

La prescription des émotions pour les infirmières hospitalières et les volontaires de AIDES : Contrôle de soi et juste distance au malade.

Marc LORIOU

CNRS

Laboratoire Georges Friedmann,
CNRS-Paris I

16 Bd. Carnot, 92 340 Bourg-la-Reine

01 45 36 16 89

marc.lorou12@libertysurf.fr

Jean-Marc WELLER

CNRS

Laboratoire Techniques, Territoires
et Sociétés (LATTS)

Ecole Nationale des Ponts et Chaussées

6-8 av. Blaise Pascal, cité Descartes,

77 455 Marne la vallée

01 64 15 38 22

jean-marc.weller@latts.enpc.fr

Alors que la sociologie du travail et des organisations a abordé occasionnellement la question des émotions et des états affectifs (Fineman, 1993), l'ergonomie semble avoir longtemps laissé de côté ce thème (de Montmollin, 1996). Présentées comme trop irrationnelles ou comme renvoyant à la « personnalité », les émotions ont été perçues comme un objet dangereux qui risquait de mener au subjectivisme ou à la psychologisation excessive des difficultés rencontrées dans le travail.

C'est à travers les préoccupations récentes pour la question du stress que le thème des émotions au travail a connu un nouveau regain d'intérêt. Les travaux des psychologues, notamment d'orientation cognitivo-comportementale (Lelord, André, 2001 ; Légeron, 2001), ont alors été mobilisés pour développer tout un discours prescriptif autour de la nécessité de plus en plus grande, dans le monde du travail contemporain, de développer une « intelligence émotionnelle » (Goleman, 1999). Renouvelant la théorie évolutionniste, ces auteurs attribuent deux grandes fonctions aux émotions humaines : l'adaptation à son environnement et la communication avec autrui. D'une part les émotions agissent comme des guides qui peuvent nous aider à prendre les bonnes décisions en fonction du contexte et de l'expérience accumulée, et d'autre part, elles permettent aux personnes en interaction de sentir l'effet produit sur l'autre et facilitent l'ajustement mutuel. Les personnes qui pour des raisons physiopathologiques seraient incapables de ressentir leurs émotions et celles des autres seraient ainsi gravement handicapées socialement. Toutefois, pour ces auteurs, les grandes émotions humaines seraient le produit d'un processus multi-millénaire de sélection adaptation, bien plus lent finalement que les transformations des exigences du travail durant ces derniers siècles. D'où un risque de désajustement entre des émotions basées sur l'adaptation à un univers dangereux et incertain (le *flight or fight* du chasseur-cueilleur) et les besoins coopératifs et relationnels de l'économie de plus en plus tertiaisée. La « solution » alors, serait d'aider chacun à gérer et contrôler ses émotions afin d'en faire un atout et non un obstacle.

Avec la montée en puissance du thème fourre-tout du stress au travail, la focalisation sur le service au client, la relation d'aide, force est de constater l'importance croissante des dispositifs managériaux concernant le travail émotionnel dans les métiers de contact. La réaction première du sociologue ou de l'ergonome (au moins pour celui s'intéresse plus aux situations de travail qu'aux différences individuelles entre travailleur) est de critiquer cette tendance, de souligner les effets d'occultation qu'elle peut avoir sur les débats autour des conditions et de l'organisation du travail. Une telle critique, pour être intéressante et pertinente, suppose toutefois une analyse détaillée des conditions, des formes et des effets de ces nouvelles pratiques de prescription émotionnelle. D'autant que derrière cette apparente importance, il y a certainement des usages variés.

C'est pourquoi on propose la comparaison de deux terrains, certes différents, mais qui impliquent tous les deux de la part de l'intervenant une démarche d'aide et une confrontation à la maladie : infirmière hospitalière dans différents services de soins et bénévoles dans une association d'aide aux malades du sida (AIDES). Ces enquêtes ont été menées sur la base d'entretiens et d'observations. Le thème de la prescription imposait un recours important aux discours (entretien, manuels ou guide de formation, conseils de tous ordres donnés par des «thérapeutes» ou des aidants expérimentés et/ou en position de domination hiérarchique). Cela est d'autant plus nécessaire que la vie émotionnelle est intime, et même si elle peut transparaître dans certaines expressions du visage, elle n'est pas forcément facile à observer. Elle s'exprime en effet dans tout un ensemble de codifications sociales et des processus de construction collective auxquels participent justement les pratiques de prescription émotionnelle que l'on souhaite étudier ici.

