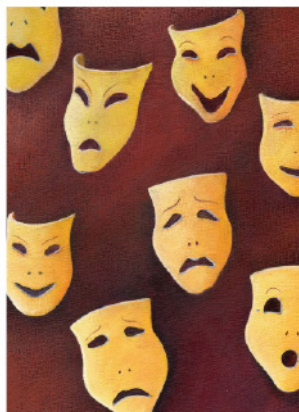
« Quand je détache mes cheveux, je dépose tout dans le vestiaire. Quand je mets ma blouse, je m'attache les cheveux et c'est parfois la bataille. Cheveux détachés, je suis une autre, plus fun en dehors. Les ballerines de danse, c'est parce que j'ai un côté... pas linéaire lors de mon tour, je priorise les soins différemment, de chambre 12, 13... Et c'est savoir danser pour prioriser les soins. Parfois, c'est harmonieux, et parfois, c'est plus difficile. Mais, il faut en faire un ensemble harmonieux à la fin de la journée. Parfois, ça fait mal aux pieds, mais il faut y aller et être dynamique », une IDE. De même, les propos d'une AS : « Je me représente bien dans l'ampoule avec ce petit personnage dans la bulle, car je me sens bien dans l'équipe et je suis bien entourée. La bougie, c'est vraiment notre métier : veiller sur les personnes. C'est la sérénité, le calme. Et au-dessus, la corde qui brûle reflète les tensions dans le service. Face à la sérénité, ça peut brûler. » Le recours à l'image tend à accompagner la verbalisation des affects au travail, se faisant dévoilement des vécus émotionnels, partagés au sein du collectif : « Il y a 15 jours, j'ai flanché et je suis tombée. Aujourd'hui encore, je suis toujours un peu jambe de bois. Et ce matin, de nouveau, j'ai craqué. », une IDE. Le recours au jeu peut permettre de faire tomber certains masques et, d'un point de vue des dynamiques affectives, des déplacements tendent à s'observer au travers des mises en suspens, voire des formes d'oubli des logiques de contrôle de soi en vigueur au sein de l'institution hospitalière. Dans le cadre de la mobilisation de Concept®, l'excitation et l'émulation du jeu tendent à gagner les participants, notamment par effets de contagion affective. L'omniprésence de rires et d'éclats de voix inhabituels tend à rythmer les tours de table, les professionnels se trouvant pris par le jeu de la « compétition » et l'envie de « gagner ». Se donnent alors à voir des formes de « lâcher-prise », de l'ordre de l'élan affectif, par rapport aux mises en scène affectives de soi observables dans le cadre du travail et inscrites dans des logiques de contrôle. Le dévoilement de soi, tout autant que la redécouverte de l'autre, dans les affects échangés, peuvent alors participer d'une récréation des rapports affectifs au collectif de travail.

Le recours au jeu peut aussi permettre aux professionnels de trouver des points d'accroche pour évoquer collectivement des sujets sensibles, voire violents, notamment

9. Les cartes en figure 1 et 2 sont issues du jeu Dixit® : J.-L. Roubira (auteur), M. Cardouat (illustratrice), Libellud, Groupe ASMODEE.

au sein d'équipes en situation de souffrance et/ou de conflits. À chaque étape du jeu, il est question pour l'intervenant(e) en prévention d'avancer avec le groupe sur les points de blocage rencontrés dans le travail. Le décalage qu'induit le jeu peut ainsi permettre d'aborder une situation difficile, voire douloureuse pour les professionnels : « *On a tellement de mal à communiquer, alors j'ai pris les masques. On cache nos émotions plutôt que d'en parler en équipe, au lieu de nommer le mal-être* », une AS.

Figure 2. Carte du jeu Dixit®



L'exposition à autrui se voit comme contenue par les cartes du jeu, permettant de se dévoiler tout en se maintenant à distance. Par le partage des vécus affectifs, les professionnels peuvent découvrir que leur vécu singulier est de l'ordre d'un vécu collectif (« *Je ne pensais vraiment pas qu'on se disait la même chose* », une AS), ce qui rend alors possible une montée en réflexivité. Il s'agit ainsi de repositionner les affects sur un plan collectif, et non plus seulement individuel, de même que le travail émotionnel mis en œuvre par les professionnels de santé au sein de l'institution hospitalière, de telle sorte à ce qu'il puisse être appréhendé comme composante de la culture affective organisationnelle, dans les processus de normalisation et de régulation, soit de rationalisations des affects au travail instaurées.

