

La pluriprofessionnalité, une condition obligatoire, mais insuffisante ?

Francis Guérin

▶ **To cite this version:**

Francis Guérin. La pluriprofessionnalité, une condition obligatoire, mais insuffisante ?. Soins Cadres, 2020, 124, pp.11-15. hal-03350739

HAL Id: hal-03350739

https://normandie-univ.hal.science/hal-03350739

Submitted on 15 Dec 2022

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 4.0 International License

Version of Record: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0183298020301892
Manuscript_dc7efd4bf42cf0d75d82fabe15134c14

Dochead **dossier**
Sous-dochead **Accompagner la pluriprofessionnalité**
La pluriprofessionnalité, une condition obligatoire mais insuffisante ?

Francis Guérin[a,*,b]
Maître de conférences en sociologie
[a] Institut national des sciences appliquées (Insa) Rouen Normandie, 685, avenue de l'Université, 76800 Saint-Étienne-du-Rouvray, France
[b] Laboratoire DySoLab, Université de Rouen, EA 7476, 1, rue Thomas-Becket, 76130 Mont-Saint-Aignan, France

* *Auteur correspondant.*
Adresse e-mail : francis.guerin@insa-rouen.fr (F. Guérin).

Résumé
Imposée de fait par la division du travail, voire l'hyperspécialisation, qui règne dans les métiers de la santé, la pluriprofessionnalité est certes ce qui permet aux organisations de fonctionner, mais elle est aussi l'arène dans laquelle les différentes professions se confrontent et s'affrontent pour préserver leur place : en être ou ne pas en être, telle est la question.

© 2020

Mots clés – collaboration ; concurrence ; différenciation ; intégration ; interprofessionnalité ; négociation ; pluriprofessionnalité

Summary ***à traduire***

© 2020

Keywords ***à traduire et à mettre par ordre alphabétique***

Force est de constater que *« faire concourir à un même objectif plusieurs professionnels de professions différentes* [en utilisant] *la complémentarité des savoirs et des compétences pour améliorer la résolution des problèmes rencontrés »* [1] constitue *a priori* une évidence séduisante pour un meilleur fonctionnement. Pour autant, si l'on pousse l'analyse, le fait même de parler de monoprofessionnalité a de moins en moins de sens dans la plupart des univers professionnels, et le discours actuel autour de la pluriprofessionnalité, s'il constitue une forme de retour du refoulé, pourrait bien être une manière de réunir les professionnels malgré tout ce qui les sépare. Enfin, à mettre l'accent sur le "pluri-", il ne faudrait pas oublier la partie "profession" du terme, abondamment travaillée par la sociologie interactionniste : les "professions" sont, certes, des acteurs en interaction mais… ne sont pas des acteurs tout à fait comme les autres.

© 2020 published by Elsevier. This manuscript is made available under the CC BY NC user license
https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/

T1 Généralités

La pluriprofessionnalité peut apparaître comme un “non-sujet” si l’on parle des organisations actuelles, de tous statuts juridiques, domaines d’activité ou tailles. À l’échelle sociétale, Durkheim a mis en évidence au début du XX^{e} siècle le fait que les sociétés “modernes” sont de plus en plus fondées sur une solidarité “organique” (complémentarité des activités et fonctions que remplissent les individus au sein de la société) plutôt que sur une solidarité “mécanique” cimentant la cohésion sociale sur la similitude des comportements et des valeurs, typique des sociétés traditionnelles ou peu différenciées [2]. Dans ces sociétés modernes ou développées, la cohésion sociale repose sur une indispensable/inévitable coopération : les individus, toujours plus spécialisés, sont tributaires les uns des autres pour survivre et pour que le fonctionnement global de la société soit assuré. Si elle a également (re-)mis en exergue la profonde interdépendance des sociétés, la crise sanitaire récente rappelle de manière brutale et, peut-être, salutaire, le caractère indispensable, voire vital, de métiers le plus souvent invisibles et peu valorisés, en particulier dans les services et les soins à la personne, dans le commerce ou dans la logistique.