Peut-on prescrire les états affectifs dans le travail relationnel ?

Comment le face à face avec le malade est-il pensé et mis en forme ? La question de la prescription dans les activités soignantes et plus encore quand il s'agit de «bénévoles», de «volontaires» dans le langage de AIDES, peut sembler à première vue relativement complexe. Si l'on limite le prescrit à «ce que la hiérarchie spécifie formellement, oralement ou par écrit (consignes, notices, règlements...)» (de Montmolin, 1996), force est de constater qu'il

n'existe que peu de règles générales organisant ce que doit être le travail de l'infirmière ou du «volontaire», notamment dans sa dimension relationnelle. Cela peut s'expliquer par le caractère personnalisé et imprévisible des relations humaines qui ne peuvent pas être aisément coulées dans des cadres trop rigides, d'autant que d'un service à l'autre, d'une organisation caritative à une autre, les modes d'organisation et de division du travail peuvent être très variables.

La difficulté de définir *a-priori* la forme que doit prendre le travail relationnel dans les deux organisations étudiées tient également pour une part à leur mode de fonctionnement et leur «idéologie». Si l'hôpital est une structure technico-administrative lourde devant assurer la coordination de nombreux intervenants, le travail, du fait de son caractère complexe et imprévisible, ne peut y être totalement prescrit par la direction centrale. Le spécialiste des organisations Henry Mintzberg (1982) a qualifié de «bureaucratie professionnelle» ce fonctionnement dans lequel la régulation est assurée à travers la standardisation des qualifications. Ce type d'organisation contrôle la qualité du travail en s'assurant que ses membres répondent à des qualifications bien définies et sanctionnées légalement. Par exemple, l'hôpital peut difficilement contrôler la façon dont chaque infirmière va réaliser telle ou telle injection. L'hôpital va plutôt s'assurer d'embaucher des infirmières qualifiées, qui ont obtenu une formation reconnue en soins infirmiers et dont les compétences sont certifiées par un ordre professionnel ou un autre système de vérification des qualifications. Dès lors, il est possible de considérer que les règles professionnelles peuvent tenir lieu de prescription. Or, les réflexions récentes sur les «règles de métier» associées au travail infirmier accordent une grande place à la façon de gérer les émotions liées au contact avec autrui.

L'origine associative du travail de AIDES marque bien évidemment le sens, l'image, que ses membres veulent donner de leur action. Si l'on partage l'idée que les techniques de prescription émotionnelle entendent instrumenter le travail autant qu'elles refabriquent le travailleur lui-même, le dotant de qualités et d'intérêts de manière bien précise, on ne peut que remarquer que le travail militant et le travail soignant diffèrent largement. En effet, dans le cas de AIDES, les prescriptions émotionnelles s'inscrivent fondamentalement dans un rapport d'égalité entre l'accueillant, l'association et l'accueilli. La fiction politique implicite est celle

d'une démarche de santé communautaire (la communauté des malades du sida et de tous ceux qui font l'expérience du sida dans leur vie, en étant directement exposé ou touché par l'atteinte d'un proche, d'un conjoint, d'un enfant, d'un parent). Cela ne signifie pas qu'il n'y ait pas de tensions, d'inégalités ou de rapports de force naturellement. Mais le contrôle de soi et la distance à l'autre se jouent selon une figure très particulière qui est l'accueil et l'accompagnement de malades qu'on construit a priori comme des proches (Weller, 2002). Les techniques de prescription émotionnelle sont censées équiper les accueillants dans leur capacité à se protéger (affectivement) et à se sentir (politiquement) proches simultanément. Le cas du travail salarié plus classique diffère certainement sur ce point : comment introduire une certaine proximité dans des rapports qui à la base sont des rapports d'inégalité (entre le soignant et le soigné, entre le soignant et sa hiérarchie). On ne peut donc formellement parler de « prescription » au sein de AIDES. En effet, à la différence du travail infirmier, le travail des bénévoles de l'association ne se déroule pas dans un espace de subordination : le volontaire n'a pas authentiquement de hiérarchie, et donc la prescription n'est pas exactement du même ordre que dans le cadre du travail salarié.

