

1. Le travail émotionnel à l'épreuve de la transformation du système de soins

Marcel DRULHE

Le système de santé se transforme sous la conjonction d'une triple évolution : la santé, sa protection et son développement sont devenues des préoccupations majeures dans la société civile. Ces préoccupations se traduisent par l'attention portée tant à l'alimentation et à l'activité physique qu'aux enjeux liés au stress dans la vie quotidienne (transports, travail, modes d'habiter) ; du côté de la demande de soins le désir d'une plus grande transparence s'associe au souhait de voir les soignants cesser de déterminer seuls l'intérêt de leurs patients ; la pression politique sur le système de soins à cause des déséquilibres financiers de la protection sociale (au premier chef, l'assurance-maladie) appelle des changements organisationnels pour limiter ses dysfonctionnements qui se traduisent par des abus et des gaspillages (Béraud, 2002). Ces conséquences indésirables sont moins liées à des pratiques individuelles (par incompetence ou par mauvaise volonté des professionnels) qu'à des effets structurels : désormais l'objectif est de rationaliser l'organisation du système de soins pour aboutir à des pratiques soignantes productives et efficaces tout en confortant la démocratie sanitaire (droit d'accès à des soins de qualité, ce qui suppose transparence de l'infor-

mation et participation aux décisions médicales). Que devient le travail émotionnel dans cette transformation de la division du travail des soins et des normes visant à définir les « bonnes pratiques⁶ » ?

Allègement de l'encadrement et accroissement de la pression au travail dans les services

Au niveau du système hospitalier, le changement est nettement perçu par les professionnels. La comparaison de deux enquêtes dont l'une a été effectuée en 1998 et la seconde en 2003 fait apparaître que les déclarations indiquant que l'on a un ou plusieurs salariés sous ses ordres sont moins nombreuses alors que ces mêmes actifs hospitaliers interrogés indiquent ressentir plus fréquemment une surveillance et un contrôle permanents (Jounin, Wolff, 2006). Cet étonnant paradoxe s'éclaire d'abord par l'examen des transformations dans les fonctions hiérarchiques qui traduisent la distribution inégalitaire des tâches, des moyens et des honneurs. En premier lieu, les formes d'encadrement se sont diversifiées : gouvernance et surveillance ont éclaté plus nettement en pôles distincts. La surveillance revient aux cadres de proximité chargés du contrôle de l'exécution des objectifs et des procédures déterminés par un encadrement plus lointain chargé de déterminer « le travail tel qu'il doit se faire ». L'activité hospitalière fait l'objet d'une multiplication de protocoles élaborés par les « gouvernants » (les gestionnaires éloignés du « terrain »), ce qui donne ce sentiment du « poids » des consignes de travail au moment même où les « surveillants » sont moins nombreux. En second lieu, en dehors de ces relations d'encadrement, la relation de

6. Ce texte est le prolongement de travaux plus anciens (Drulhe, 2000).

prescription qui se noue entre médecins et infirmiers se traduit par une subordination infirmière qui fait l'objet de négociations constantes. Il reste que les médecins peuvent invoquer à tout moment l'urgence ou la sécurité des malades pour imposer leur prescription. Compte tenu des contraintes liées à l'application de la Réduction du temps de travail (RTT), ils peuvent ainsi « demander l'impossible », c'est-à-dire imposer la faisabilité de soins en un laps de temps déterminé alors qu'il n'y a plus de marge de manœuvre : le temps de chevauchement entre les équipes qui se succèdent a été drastiquement réduit et ce qui reste est nécessaire pour la transmission d'informations et le maintien d'un minimum de convivialité pour la coopération entre équipes (Tonneau, 2003). En outre, l'extension de la « protocolisation » de l'activité soignante qui met de plus en plus en sourdine les consignes directes, multiples et isolées au profit de séries de procédures et réactions en adéquation à des situations typiques tend à « dépersonnaliser » les instructions au point que les médecins ne signent plus chacune de leurs prescriptions mais globalement le protocole qu'ils engagent. Si cette standardisation tend à réduire la diversité des pratiques et calibre la prise en charge des patients pour améliorer sa qualité, elle remet en cause les arrangements locaux en affaiblissant les coopérations, ce qui peut atténuer l'efficacité. Dans la ligne des logiques professionnelles, la délégation des infirmiers et infirmières aux aides-soignants et aides-soignantes relève d'une relation d'autorité instable : la « suggestion » d'une infirmière à l'endroit d'une collègue aide-soignante peut facilement être perçue comme une injonction et susciter l'antagonisme au lieu de l'entente et de la coopération (« Quand on est aide-soignant, on a un boulot à faire et on connaît son boulot. On n'a pas besoin d'avoir quelqu'un sur le dos »). Et nombre d'aides-soignants (au sens générique) se plaint

que la séparation avec la profession infirmière est beaucoup plus stricte qu'auparavant. À cela peut s'ajouter un effet d'âge : se sentir « sous la responsabilité » d'un jeune infirmier ou d'une jeune infirmière peut susciter un sentiment d'indignité. Voilà qui permet déjà d'éclairer le paradoxe révélé par l'enquête citée : « moins de chefs et plus de pression hiérarchique ».