Cette coopération indispensable à l’échelle de la société marque les organisations elles-mêmes, de manière plus nuancée et contingente selon les activités et les structures qu’elles mobilisent : si l’artisanat reste par définition marqué par des organisations de petite taille et peu fragmentées, il n’en va pas de même là où, selon Lawrence et Lorsch [3], les organisations affrontent un environnement (scientifique et technologique, industriel, commercial, financier) à la fois incertain, complexe et instable. Elles doivent alors se doter d’un haut degré de spécialisation interne et d’une très forte différenciation de leurs composantes (chacune susceptible de répondre à un “marché” ou à des évolutions technologiques spécifiques) et accepter de voir leurs services se spécialiser et devenir de plus en plus nombreux et pointus. Mais cette “différenciation” pose à l’organisation concernée les mêmes difficultés que la solidarité organique au sein des sociétés : se percevoir une communauté de destin ou d’intérêts ne va plus de soi pour des individus ou des sous-ensembles organisationnels de plus en plus dissemblables, capables certes de développer et d’affirmer une identité propre, mais aussi d’ignorer ce que fait l’autre, de se comparer ou d’entrer en compétition, voire de le mépriser ou d’en nier l’utilité. Si la solidarité organique risque, selon Durkheim, de voir monter anomie et individualisme, l’écueil d’une forte différenciation intra-organisationnelle est l’absence de régulation et de coordination entre composantes [2]. Autrement dit, plus l’organisation est “différenciée”, plus elle a – paradoxe apparent – besoin d’“intégration” afin de ne pas voir sa cohérence ni sa cohésion s’effondrer à force d’incompréhension, d’incommunicabilité, de compétition ou de forces centrifuges liées à des objectifs, des horizons temporels, des degrés de formalisation ou des modalités de relation par trop étrangères ou conflictuelles.

T1 Unir malgré tout ce qui sépare[1]

La spécialisation professionnelle est l'une des modalités de cette différenciation nécessaire aux organisations pour affronter les défis que leur impose leur environnement, mais peu d'univers en sont autant marqués que le monde de la santé. La croissance exponentielle des savoirs, l'accélération et la complexification technologique (qui ne concerne pas ce seul domaine) [4], le progrès des pratiques sont autant de facteurs liés qui alimentent et expliquent une forme d'hyperspécialisation : *« Si les incroyables progrès de la médecine ont donné lieu à un gain en termes de durée de vie, ils se sont aussi accompagnés d'une complexification du parcours des patients, de l'apparition de nouveaux besoins de santé, d'une multiplication et d'une hyperspécialisation des différents acteurs »* [5]. Ainsi, là où le décret du 12 octobre 1949 fixait une toute première liste de dix spécialités médicales, on en dénombrait 49 en 2019, comprenant elles-mêmes entre une et cinq sous-spécialités. Les infirmiers connaissent eux aussi leurs spécialités (bloc opératoire, puériculture, anesthésie) et les métiers de kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien, manipulateur(rice) en radiothérapie médicale, prothésiste, etc., sont apparus et se sont autonomisés.

Cette division du travail accrue, qu'elle ait pour objet de séparer ce qui était jusqu'alors confondu (les chirurgiens se distinguent définitivement des barbiers aux XVII^{e}-XVIII^{e} siècles) ou de défricher de nouveaux domaines de soins, explique qu'il n'est aucun domaine où l'appel à la pluriprofessionnalité soit plus insistant ou fort (elle est même inscrite dans le référentiel de compétences du diplôme d'État d'infirmier) [6]. Car la fameuse coopération dont parlait Durkheim n'advient pas par miracle, et Lawrence et Lorsch nous rappellent que l'*« intégration »* est d'autant plus nécessaire et difficile à réaliser que la *« différenciation »* est importante [3].

Autrement dit, la pluriprofessionnalité n'est ni un idéal ni un axe de développement managérial, ni même un supplément d'âme dispensable, mais une vraie contrainte, séquentielle ou simultanée pour qu'existe la coopération imposée par la spécialisation professionnelle. Certes, elle revêt de multiples formes et appellations, mais toutes constituent des dispositifs de régulation/coordination pour que la division du travail ne se résume pas à une juxtaposition de spécialistes isolés dans leurs logiques, langages et modes d'intervention spécifiques. Au-delà de l'écheveau des terminologies et des variations lexicales et sémantiques dont souffrent les mots inter-/pluri-professionnalité/disciplinarité [7], deux modalités se dégagent :