Reste qu'il y a un intérêt quand même à comparer les deux terrains. Tout d'abord pour des raisons historiques. Les militants d'une association comme AIDES ont certainement contribué à faire circuler, au sein de l'hôpital et du milieu infirmier, des techniques relationnelles inédites (autour du thème de l'accompagnement et de la mort : les réflexions de Aides sont inaugurées par un psychiatre - et militant de AIDES - de Necker en 1985) jusque là considérées comme relativement marginales en France (en fait, très éloignées, on l'imagine, de la manière dont la profession infirmière s'est historiquement construite en France), à un moment où précisément la profession se redéfinit. Par ailleurs, confrontés à la difficile question des conséquences émotionnelles de l'engagement auprès des malades, les militants des associations antisida se sont tournés vers les travaux qui autour de la notion de « burn out » avait été réalisés en Amérique du Nord sur les difficultés psychologiques des soignants. Ensuite, dans les deux cas, les objectifs des réflexions sur le « bon » positionnement professionnel étaient similaires : faire face à l'usure psychologique qui provoque des défections ou une critique des conditions de travail et rend plus difficile le

recrutement d'une part. D'autre part contrôler l'effet des émotions des soignants ou des volontaires sur la relation avec le malade et l'image de l'institution, c'est-à-dire la construction d'une certaine confiance. Dans les deux cas, ces objectifs se traduisent par une tendance à la professionnalisation, même si celle-ci est évidemment plus parcellaire dans le cas de AIDES. C'est à travers cet axe de la professionnalisation qu'il convient de comprendre le développement des techniques et des pratiques de prescription des états émotionnels.

Toutefois, pour les infirmières et *a fortiori* pour les aidants associatifs, l'élaboration de telles règles est un phénomène récent qui ne porte, pour l'instant, que sur des principes très généraux dont il n'est pas toujours simple de dégager une mise en œuvre concrète sur le terrain.

Les techniques de la prescription émotionnelle

L'impression première est en effet que chaque soignant doit, avec sa propre personnalité, son éthique personnelle, se débrouiller pour gérer ses émotions dans la relation avec le malade. Pourtant, en ce domaine, les conseils et les réflexions sont de plus en plus nombreux et précis. Dans le sillage de la psychanalyse puis, de plus en plus de la psychologie cognitivo-comportementale, le « travail émotionnel » que doit nécessairement réaliser tout « professionnel » est de plus en plus formalisé par les manuels à destination des soignants, dans les discours des cadres et des formateurs. Ce travail émotionnel — qu'il soit fait spontanément ou « prescrit » — comporte deux faces : un contrôle par le soignant de ses propres émotions (ne pas pleurer, ne pas montrer son dégoût, garder son calme, etc.) et la tentative d'induire chez le patient les émotions désirables et facilitant le travail de soin (calmer un malade angoissé, atténuer la gêne liée à un soin intime, redonner la joie de vivre à un patient triste, etc.). Ce travail émotionnel doit, pour être efficace, être invisible, ne pas apparaître comme un travail (Hochschild, 1983). Un sourire visiblement forcé, par exemple est insuffisant et mal vécu. Ce travail est proche des compétences sociales ordinaires que chacun met en œuvre dans sa vie de tous les jours et implique plus la personnalité de celui qui le met en œuvre que d'autres types d'activités. De fait, il est généralement géré de façon informelle et spontanée par le collectif de travail. L'idée de prescrire le travail

émotionnel peut alors sembler paradoxale voire absurde.

D'ailleurs, du début du siècle jusqu'aux années 1960, de nombreux auteurs écrivant sur ce que devrait être le métier d'infirmière ont affirmé que celle-ci ne faisait finalement que transposer, dans un cadre professionnel ses qualités féminines «naturelles», ses dispositions à s'occuper des autres comme elle le faisait de son mari ou de ses enfants. La volonté toutefois de professionnaliser le métier d'infirmière autour d'un rôle propre, distinct de celui du médecin (notamment par la prise en compte des «besoins psychologiques et socio-culturels» du malade) et les réflexions sur les conditions de travail ont fait évoluer la façon de concevoir le métier. A la fin des années 1960, en effet, se pose de plus en plus le problème de recruter des soignants compétents. L'usure professionnelle et le «ras le bol» des contraintes psychologiques du travail, étaient mis en avant pour expliquer la pénurie. Les manifestations infirmières de 1988 et 1991 ont également contribué à placer au centre des débats la question des conditions de travail.