L'intervenant(e) en prévention tend ainsi à montrer aux professionnels de santé le rôle et l'implication de l'environnement, de l'organisation et des conditions de travail dans les rapports affectifs au travail, aux autres et à soi. Cela demande alors aux professionnels de santé d'opérer des déplacements quant à leurs représentations, notamment en ce qui concerne les situations de tensions et de conflits rencontrées au sein des équipes, communément imputées à des personnes et non à des organisations du travail. Dans un même ordre d'idées, si l'intervention collective permet le développement de ressources, c'est à condition de pouvoir échanger collectivement sur l'activité de travail ; il devient alors nécessaire, pour l'intervenant(e) en prévention, d'œuvrer auprès de professionnels qui peuvent se faire confiance (Van Belleghem, 2015). Or, la confiance ne va pas de soi, tout autant qu'elle n'est pas acquise une fois pour toutes. Le partage des vécus affectifs, à la faveur du jeu, peut constituer une étape liminaire à une mise en discussion des affects dans des visées de réflexivité. Les dynamiques réflexives ainsi initiées, à défaut de créer des liens de confiance entre les membres du personnel, peuvent permettre d'initier une réflexion quant aux obstacles à la relation de confiance, eux-mêmes à interroger au

prisme du travail et de son organisation. Autrement dit, il s'agit d'observer les rationalisations affectives à l'aune des rationalisations organisationnelles, de penser les affects en regard de la question du travail. Renvoyer les affects échangés au travail justement à des questions de travail (organisation et structuration de l'activité de travail, rationalisations et contraintes organisationnelles, statuts et rapports de force, etc.) vise alors à une réappropriation des vécus affectifs par les professionnels de santé, à même de réinscrire les affects au travail dans des dimensions collectives, sociales et organisationnelles. Par ces mises en réflexivité, il est question de permettre aux professionnels d'eux-mêmes s'inscrire dans des logiques d'émancipation vis-à-vis des rationalisations affectives organisationnelles, en d'autres termes, de penser collectivement les logiques de conformation affective, notamment en tant que moyens de défense. Au-delà, l'enjeu est également de réhabiliter les discordances affectives ressenties, ainsi que les stratégies de résistances et de non-alignements mises en œuvre par les professionnels vis-à-vis des assignations d'ordre affectif de l'organisation hospitalière. Tel que l'illustre cet échange extrait de nos observations :

- « *Les cadres ont le droit d'être réfractaires au changement ?* », une cadre de santé.
- « *Vous avez le droit que ce ne soit pas positif, que ce ne soit pas dans l'acceptation et que ce soit vécu dans le négatif. Quand on n'accepte pas, c'est qu'on y voit une injustice, c'est que quelque chose est délétère et aujourd'hui, il y a beaucoup de décisions qui sont difficiles à faire passer aux équipes* », l'intervenante en prévention.
- « *À force d'être dans l'urgence, dans l'adaptation, on est dans l'à-peu-près. C'est insupportable* », une autre cadre de santé.
- « *Et j'ai l'impression que ça s'aggrave* », une troisième cadre de santé.
- « *Oui, le système hospitalier ne se pose plus, cela permet très difficilement l'ancrage* », l'intervenante en prévention.

Or, les évolutions du système hospitalier actuel, qui renforcent la traçabilité des soins dans des visées de rentabilité, notamment à travers l'instauration de nouvelles procédures, de nouveaux logiciels, et génèrent au quotidien des reconfigurations des formes d'organisations du travail et, partant, des collectifs eux-mêmes, tendent à constituer des obstacles organisationnels dans les possibilités, pour le personnel de santé, de mises en réflexion, en réflexivité et à distance des rationalisations affectives.