- **la pluriprofessionnalité au sens strict** qui, si l'on se réfère à la définition précédemment donnée, garde une forte dimension juxtapositive : *« La pluriprofessionnalité garantit l'identité professionnelle car elle cloisonne, protège chacune d'elles. Chacun garde sa spécificité, ses caractéristiques, modifiant son environnement par rapport aux objectifs fixés, ce qui place les*

professionnels comme étant juxtaposés, c'est-à-dire les uns à côté des autres, dans un contexte de groupe secondaire » [8]. Ne créant aucune entité nouvelle, la pluriprofessionnalité laisse pendante la question de la coordination entre professions, sauf à mettre en scène un "acteur pivot" qui est, par exemple, un médecin généraliste [9] ou un infirmier de coordination [10]. Ne jouant pas sur les structures et faisant intervenir des acteurs sans statut spécifique, la pluriprofessionnalité a ceci de fragile qu'elle repose largement sur les qualités personnelles des individus concernés qui, mis en position de marginal sécant, sont à la fois très exposés et potentiellement valorisés par ce rôle ;

• **l'interprofessionnalité,** elle, recouvre un *« ensemble de relations et d'interactions qui permettent à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience pour les mettre de façon concomitante au service des clients et pour le plus grand bien de ceux-ci »* [11]. Elle suppose *« la création d'une entité constituée des différentes professions* […] *dans laquelle les soignants ne resteront plus propriétaires des formes qu'ils ont créées et qu'ils n'arrivent pas à remettre en question »* [8]. En relèvent les projets transversaux, les communautés de pratique [12], les équipes interprofessionnelles [11,13], les tournées interdisciplinaires quotidiennes [14], les pratiques infirmières centrées sur le malade [15] ou les formations ensemble pour apprendre à travailler ensemble [16,17], etc.

Assurée par un individu clé (pluriprofessionnalité) ou par une entité (plus ou moins formelle) tentant de transcender différences et clivages, la coordination/régulation repose sur une interaction (soit polarisée autour d'un individu, soit plus diffuse entre l'ensemble des participants/métiers de l'interprofessionnalité) qui présente bien sûr des caractéristiques et des difficultés "techniques" : Quel répertoire partager pour communiquer ? Quel temps arracher au quotidien pour s'y consacrer ? Quelle prise en compte ou reconnaissance par l'organisation ? Quel degré d'acceptation du partage de la décision et d'abandon de ses prérogatives réservées ? Mais elle peut être porteuse de promesses encore peu explorées parce que particulièrement complexes, comme le développement de compétences dites collectives [18] dont on comprend encore mal les mécanismes et les liens avec la coopération. Mais elle présente surtout deux dimensions liées sur lesquelles nous aimerions revenir.

T1 Négocier équivaut à produire de la règle

Tout d'abord, parler d'interaction ou de collaboration[2], quand bien même elle se présenterait comme *« une action collective, un partenariat entre plusieurs professionnels de disciplines différentes qui travaillent ensemble vers l'atteinte d'un but commun, soit d'offrir des soins et services de santé de qualité à la personne et ses proches »* [7], ne signifie en rien une relation égalitaire,

harmonieuse et exempte de rapports de domination. Ouvrir ou tenter une nouvelle forme de relation jusqu'alors peu développée revient également à ouvrir un nouvel espace de négociation et de confrontation qui, en réalité, permet à l'organisation de… fonctionner.

Si l'on en croit les sociologues interactionnistes, et en particulier Strauss qui parle à propos de l'hôpital d'un *« ordre social négocié »* [19], *« l'interaction est le pivot autour duquel s'organisent les processus ; c'est au moyen de l'interaction que se fait la division du travail et qu'elle est maintenue, que les tâches sont opérationnalisées et coordonnées, que le travail nécessaire pour soutenir sa motivation et celle de son entourage peut être identifié et maintenu »* [20]. Strauss montre dans son étude de deux hôpitaux psychiatriques que les interactions entre les acteurs (psychiatres et jeunes médecins résidents en psychiatrie, psychologues, élèves infirmières, ergothérapeutes, assistante sociale, mais aussi malades et visiteurs) *« ne sont pas régies par les règles mais contribuent, au contraire, à les renégocier sans cesse par un jeu d'ajustement des comportements* […] *»* [21]. Car les règles de l'hôpital sont trop générales pour prévoir et régler les situations spécifiques proposées par chaque "trajectoire de maladie". Dans des organisations aussi complexes, les structures de la division du travail semblent au départ indéfinies, les buts de l'organisation non spécifiques, les règles équivoques, mais un processus continu fait d'accords tacites, d'arrangements non officiels, mais aussi de décisions officielles, entre les différents groupes professionnels concernés leur permet néanmoins de fonctionner : *«* […] *un minimum de règles seulement peuvent être mises en place pour faire fonctionner un hôpital, puisqu'un immense espace de contingence dépasse celui couvert par les règles. Les règles ne peuvent servir de guide et d'impératif qu'à une faible part de la totalité de l'action concertée qui se développe autour du malade. En conséquence, comme nous l'avons déjà noté, là où l'action n'est pas réglementée, elle doit être l'objet d'un accord »* [19].