Le résultat a été, entre autre, la production de tout un discours sur la professionnalisation du travail émotionnel et la gestion des émotions. Trouver la bonne distance avec le malade et contrôler ses réactions et ses affects sont devenus, à l'image de la figure emblématique du médecin, les leitmotifs de la bonne infirmière, au moins dans les discours (Loriol, 2000).

A cela s'ajoute, au moins pour l'hôpital la volonté des directions et des organismes gestionnaires, de développer, dans le but de produire des normes de bonne gestion, tout un travail de quantification du travail nécessaire pour chaque catégorie de malades. Il s'agit de calculer, pour des «groupes homogènes de malades», la charge de travail moyenne mise en œuvre effectivement dans les différents services. De cette façon, des redéploiements entre des services qui seraient sur-dotés et des services qui seraient «sous-dotés» pourraient être envisagés (Loriol, 2002). Cette démarche s'accompagne en outre d'une approche plus centrée sur la qualité : chaque service doit faire la preuve qu'il se plie bien à certaines normes de pratiques définies à l'avance afin de pouvoir bénéficier de l'accréditation désormais nécessaire à tout établissement de soins.

Dans ces calculs et cette volonté de normalisation, cependant, le travail relationnel et sa

dimension émotionnelle posent problème ; d'où la volonté de le réduire à des techniques standardisées, donnant plus de prise à la mesure et au contrôle de l'activité. Cette situation a pu être observée depuis plus longtemps au Canada où Angelo Soares a pu parler de façon évocatrice de «macdonalisation du travail infirmier» dont la dimension relationnelle est de plus en plus appauvrie (Soares, 2000). Quelles sont les techniques préconisées pour parvenir à cet objectif ? Elles peuvent être schématiquement résumées de la façon suivante :

- La protocollisation : ce terme issu du langage médical renvoie à l'élaboration codifiée et standardisée des conduites à tenir dans telle ou telle situation. A l'origine, l'objectif était de contrôler, dans un souci d'objectivité, de comparabilité, les conditions de l'expérimentation d'un nouveau traitement. Puis le terme a servi à qualifier toutes les séquences de travail pré-définies à l'avance, décomposées en gestes techniques simples. Cela permet au soignant de se concentrer sur la part technique de son activité et ainsi de donner moins de prises à ces émotions, de ne pas se sentir pris au dépourvu et de dépersonnaliser la relation. Par exemple, la toilette peut être divisée, dans les manuels, en une trentaine d'étapes. Autre exemple : dans un service de réanimation pédiatrique, la conduite à tenir avec la famille en cas de décès d'un enfant a été définie avec une grande précision par l'équipe avec l'aide des psychologues du service. Censé être pensés rationnellement (prise en compte des savoirs scientifiques, de l'expérience collective), ces protocoles ont pour ambition de rendre la relation plus efficace et moins traumatisante pour les soignants.

- La relaxation : si les émotions ne sont pas directement contrôlables (on ne décide pas d'être en colère ou joyeux) certaines manifestations corporelles des émotions sont peut être plus accessibles à notre volonté. Quand on est en colère, le rythme cardiaque s'accélère, les muscles se contractent, la respiration devient plus rapide et saccadée. Chercher à se détendre musculairement et contrôler sa respiration (respiration ralentie, profonde et abdominale) peut alors aider à sortir plus vite de sa colère. Les techniques de relaxation sont assez souvent enseignées dans les stages de gestion du stress ou des conflits proposés aux soignants.

- L'évitement : si l'on sent que lors d'une interaction, il n'est plus possible de retenir ses émotions dans le cadre prescrit par le rôle professionnel, il est conseillé de se retirer provisoirement de la relation, le temps de «retrouver ses esprits». Cela

suppose le soutien des collègues qui acceptent de prendre le relais pendant quelques instants.

- Un mode plus subtil de l'évitement est la dépersonnalisation de la relation, ou comme le disent les psychologues repris par certains cadres : «Séparer son moi personnel de son moi professionnel» : il s'agit de ne pas se sentir personnellement impliqué dans la relation : ce n'est pas à moi que ce malade adresse des reproches, mais au représentant de l'institution hospitalière dont j'endosse la blouse, quelques heures dans ma journée. Il s'agit en fait d'un cas particulier d'une catégorie plus large : le travail sur les représentations. Mais l'objectif serait aussi de ne pas chercher à régler, par le choix du métier d'infirmière ou l'engagement dans une association, des problèmes psychologiques personnels.