3.2. L'impossible échappée vis-à-vis des rationalisations affectives organisationnelles

Le poids des rationalisations affectives organisationnelles se donne à voir dans les observations de terrain menées : au sein du dispositif de prévention, le recours au jeu diffère de ce qui est du ressort d'une intervention dite « classique » en prévention, c'est-à-dire comprenant un support « validé » en lien avec un objet de l'organisation. Amener de la réflexivité et refaire des liens avec le travail à partir d'un jeu, restent relativement inédits dans la manière d'intervenir en prévention. Les déplacements du cadre de l'expérience affective, dans les écarts qu'ils créent, peuvent se révéler inconfortables, voire déstabilisants que ce soit pour les professionnels de santé, mais également pour l'intervenant(e) en prévention. Le personnel s'est trouvé déconcerté par l'utilisation de supports ludiques

qui ne correspondent pas à la traçabilité hospitalière, souvent soutenue par des questionnaires permettant des rapports d'activité chiffrables. Dans le cadre du dispositif de prévention développé, il n'y a pas d'écrit, ce qui est relativement nouveau par rapport aux autres démarches qui font l'objet de rendus et de synthèse, le parti pris étant que ce qui se déroule et se joue dans le groupe appartient au groupe. La question de la traçabilité du travail de l'intervenant(e) en prévention peut donc s'apparenter, au niveau de l'activité de travail, à une activité quasi-invisible qui tend à interpeller les équipes. Par ailleurs, le recours au jeu, bien que présenté à l'encadrement de proximité des unités de soins, en tant que support d'accompagnement des collectifs en lien avec le travail et la situation faisant l'objet d'une demande d'intervention, a pu être perçu comme inadapté par les personnels de santé. Le jeu arrive progressivement dans les entreprises sous forme d'*escape game* ou de *serious game*, surtout en lien avec l'intelligence artificielle qui permet un accès à la simulation virtuelle. Toutefois, utiliser un jeu dans une structure de soins, par nature sérieuse car aux prises avec la maladie et la mort, peut être mal interprété. Le jeu, même en partie détourné de son contenu initial, présente des risques pour l'intervenant(e) en prévention en termes de crédibilité par rapport aux difficultés rencontrées par les équipes. Le décalage instauré peut être source de malentendus, voire de rejets et il apparaît nécessaire que des liens de confiance aient été préalablement construits avec les équipes encadrantes, notamment vis-à-vis des compétences de l'intervenant(e) en prévention. Alors que ce n'est pas d'usage, il est à noter que des encadrants de services ont souhaité, en premier lieu, contrôler l'utilisation faite du jeu dans le cadre de l'accompagnement de prévention avant d'accepter l'intervention.

Au-delà, se pose également la question de la possibilité, pour l'intervenant(e) en prévention, de mettre à distance les rationalisations affectives organisationnelles afin de ne pas les reproduire dans l'accompagnement proposé. Ces dernières étant puissantes, il se révèle complexe de ne pas considérer les expressions affectives, inhabituelles au sein de l'institution hospitalière, comme des « infractions » (Goffman, 1973). La perte de contrôle dans la mise en scène affective de soi tend à constituer une transgression, sentiment dont il est difficile de se départir, même pour l'intervenant(e) en prévention. En effet, le passage par le jeu, couplé à l'invisibilité du travail effectué auprès des collectifs, amène à des animations de séances avec peu de repères, ce qui peut être générateur d'appréhension, voire de gêne et de questionnements quant à la place et au rôle de l'intervenant(e). Laisser le personnel de santé jouer, sortir de la sphère du sérieux et du registre professionnel n'est pas chose aisée pour l'intervenant(e) en prévention qui peut se sentir dépossédé(e) et remis(e) en cause dans sa propre posture professionnelle. De même, face à la mobilisation des dynamiques affectives chez le personnel de santé, l'intervenant(e) en prévention doit aussi se confronter à ses propres émotions, ainsi qu'à ses représentations de la place des affects au travail. Si l'écoute de l'expression affective fait partie intégrante du métier, la charge émotionnelle peut être forte dans le cadre d'accompagnements collectifs, du fait notamment de la variété des vécus affectifs qui se présentent. Le jeu tend également à induire, chez les professionnels, des élans affectifs qui peuvent être difficiles à contenir et dérouter l'intervenant(e) en prévention, davantage habitué(e) à des logiques de dissimulation et de neutralisation des manifestations affectives dans le cadre d'échanges interpersonnels. L'amusement que génère le jeu chez certains membres du personnel peut

être, à force, source d'agacement pour l'intervenant(e) en prévention, même aguerri(e), venant ici bousculer les compétences en animation de groupe acquises par l'expérience.