Le glissement du travail d'organisation vers les « professionnels de terrain »

Sous-jacente à ces redéfinitions, à ces glissements et à ces redistributions des tâches au sein du système de soins⁷ que viennent confirmer les lois de 2002 et 2005 visant productivité et satisfaction, c'est la reconfiguration du travail hospitalier d'organisation qui est en jeu⁸. Le travail d'organisation vise à indiquer ce qu'il faut faire et comment le faire dans une situation déterminée. Dans le système industriel qui s'est développé autour des idées de Taylor, organiser le travail relevait de la direction et de ses cadres, par la médiation de divers bureaux qui effectuaient ce travail précis d'explicitation et de régulation d'enjeux parfois contradictoires : le but était de « dimensionner chaque tâche sur mesure ». Avec le passage à un système de services de masse, le travail d'organisation passe du haut vers le bas, vers les « premières lignes », vers les professionnels « englués » dans le terrain : le système de soins, de plus en plus sollicité par des demandes protéiformes, n'échappe pas à

7. Même si les orientations et les modes de gestion des établissements privés ne sont pas identiques aux hôpitaux publics, une convergence s'opère du fait de la volonté d'uniformisation décidée par l'État (modes de financement, manières de travailler, etc.).

cette transformation. Ce décalage vers la base repose sur deux principes : résoudre un problème qui se pose quelque part en le déplaçant ailleurs ; inciter les personnels à la participation en leur faisant absorber les injonctions des protocoles tout en les mobilisant pour résoudre les problèmes que les gestionnaires n'ont pas réglés. Du coup, les « attentes d'en haut » sont idéales (Saury, 2003) et s'avèrent très souvent irréalistes et impossibles, « à côté de la plaque » : les attentes de satisfaction des patients ne sont pas ces abstractions concoctées en « chartes » ou « contrats de soins » ; elles sont des corps, des cris, des paroles, des membres de leur famille. Comment faire face à l'impératif moral désormais rabâché : « soyez autonomes » ? Impossible « d'y arriver » sans tricher, sans gommer une partie des prescriptions ou des procédures, sans présenter les résultats sous le jour le plus favorable possible même si le compte n'y est pas : le nouveau travail d'organisation intègre le « comme si », le déguisement en conformité de l'arrangement illicite à condition de s'en tenir au silence, de respecter la norme implicite de l'interdiction de communiquer sur les difficultés du travail et sur l'art de tordre le cou aux protocoles pour les surmonter en veillant à ce que sécurité et satisfaction soient à peu près assurées. Cette « loi du silence » sur les pratiques effectives auprès des malades empêche la constitution et le maintien de collectifs : la convivialité qui subsiste a souvent le caractère de légèreté des loisirs et des moments de détente hors travail dont on parle ; on ne partage guère les microdécisions prises face aux dilemmes techniques ou éthiques auxquels on est confronté dans les chambres ou dans les salles de soins : on a beau être submergé de relations avec les malades et avec les collègues, on reste fondamentalement « seul », seul auprès du patient, seul à « bricoler un bidouillage » en faisant « la paperasse » pour assurer une tracabilité

vraisemblable selon une norme qui finit par rendre la fabrication de la trace plus importante que les finalités de l'exercice professionnel. À écouter ces soignants « de première ligne », « le contrôle (...) est d'autant plus pesant qu'il est vu comme éloigné du « terrain » : seuls les résultats sont jugés, disent les personnels, tandis que les difficultés, les manques de personnel, l'augmentation des cadences passent inaperçus ou bien sont tus » (Jounin, Wolff, 2006 : 123). Comment ne pas rechercher quelque modalité de fuite de cette « implication contrainte » transformant sans fin les limites organisationnelles en problèmes individuels ?

Changements du travail de soin et transformation de la domination

Cette tendance à déléguer le travail d'organisation (tendance transversale à tout l'univers des services de masse) prend tout son sens si on la rapporte d'une part aux changements dans les formes de domination, et d'autre part, de façon spécifique à l'univers social de la santé, aux modifications de la relation médecin-malade. La subordination des soignants qui sont au contact des malades au sein du système hospitalier ne relève pas de la relation personnelle : ils sont soumis à des contraintes organisationnelles médiatisées par des relations plus ou moins personnalisées d'encadrement, même s'il a fait l'objet de « dégraissage ». En même temps cette servitude est possible par l'adhésion à ce qui la légitime. Cependant on peut remarquer que la coercition et le consentement tendent à se séparer : ce sont les contraintes qui sont le plus éprouvées tandis que l'arbitraire qui les légitime suscite une certaine lucidité critique. Comment « comprendre simultanément cette expansion des compé-