- Le travail sur les représentations : l'idée est que l'émotion est liée à la façon dont le soignant perçoit la situation. Si un patient vous met en colère, c'est que vous jugez son comportement comme moralement répréhensible, illégitime. Si l'on pense au contraire que le comportement en question n'est que la manifestation «normale» et incontrôlable de sa maladie, la charge émotionnelle s'en trouve automatiquement réduite. De même, la mort ne doit pas être considérée comme un échec qui mettrait le soignant en faute, mais comme un élément «normal» de la vie et du travail à l'hôpital. La trop forte identification avec le malade, encore, est déconseillée car elle conduit à endosser d'une façon qui devient vite insupportable, les souffrances de l'autre. Ce travail sur les représentations est souvent mené dans le cadre des groupes de parole mis en place dans certains services considérés comme difficiles.

On trouve, chez les infirmières, un certain nombre de techniques visant à lui permettre de trouver la bonne distance avec le patient : le protocole, la relaxation, l'évitement temporaire, la dépersonnalisation ou le travail sur les représentations constituent autant d'éléments repérables dans l'organisation visant à prescrire un contrôle de soi, signe de professionnalité. Certains ergonomes, comme le canadien Michel Bigaouette (2001) ont d'ailleurs participé à ce mouvement. De même, on trouve chez les volontaires de AIDES des techniques analogues : guides et formations à l'entretien, formation à l'écoute, régulations (entretiens avec un psychologue extérieur à l'association), groupes de parole, évitement temporaire, etc. On pourrait ici facilement donner des exemples

avec des «documents» bruts à l'appui : extraits de guides ou documents de formation, extraits ordinaires de situations de travail, d'actions entreprises dans les groupes de travail, etc.

Par ailleurs, ces techniques n'ont pas toutes le même statut. En fait, certaines reposent sur un travail strictement individuel et visent le «contrôle de soi» (relaxation, entretiens individuels avec un psy, stages de formation à l'extérieur) tandis que d'autres mettent en avant le collectif (groupes de parole, entretiens collectifs avec un «psy»). Alors que, dans le premier cas, l'intéressé est coupé de son activité professionnelle et invité à se recentrer sur lui-même (ce lui-même étant supposé cohérent, fiction de l'unité du sujet, etc.), le deuxième cas ne dissocie pas les agents de ceux avec qui ils agissent concrètement. Le premier type de techniques renvoie donc au SUJET, le second renvoie au TRAVAIL. Il y a donc peut-être là une distinction importante à noter. On pourrait projeter les différentes techniques de prescription en fonction de ce critère assez simple. Cela permet aussi de poser le problème de l'articulation individuel/collectif sous-tendu par chaque technique de prescription de l'émotionnel. Nous pouvons penser par exemple à la «régulation» que les volontaires sont invités à entreprendre. Périodiquement, les volontaires se rencontrent avec un psy extérieur à l'association pour parler de leurs cas difficiles, de leurs tensions, de comment s'est passé le mois. La technique de «régulation» est connue notamment pour la psychanalyse : individuelle, elle s'inscrit dans une corporation professionnelle plus ou moins constituée. Celle que réinventent les militants de AIDES en la rendant collective, faute de pouvoir s'inscrire dans du collectif.

Quelle efficacité pour quels résultats ?

Ces différentes techniques mises en œuvre ici de façon volontariste, consciente et organisée, sont en fait assez proches des stratégies d'adaptation développées collectivement et individuellement au cours du temps par les soignants dans les services «qui marchent bien» (Loriol, 2000). Cela suppose une certaine marge de manœuvre sur les effectifs et les moyens, une organisation du travail qui prend en considération les difficultés et les nécessités du travail soignant, une certaine stabilité et entente dans l'équipe. Quand une de ces conditions est absente ou

que la difficulté (technique ou émotionnelle) des soins s'élève sans compensation en terme de moyens, le travail émotionnel risque d'être plus problématique. La tentation, quand existe la volonté d'améliorer les choses (ce qui n'est pas toujours le cas), est de renforcer le travail émotionnel prescrit et donc de faire d'ues problèmes une simple question de compétence professionnelle individuelle : si les infirmières souffrent, c'est qu'elles ne sauraient pas suffisamment gérer leurs émotions et la distance avec le malade.