Pour l'intervenant(e) en prévention, il s'agit de ne pas perdre de vue que l'enjeu est bien celui d'un déplacement du cadre vis-à-vis des rationalisations affectives en vue de favoriser leurs expressions et d'instaurer un espace de discussion et de réflexion dédié aux affects au travail. Les possibilités de « paroles véritables » (Foli, 2018) restent limitées tant peut être prégnante la rigidité des cadres organisationnels et managériaux, donnant lieu à une expression bridée, régulée, disqualifiée, faisant obstacle à une libération de l'expression affective au travail. À travers l'utilisation du jeu au sein du dispositif de prévention, il est question de favoriser la (re)mise en place d'espaces d'échanges sur le travail au sein d'équipes en difficulté et/ou en souffrance, afin de sortir de logiques de repli sur soi et de permettre de trouver des ressources auprès du collectif. Un des enjeux est de réinscrire les professionnels dans des dynamiques d'actions et de changements. Dans les interventions en prévention, les équipes sont invitées à projeter les possibles de nouvelles dynamiques affectives, relationnelles et organisationnelles. Adossée au jeu, cette démarche projective vise un engagement nouveau dans le travail et dans la dynamique collective. Par les mises en partage et en réflexion qu'il tend à initier quant aux rationalisations affectives, le dispositif de prévention, par le jeu, peut favoriser un agir affectif (Martin-Juchat, Lépine et Ménissier, 2018) au sein des équipes, porteur d'une volonté de changements. Mais encore faut-il que cela soit accompagné et soutenu par un travail sur l'organisation en tant que telle et c'est là que se rencontrent des limites organisationnelles dans les possibilités de changements structurels.

Les interventions en prévention restent limitées dans le sens où elles dépendent de nombreux facteurs organisationnels sur lesquels, souvent, il n'est pas possible d'avoir prise. L'amélioration des conditions de travail, de la qualité de vie au travail, ainsi que de la santé au travail sont des visées larges, promues par l'organisation hospitalière. Or, face à des politiques financières institutionnelles inscrites dans des logiques de rationalisation et de baisse des coûts, les possibilités d'agir se trouvent pour le moins réduites, participant de la diminution progressive des marges de manœuvre hospitalières au niveau des unités de travail. L'intervenant(e) en prévention est confronté(e) aux limites de la promotion d'un pouvoir d'agir affectif qui reste positionné au niveau du collectif et de ses ressources, alors même que certaines problématiques rencontrées nécessitent d'opérer des changements d'ordre structurel, autrement dit, d'être prises en charge à un niveau organisationnel. Suivant ces perspectives, il se pose la question de la reproduction des rationalisations affectives organisationnelles par le dispositif de prévention lui-même qui viendrait réguler les affects au travail, alors cantonnés à l'échelle du collectif de travail constituant, en définitive, la seule voie d'action laissée aux équipes.

Conclusion

Le recours au jeu dans le dispositif de prévention tend à initier, chez le personnel de santé, des formes de lâcher-prise vis-à-vis des mises en scène affectives de soi inscrites habituellement dans des logiques de dissimulation. Ces déplacements, propices à une libération de l'expression affective, tendent à favoriser les échanges d'ordre émotionnel dans

le cadre de l'intervention de prévention, pouvant alors faire l'objet d'un réinvestissement vers une mise en discussion des affects au travail dans des visées réflexives. Au travers de la mise en évidence et en confrontation, au sein du collectif, des assignations, normes, rationalisations affectives dans l'organisation hospitalière, l'enjeu est bien de permettre au personnel de santé de trouver des voies d'émancipation par une réappropriation du travail émotionnel fourni. Il s'agit de rendre les professionnels de santé détenteurs de ce qui se produit au sein de l'organisation du travail, au travers de l'activité de travail et qui peut leur échapper par effet d'habitude, de figement. Cette démarche de mise en réflexivité doit également pouvoir s'effectuer au niveau du dispositif de prévention lui-même, dans sa participation à une régulation des affects au travail, ne serait-ce que par la circonscription et l'encadrement des expressions affectives qu'il génère, renforçant alors les rationalisations affectives de l'institution hospitalière.