Autrement dit, les règles et les statuts hiérarchiques ne doivent pas être surestimés quant à leur capacité à produire de la stabilité et une part d'ordre au sein des organisations. Certains auteurs [22,23] parleraient d'une inévitable *« incomplétude de la règle »* qui doit être complétée et amendée en permanence par des régulations négociées ou *« conjointes »* qui l'altéreront tout en lui permettant de se maintenir et de se reproduire. Tout simplement nécessaire, donc, cette négociation aura d'autant plus de chances de produire des règles locales pertinentes face aux situations qu'elle inclura des acteurs ou des groupes professionnels diversifiés. Chaque protagoniste ou segment professionnel (eux-mêmes hétérogènes) aura sa propre projection de trajectoire de maladie et les débats de trajectoire seront d'autant plus vifs ou aigus que ces projections seront éloignées ou que la trajectoire de maladie du patient sera incertaine et complexe. Mais s'ils arrivent à un alignement de leurs actions (un compromis), son caractère inter- ou pluriprofessionnel l'enrichira de projections de trajectoire

qu'une décision fondée sur une seule idéologie professionnelle ne saurait produire.

T1 La pluriprofessionnalité, risque et opportunité

La sociologie des professions ne s'arrête pas là et, si nous avons jusqu'alors consacré plus d'attention au caractère inter- ou pluri-, il est temps de rappeler que nous parlons également de professionnalité, donc de professions. De fait, pluriprofessionnalité et interprofessionnalité supposent une rencontre, médiée ou non, entre plusieurs professions autour d'un même objet et d'un même but, et cette rencontre même fera "bouger" les lignes entre elles.

Abbott [24] s'intéresse avant tout au contenu du travail professionnel et sa préoccupation première est l'évolution et les interrelations des professions, tout autant que la manière dont les groupes professionnels (*occupational groups)* parviennent à contrôler et à protéger leurs compétences et leurs connaissances, autrement dit à *« se faire reconnaître le monopole d'une compétence, au sens juridique (juridictional competence), c'est-à-dire la légitimité exclusive d'exercer, dans un champ spécifique d'activités »* [25]. Chaque profession ou segment de profession fera valoir ses revendications juridictionnelles (*jurisdictional claims*) dans trois arènes : le champ légal (droits statutaires, monopoles légaux d'exercice, fermeture de la profession par un ordre, protection des titres) qui concerne – ô combien – les professions médicales et de santé, l'arène publique (état – souvent rigide et simplificateur – de l'opinion publique et des images qu'elle charrie quant aux tâches qui relèvent ou non d'une profession) et le lieu de travail lui-même (*workplace claim*).

En contradiction potentielle avec les deux autres arènes et bien plus mouvant, le lieu de travail et la division des tâches qui y règne peuvent conduire les professionnels à assumer de multiples tâches débordant leur cadre professionnel normal, à en abandonner d'autres, à se débarrasser de tâches routinières peu valorisantes sur d'autres segments professionnels, voire sur des groupes externes à la profession dès lors dégradés ; un professionnel peut être plus ou moins compétent et son travail sera alors effectué par d'autres qui n'en ont ni le mandat ni la qualification officiels ou dans la "*jurisdiction*" légale desquels ce travail ne figure pas ; la surcharge peut conduire, face aux exigences de l'organisation et aux urgences du travail, à une quasi-abolition des frontières entre professions : *« There results a form of knowledge transfer that can be called workplace assimilation. Subordinate professionals, non-professionals, and members of related, equal professions learn on the job a craft version of a given profession's knowledge systems »* [24], etc.