Il existe en fait toute une échelle, un continuum, qui va des normes les plus intériorisées aux techniques les plus artificielles en passant par les règles rappelées par l'équipe ou les cadres. Plus la gestion des émotions apparaît au soignant comme imposée de l'extérieur, ne correspondant pas à ses affects spontanés, moins elle pourra véritablement le protéger et plus elle risque d'avoir des effets pervers : effets indésirables sur la vie émotionnelle hors travail, comme cette infirmière qui a peur de ne plus pouvoir s'engager dans une véritable relation amoureuse ; marginalisation du groupe de travail dont les normes ne paraissent plus acceptables et surtout culpabilisation oubli des revendications qui renvoient aux responsabilités de la direction ou de l'encadrement.

On pourrait dire la même chose à propos des militants de AIDES, même si la prescription n'a évidemment pas le même caractère d'obligation. La question posée est de savoir à quelles conditions ces techniques de prescription sont appropriables par les intervenants, ce qui dépend du jeu qu'elles autorisent pour permettre à ces derniers de les réinscrire dans le flux d'activités de travail. Ainsi, on trouverait des situations où ces techniques constituent effectivement une aide pour les soignants ou les bénévoles dans leur rapport au patient, et l'on trouverait des situations où elles génèrent des effets pervers importants. De fait, c'est la question du «genre» (professionnel ou militant) qui est implicitement posée : à quelles conditions ces techniques nourrissent (ou abîment) les savoirs partagés, les routines de travail, les connaissances collectives implicites qui font une culture de métier. Cette question nous paraît importante, à condition de mesurer que ce qui assure à une prescription émotionnelle son efficacité dépend aussi de l'environnement matériel et temporel du travail lui-même. Ainsi, le design des «boxes» d'accueil à AIDES

est indissociable de toute une gamme de prescriptions visant à canaliser les émotions. Plus largement, il y aurait une distinction importante à noter, qu'on pourrait désigner par le terme «d'attachement». Il y aurait des situations de travail (comprenant des travailleurs, une organisation et des malades) où ces techniques favorisent un meilleur attachement (des travailleurs avec l'organisation et les patients). Et il y aurait des situations où ces techniques débouchent sur un plus mauvais attachement (des travailleurs entre eux, des travailleurs et des patients, etc.). Au cœur de cette question, la capacité à entretenir un «genre» (Clot, 1999) paraît centrale. On pourrait donc projeter les différentes techniques de prescription en fonction de ce critère. (par exemple évoquer le problème des boxes délaissés par les volontaires, des entretiens d'accueil qui «débordent», etc.)

C'est toute la grande difficulté de la prescription de la distance et du contrôle émotionnel des soignants ou des volontaires est en effet d'éviter d'aller trop loin, de trop déshumaniser la relation. D'où l'ambiguïté, par exemple de la théorie du burn out qui enjoint au soignant de se protéger pour éviter l'épuisement émotionnel qui conduirait inévitablement au rejet du patient. Entre la sympathie et l'antipathie, le soignant devrait viser l'empathie. Cette neutralité affective rappelle en fait la position du médecin. Mais cette position est plus difficile à tenir pour les soignants qui justement revendiquent un autre regard, une approche du malade qui ne le réduit pas à l'état d'organe dysfonctionnant et assurent un contact plus long et prolongé avec les patients.

Tous les discours sur le contrôle émotionnel, la distance et la professionnalisation sont donc d'autant plus faciles à tenir, finalement, que l'on se trouve éloigné des contraintes du terrain et de l'engagement avec des malades réels. Il n'est pas étonnant que les cadres et les formateurs s'en fassent les principaux partisans. Pour certains soignants, on aurait même là affaire à un jargon, sans intérêt pratique, mais indispensable pour monter dans la hiérarchie, montrer une certaine compétence aux postes à responsabilité et renforcer sa crédibilité aux yeux de ses pairs.