Le contrôle et la dissimulation des vécus affectifs en réponse aux assignations de l'organisation tendent à faire perdurer des logiques individualisantes dans le rapport aux affects au travail et, ce faisant, dans les accompagnements de prévention. Force est de constater qu'il reste difficile d'accéder aux équipes et aux collectifs, certes, du fait de contraintes fortes (charge de travail, manque de temps, etc.), mais également de résistances organisationnelles. L'accompagnement dans l'expression affective des personnels au sein de l'hôpital tend à s'opérer de manière privilégiée dans le cadre d'une prise en charge individuelle. Il peut ici être questionné une « psychologisation » (Castel, Enriquez et Stevens, 2008) des émotions qui tend à les ranger du côté de l'individuel et de l'intime, participant ainsi de modes de disqualification des affects dans le champ du collectif. Or, réhumaniser les organisations hospitalières, ainsi que ces dernières le promeuvent, nécessite de repositionner les vécus affectifs des membres de l'institution au cœur du travail et des soins ; autrement dit, une telle démarche ne peut se faire qu'à condition de penser les dimensions collectives et organisationnelles des affects au travail, à la faveur d'une montée en réflexivité susceptible de doter les professionnels de santé d'un pouvoir d'agir affectif face au poids des rationalisations organisationnelles.

BIBLIOGRAPHIE

- Bernard, J. (2017). *La concurrence des sentiments. Une sociologie des émotions*, Paris : Éditions Métailié.
- Blanchet, A., Ghiglione, R., Massonnat, J. et Trognon, A. ([1987], 2005). *La technique d'enquête en sciences sociales. Observer, interviewer, questionner*. Paris : Dunod.
- Bonnet, T. (2020). *La régulation sociale du risque émotionnel au travail*. Toulouse : Octarès Éditions.
- Boucenna, S. (2015). « L'accompagnement : une gestion structurelle de l'incertitude ». *Éducation et socialisation*, n° 38. <http://journals.openedition.org/edso/1258>
- Bouillon, J.-L. (2013). « Concevoir communicationnellement l'organisation. Contribution à l'analyse des rationalisations organisationnelles dans le champ de la "communication organisationnelle" ». Habilitation à diriger des recherches en SIC, Université de Toulouse : Toulouse.