Les définitions de fonctions formalisées sont souvent, selon Abbott [24], éloignées de la réalité ou entretiennent un lien lâche avec elle tant la division effective du travail s'établit à travers la négociation, la coutume, les routines dans la plupart des organisations concrètes, donnant corps à des règles de "*jurisdiction*" professionnelles très contingentes et situationnelles, bien moins

durables que les "*jurisdictions*" définies dans les aires publique et légale et très sensibles/vulnérables aux perturbations organisationnelles [26]. Les équipes de professionnels ou membres d'une profession sont souvent remplacées par des paraprofessionnels ou du personnel peu ou pas qualifié, voire non formé, sans qu'il existe officialisation de ces changements. La division du travail doit alors être renégociée, d'où un changement des frontières réelles des "*jurisdictions*" pour répondre aux impératifs de l'organisation. S'il leur manque la formation théorique qui justifie l'appartenance à une profession, ces personnels acquièrent la plupart des compétences de diagnostic (définition du problème), thérapeutiques (solution curative du problème) et d'inférence (recherche d'une cause) constituant les trois opérations de base de la pratique professionnelle experte. Cette assimilation sur le lieu de travail (*workplace assimilation*) est facilitée par l'hétérogénéité des groupes professionnels : le rendement, la productivité, les résultats (*outputs*) concrets d'un individu comptent bien plus que son statut, officiel ou non. Certains professionnels sont plus ou moins talentueux et les meilleurs subordonnés sont parfois meilleurs que leurs pires supérieurs ; des membres d'une profession connexe finissent par mieux connaître le travail réel d'une autre que nombre de ses ressortissants officiels. Abbott parle d'assimilation horizontale (entre professions connexes) et verticale (entre supérieurs/subordonnés) [24].

T1 Conclusion

La pluriprofessionnalité ou l'interprofessionnalité sont les lieux par excellence où se joue la collaboration, mais aussi la compétition, l'affrontement, entre professions : en être absent expose à voir d'autres professions s'arroger une "*jurisdiction*" que ne leur donne pas le champ légal ; y être présent suppose d'affronter les revendications de "*jurisdiction*" d'autres professions, que ce soit en protégeant la sienne ou en contestant les leurs en exhibant des résultats, des compétences, des *outputs* supérieurs à ceux des autres. Elles sont, en quelque sorte, indispensables aux positionnements respectifs des différentes professions.
Par ailleurs l'universitarisation actuelle des professions infirmières[3] peut constituer une voie (dans l'arène légale) pour se doter d'atouts dans cette confrontation entre professions. *« Inter-professional conflicts as educators struggle to keep control over a nursing curriculum derived from an eclectic mixture of social and biological sciences. Having worked so hard to establish epistemological demarcation from medicine, recent developments in nursing academe may be understood as an attempt to safeguard nursing's control over its knowledge base in the face of competing claims from other disciplines such as the social sciences »* [26]. Il s'agit en effet du propre des professions, caractérisées par la centralité de la connaissance et du savoir théoriques et dégagées d'une portée strictement technique, que d'être capables, à travers un système de connaissances gouverné par des abstractions, de redéfinir leurs problèmes et tâches, de se défendre contre les intrus ou les imposteurs, et de se

saisir de nouveaux problèmes : l'abstraction seule permet, selon Abbott [24], de survivre dans le très concurrentiel système des professions et dans les interactions entre elles. Cela est également tout l'enjeu de la constitution des sciences infirmières. Mais sont-ce des atouts suffisants s'ils sont démentis ou affaiblis par les confrontations pluri/interprofessionnelles sur le lieu de travail ?

Notes

[1] Nous paraphrasons ici le sociologue Ferdinand Tönnies pour qui, dans la communauté, les hommes restent liés malgré toute séparation.

[2] Les Nord-Américains parlent plus volontiers de collaboration interprofessionnelle (CIP) ou d'*interprofessional collaboration* (IPC).

[3] Grade licence pour tous les diplômés en soins infirmiers depuis 2012, mastérisation des formations des cadres de santé, avec des M2 complémentaires pour les cadres de santé.

Déclaration de liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

[1] Avenir des équipes coordonnées (AVECsanté) Lexique. Pluriprofessionnalité. https://avecsante.fr/definitions-et-legislations/lexique.