Toutefois, dans l'ensemble, les soignants accordent spontanément une grande confiance et développent des espoirs importants dans les différentes pratiques d'aide psychologique (entretien avec un psychologue, groupes de paroles,

formations à la gestion du stress, des conflits ou des émotions). Pour ne pas provoquer un rejet violent (ce qui a été le cas de certains soignants ayant eu l'impression qu'on s'était moqué d'eux) ni accroître encore les écarts entre l'idéal et la réalité (ce qui ne peut qu'accroître les difficultés), il est donc nécessaire d'être prudent dans la mise en œuvre (de la part des formateurs ou des cadres) des pratiques de gestion de l'émotionnel. Pour cela, il faut partir des stratégies mises en œuvre spontanément et tenir compte de leurs possibilités d'existence. Ne pas renvoyer les revendications sur les moyens et l'organisation à des questions d'insuffisance personnelle, c'est-à-dire reconnaître et discuter les contraintes environnementales et non chercher à les nier.

L'ambition de ce travail était de donner les moyens de penser l'économie de ces techniques de prescription depuis le travail lui-même jusqu'aux conditions concrètes de son accomplissement. Dans ces conditions (une sociologie pragmatique), qui rend le dialogue possible entre sociologues et ergonomes ou chercheurs en psychodynamique, on pourra insister sur l'ambiguïté de ces techniques. Par exemple l'importance de pouvoir penser ces techniques non comme de purs instruments ou guides pour l'action, mais véritablement comme des dispositifs contribuant à définir le travailleur lui-même, son corps, ses émotions et le sens de son intervention. Il y a du politique dans les instruments de mesure du *burn out* ! On pourrait évoquer les «technologies de soi» dont l'histoire a été esquissée par Foucault et qui «permettent aux individus d'effectuer, seuls ou à l'aide d'autres, un certain nombre d'opérations sur leur corps et leur âme, leurs pensées, leurs conduites, leur mode d'être» (1994, 785).

Dans des milieux et pour des questions pour lesquels une prescription hiérarchique autoritaire serait inacceptable et surtout peu efficaces, la prescription prend ici plus la forme d'un idéal proposé au soignant ou au bénévole, de conseils visant non à le contraindre, mais à favoriser son adaptation donc son bien être individuel. La pathologisation de difficultés présentées comme des conséquences de mauvaises adaptations individuelles est l'autre face de la normalisation propre à tout milieu social et particulièrement professionnel. Cette forme de prescription, typique des activités de service à fort engagement personnel est probablement

plus douce, plus soucieuse des besoins de la personne, mais elle n'efface pas (même si elle cherche parfois à les nier) les contraintes du monde de travail et n'est pas forcément exempte d'un certain nombre d'effets pervers : culpabilisation personnelle de celui ou celle qui ne parvient pas à surmonter ses affects, risque affaiblissement du collectif si les difficultés des collègues sont présentées comme de simples faiblesses individuelles, rejet des atypiques qui par leurs comportements remettraient en cause les règles collectives, etc.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

BIGAOUETTE M., La gestion professionnelle des émotions et l'approche prothétique : un nouveau travail prescrit pour soigner les déments, *PISTES*, vol. 3, N°1, pp. 1 à 17.

CLOT Y., 1999, *Les fonctions psychologiques du travail*, PUF, «le travail humain».

FINEMAN S. (ED.), 1993, *Emotions in Organizations*, Sage.

FOUCAULT M., 1994, *Dits et écrits*, Vol. IV, Gallimard.

GOLEMAN D., 1999, *L'intelligence émotionnelle. Cultiver ses émotions pour s'épanouir dans son travail*, Lafont.

HOCHSCHILD A., 1983, *The managed heart*, University of California Press.

LÉGERON P., 2001, *Le stress professionnel*, Odile Jacob.

LELORD C. ET ANDRÉ F., 2001, *La force des émotions*, Odile Jacob.

LORIOU M., 2000, *Le temps de la fatigue. La gestion sociale du mal-être au travail*, Anthropos, «Sociologiques».

LORIOU M., 2002, *L'impossible politique de santé publique en France*, Erès, «Action Santé».

MINTZBERG H., 1982, *Structure et dynamique des organisations*, Editions d'organisation.

MONTMOLLIN (DE) M., 1996, *L'ergonomie*, La découverte, «Repères».

SOARES A., 2000, La charge émotive du travail infirmier, *Objectif Prévention*, vol ; 23, n°2., pp. 10-11.

WELLER J.M., 2002, Stress relationnel et distance au public. De la relation de service à la relation d'aide,