- Bouillon, J.-L. (2015). « Technologies numériques d'information et de communication et rationalisations organisationnelles : les « compétences numériques » face à la modélisation ». *Les Enjeux de l'information et de la communication*, 16/1(1), p. 89-103. <https://doi-org.proxy-scd.u-bourgogne.fr/10.3917/enic.018.0089>
- Bouillon, J.-L., Bourdin, S. et Loneux, C. (2007). « De la communication organisationnelle aux "approches communicationnelles" des organisations : glissement paradigmatique et migrations conceptuelles ». *Communication & Organisation*, n° 31. <https://journals.openedition.org/communicationorganisation/90>
- Bouillon, J.-L. et Loneux, C. (2021). « De la constitution communicationnelle des organisations à l'organisation du social : enjeux et perspectives pour les ACO et la CCO ». *Communication & organisation*, n° 59, p. 27-43. <https://journals.openedition.org/communicationorganisation/9740>
- Bryon-Portet, C. (2011). « L'approche sémio-herméneutique : une nécessité pour étudier les dispositifs symboliques des organisations et leurs enjeux communicationnels ». *Communication & Organisation*, n° 39. <https://journals.openedition.org/communicationorganisation/3116>
- Caïra, O. (2018). « Les dimensions multiples de l'engagement ludique ». *Sciences du jeu*, n° 10. <http://journals.openedition.org/sdj/1149>
- Caroly, S. et Clot, Y. (2004). « Du travail collectif au collectif de travail : développer les stratégies d'expérience ». *Formation Emploi*, n° 88, p. 43-55.
- Castel, P. et Dalgalarondo, S. (2005). « Les dimensions politiques de la rationalisation des pratiques médicales ». *Sciences sociales et santé*, vol. 23, n° 4, p. 5-40. https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_2005_num_23_4_1663
- Castel, R., Enriquez, E. et Stevens, H. (2008). « D'où vient la psychologisation des rapports sociaux ? » *Sociologies pratiques*, 2008/2, n° 17, p. 15-27. <https://www.cairn.info/revue-sociologies-pratiques-2008-2-page-15.htm>
- Clot, Y. (dir.) (2021). *Le prix du travail bien fait. La coopération conflictuelle dans les organisations*. Paris : La Découverte.
- Cru, D. (2014). *Le Risque et la règle. Le cas du bâtiment et des travaux publics*. Toulouse : Éditions Érès.
- Detchessahar, M. (2013). « Faire face aux risques psychosociaux : quelques éléments d'un management par la discussion ». *Négociations*, n° 19, p. 57-80.
- Drulhe, M. (2008). « Le travail émotionnel à l'épreuve de la transformation du système de soins » dans Fernandez, F., Lézé, S. et Marche, H. (dir.). *Le langage social des émotions. Études sur les rapports au corps et à la santé*. Paris : Economica, p. 21-51.
- Dumas, A. (2018), « Étudier les dispositifs de prévention au prisme de la communication affective ». *Revue française des sciences de l'information et de la communication*, n° 12, <http://journals.openedition.org/rfsic/3484>
- Dumas, A. (2019). « Des compétences communicationnelles à la régulation des émotions au travail : les rationalisations organisationnelles que révèle l'étude des dispositifs de prévention de la santé en entreprise ». *Communication et Management*, n° 1, p. 65-77. <https://www.cairn.info/revue-communication-et-management-2019-1-page-65.htm>

- Dumas, A. et Martin-Juchat, F. (à paraître), *La communication affective en organisations : de la théorie au terrain*. Bruxelles : De Boeck.
- Dumas, A. et Pavillet, J. (2018). « Méthode visuelle et dynamiques affectives des cadres de santé autour de l'hôpital d'aujourd'hui et de demain ». *Revue française des sciences de l'information et de la communication*, n° 14. <https://journals.openedition.org/rfsic/4029>
- Esquerre, A. (2017). « Le jeu et le hors-jeu ». *Les Temps Modernes*, 2017/5, n° 696, p. 101-130. <https://www-cairn-info.ezproxy.uca.fr/revue-les-temps-modernes-2017-5-page-101.htm>
- Fernandez, F., Lézé, S. et Marche, H. (dir.) (2008). *Le langage social des émotions. Études sur les rapports au corps et à la santé*. Paris : Economica.
- Fernandez, F., Lézé, S., Marche, H. et Steinauer, O. (2006). « Émotions, Corps et santé : une politique de l'émoi ? ». *Face à face*, n° 8. <http://faceaface.revues.org/224>
- Foli, O. (2018). « Médier la parole sur l'activité : une dynamique de créativité au cœur des enjeux de santé au travail ». Actes du 21^e Congrès SFSIC, vol. 2, p. 331-343, <https://www.sfsic.org/wp-inside/uploads/2020/05/actes-vol-2-congres-sfsic-2018.pdf>
- Floris, B. (1996). *La communication managériale. La modernisation symbolique des entreprises*. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble.
- Fortino, S., Jeantet, A. et Tcholakova, A. (2015). « Émotions au travail, travail des émotions ». *La nouvelle revue du travail*, n° 6. <http://journals.openedition.org/nrt/2071>
- Foucault, M. ([1976-1988], 2001). *Dits et écrits*, tome II. Paris : Gallimard.
- Goffman, E. ([1974], 1991). *Les cadres de l'expérience*. Paris : Éditions de Minuit.
- Habermas, J. ([1981], 1987). *Théorie de l'agir communicationnel*. Paris : Fayard.
- Heller, T. Huët, R. et Vidaillet, B. (dir.) (2013). *Communication & organisation : perspectives critiques*. Villeneuve-d'Ascq : Presses universitaires du Septentrion.
- Hochschild, A. (2003). « Travail émotionnel, règle des sentiments et structure sociale ». *Travailler*, n° 9, p. 19-49.
- Hochschild, A. ([1983], 2017). *Le prix des sentiments. Au cœur du travail émotionnel*. Paris : La Découverte.
- Illouz, E. (2006). *Les sentiments à l'ère du capitalisme*. Paris : Éditions du Seuil.
- Illouz, E. (dir.) (2019). *Les marchandises émotionnelles. L'authenticité au temps du capitalisme*. Paris : Premier Parallèle.
- Janner-Raimond, M. et Tavignot, P. (2015). « Posture d'accompagnement au changement-innovation avec des équipes d'école volontaires : l'implication réfléchissante ». *Éducation et socialisation*, n° 38. <http://journals.openedition.org/edso/1271>
- Jeantet, A. (2018). *Les Émotions au travail*. Paris : CNRS Éditions.
- Lépine, V. (2018). « Communications organisationnelles et managériales : dynamiques de professionnalisation et enjeux de normalisation, valuation, évaluation ». HDR en Sciences de l'Information et de la Communication, Université Grenoble-Alpes. <https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-02053658/document>
- Lépine, V. et Martin-Juchat, F. (2020). « Enjeux communicationnels des recherches partenariales dans le contexte des open labs ». *Communiquer*, n° 30. <http://journals.openedition.org/communiquer/7396>