[2] Durkheim E. Les règles de la méthode sociologique. Paris: PUF; 1985.

[3] Lawrence P, Lorsch J. Adapter les structures de l'entreprise. Paris: Éditions d'Organisation; 1989.

[4] Rosa H. Accélération. Une critique sociale du temps. Paris: La Découverte; 2010.

[5] Hirsch G. À quoi servent les réseaux de soins palliatifs ? In: Jacquemin D, de Broucker D. Manuel de soins palliatifs. 2e éd. Paris: Dunod; 2014.

[6] Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'État d'infirmier – Annexe II, compétence 2, point 1. "Élaborer un projet de soins de soins dans un contexte de pluriprofessionnalité". https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009.pdf.

[7] Careau E. Processus de collaboration interprofessionnelle en santé et services. Proposition d'une grille d'observation des rencontres d'équipes interdisciplinaires. Thèse de doctorat en médecine expérimentale de l'Université Laval. 2017.

[8] Guihard J.-P. Interprofessionnalité ou interprovidence ? Journal d'ergothérapie 1999;21(3):91-5.

[9] Léger E. Les freins et moteurs de l'interprofessionnalité à travers l'expérience des acteurs de soins exerçant ou faisant partie d'un projet de Maison de santé pluriprofessionnelle. Paris: Université Paris-Descartes; 2017.

[10] Laurent J, Le Cossec C, de Chambine S. Coordination infirmière et maladies chroniques : état des lieux des activités en médecine adulte à

l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris. Rech Soins Infirm 2019;1(136):90-8.
[11] D'Amour D, Sicotte C, Lévy R. L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. Sc Soc Sante 1999;17(3):67-94.
[12] Le Goff Pourias MA. Les communautés de pratique à l'hôpital, un espace de valorisation des compétences. Leçons tirées de trois études de cas longitudinales. Thèse de doctorat en sciences de gestion de l'université de Poitiers. 2017.
[13] Lemieux-Charles L, McGuire WL. What do we know about health care team effectiveness? A review of the literature, Med Care Res Rev 2006;63(3):263-300.
[14] Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. Cochrane Database Syst Rev 2017;6(6):CD000072.
[15] Bilodeau K, Dubois S, Pepin J. Contribution des sciences infirmières au développement des savoirs interprofessionnels. Rech Soins Infirm 2013; 2(113):43-50.
[16] Gallant S, Clerc M, Gachoud D, Morin D. Apprendre ensemble pour travailler ensemble : l'éducation interprofessionnelle, un mythe ou une réalité ?. Rech Soins Infirm 2011;3(106):40-6.
[17] Policard F. Apprendre ensemble à travailler ensemble : l'interprofessionnalité en formation par la simulation au service du développement des compétences collaboratives, Rech Soins Infirm 2014;2(117):33-49.
[18] Boutigny E. Coopération dans l'entreprise et compétence collective. Actes du XV^{e} congrès de l'AGRH. Montréal (Canada); 2004. p. 1327-44.
[19] Strauss A, Schatzman L, Bucher B, et al. L'hôpital et son ordre négocié. In: Strauss A. La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme. Paris: L'Harmattan; 1992. p. 87-112.
[20] Baszanger I. Les chantiers d'un interactionniste américain. In: Strauss A. La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme. Paris: L'Harmattan; 1992. p. 11-64.
[21] Bonicco-Donato C. L'interaction. In: Hulak F, Girard C. Philosophie des sciences humaines. Concepts et problèmes. Paris: Librairie philosophique J. Vrin; 2011. p. 69-98.
[22] Reynaud JD. Les régulations dans les organisations : régulation de contrôle et régulation autonome. Rev Fr Sociol 1988;29(1):5-18.
[23] Reynaud JD. Ce que produit une négociation collective, ce sont des règles. Négociations 2005;2(4):139-59.
[24] Abbott A. The system of professions. An essay on the division of expert labour. Chicago (États-Unis): Chicago University Press; 1988.

[25] Dubar C, Tripier P, Boussard V. Sociologie des professions. 4e éd. Paris: Armand Colin; 2015.
[26] Allen D. The changing shape of nursing practice. The role of nurses in the hospital division of labour. Londres (Royaume-Uni): Routledge; 2000.