- Loriol, M. (2012). *La construction du social. Souffrance, travail et catégorisation des usagers dans l'action publique*. Rennes : Presses universitaires de Rennes.
- Loriol, M. (2013). « Travail émotionnel et soins infirmiers ». *Santé Mentale, Acte Presse*, p. 60-63.
- Martin-Juchat, F. (2008). *Le corps et les médias : la chair éprouvée par les médias et les espaces sociaux*. Bruxelles : De Boeck.
- Martin-Juchat, F., Lépine V. et Ménissier T. (2018). « Émotions, dispositifs et organisations : quelles finalités, quels engagements, quelles dynamiques ? ». *Revue française des sciences de l'information et de la communication*, n° 14. <http://journals.openedition.org/rfsic/3795>
- Mayère, A. (2014). « Communication et santé : étude des processus et dispositifs d'une rationalisation équipée ». *Revue française des sciences de l'information et de la communication*, n° 4. <http://journals.openedition.org/rfsic/889>
- Mayère, A., Grosjean, S. et Bonneville, L. (dirs.). (2009). « Rationalisation des organisations hospitalières : des incitations économiques aux injonctions à collaborer ». *Sciences de la Société*, n° 76. <https://journals.openedition.org/sds/9024>
- Mercadier, C. ([2002], 2017). *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*. Paris : Seli Arslan.
- Olivesi, S. (2006). *La communication au travail. Une critique des nouvelles formes de pouvoir dans les entreprises*. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble.
- Ortel, P. (dir.). (2008). *Discours, image, dispositif. Penser la représentation II*. Paris : L'Harmattan.
- Pavillet, J., Askri, A., Josselin, V., Amar, A., Laneyrie E., Lamy, S., Sicard, P., De Gaudemaris R. (2013). « Amélioration de la qualité de vie au travail dans les unités de soins : la démarche ORSOSA ». *Psychologie du Travail et des Organisations*, vol. 19, Issue 4, p. 386-403. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1420253016300504>
- Pouchelle, M.-C. (2003). *Essais d'anthropologie hospitalière. Tome 1. L'hôpital corps et âme*. Paris : Seli Arslan.
- Pouchelle, M.-C. (2019). *Essais d'anthropologie hospitalière. Tome 3. Voyage en pays de chirurgie*. Paris : Seli Arslan.
- Roux, A. (2013). « Rationalisation des émotions dans les établissements hospitaliers : pratiques des soignants face à un travail émotionnel empêché ». *Communiquer*, n° 8, p. 81-98.
- Van Belleghem, L. (2015). « Le travail de la confiance dans le management ». *Soins Cadres*, n° 96, p. 27-29
- Véga, A. (1997). « Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles ». *Sciences sociales et santé*, vol. 15, n° 3, p. 103-132.