tences critiques et le maintien de la domination » (Martuccelli, 2004) ? La prise en compte des nécessités « fonctionnelles » de l'organisation n'empêche pas diverses modalités de résistance d'apparaître. Il reste que beaucoup de contraintes incluent la réification : même dans l'univers social des services de masse, on a tendance à aborder la relation entre les individus comme des relations entre « choses », donc à limiter les possibilités de leur interaction et à fermer leurs horizons. Cela contribue à persuader ceux qui sont plongés dans cette expérience que ces rapports sociaux ont la pesanteur d'une naturalité et qu'on ne peut pas les modifier. Nouvelle forme d'assujettissement ? Cela supposerait que les personnels reprennent à leur compte les catégories qui déterminent leurs pratiques et façonnent les contours de leur identité. Par leur « indiscipline amusée » (le jeu clandestin du « comme si » forcément inclus dans le déroulement des soins), les soignants tentent de tenir à distance « les disciplines », c'est-à-dire tous ces quadrillages insidieux qui visent à vous inscrire dans une forme obéissante de sujet. Même si le modèle de l'assujettissement n'a pas totalement disparu, le référentiel dominant est celui de la responsabilisation : il est devenu « la racine d'une exigence généralisée d'implication des individus dans la vie sociale » (Martuccelli, 2004 : 479). L'enjeu n'est pas de rappeler aux acteurs qu'ils sont responsables de ce qu'ils font (principe de responsabilité) ; on présuppose bien plus : l'individu est censé être responsable de tout ce qui lui arrive et il doit mettre en œuvre ses capacités à s'adapter à tous les imprévus (modèle de responsabilisation). La délégation du travail d'organisation aux soignants qui sont au contact des patients s'inscrit dans cette nouvelle configuration de la domination : passé le temps d'inculcation lié aux apprentissages des métiers et professions (la période de formation aux « disciplines »),

ces personnels sont placés en situation d'injonctions de toutes sortes (multiples protocoles) autour du pivot de l'injonction à l'autonomie (il s'agit d'être « à la hauteur » dans l'art de la flexibilité, de la souplesse et du compromis). La prescription « taylorienne » du geste pertinent (inculcation) est supplantée et complétée par une incitation soutenue à l'implication au travail, à la mobilisation de soi pour ajuster son activité aux particularités de la situation (injonction). Mais tous les soignants ne sont pas sous l'emprise de l'hyperactivité que suppose l'injonction : déçus par cette course sans fin, certains vivent un « indéfinissable malaise » lié à leur sentiment d'impuissance dont ils se protègent par un repli sur les routines professionnelles qui autorise un silence total sur leurs activités. Le sentiment d'absurdité engendre une carapace défensive : c'est la figure de l'aliénation auquel on peut substituer le terme d'implosion, moins connoté mais qui vise tout autant ce vide de soi engendré par l'écart entre la force des contraintes et l'impuissance à devenir l'acteur de sa propre vie⁹.

9. La quatrième figure de la domination, la dévolution, que Danilo Martuccelli voit apparaître dans nos sociétés ultra-libérales, ne paraît pas présente à l'hôpital, du moins chez les soignants au travail : l'environnement normatif pour la sécurité et la satisfaction des patients est bien trop présent. Cette figure se caractérise par le fait que l'individu, livré à lui-même, sans incitation à reprendre à son compte un contenu normatif particulier, est « mis en demeure d'affronter ce qui lui est présenté comme conséquence de ses actes passés » (Martuccelli, 2004 : 491). Cette forme est particulièrement présente maintenant dans bien des campagnes d'information en santé publique : pour la prévention du Sida, on ne dit rien sur ce que devrait être une vie sexuelle « normale » ou « bonne » ; on donne seulement des conseils techniques

Un néopaternalisme dans le rapport de soin médical

Dans la mesure où les nouvelles manières d'organiser le système de soins font davantage de place aux malades, l'ancien modèle paternaliste du rapport des soignants aux patients est largement remis en question. Ancré dans les certitudes scientifiques en lesquelles se fondait la nécessaire utilité d'une décision médicale incontestable, ce modèle permettait aux soignants de « s'approprier » la subjectivité du malade en le réduisant à un simple objet de soins. Le nouveau management des soins qui intègre le droit à l'information du patient et sa participation à la décision thérapeutique, s'il le souhaite, transforme-t-il pour autant la relation soignante en une relation partenariale égalitaire ? Un modèle consumériste pour lequel la réponse à ce qui est perçu comme l'essentiel de la demande de soin (l'expertise scientifique du problème de santé) est forcément toute contenue dans le traitement technique de réparation (le traitement chirurgical ou thérapeutique) ou bien de soulagement et de confort (soin palliatif réduit au traitement médicamenteux de la douleur) ne s'est-il pas substitué au modèle paternaliste ? Penser qu'au sein du système de soins, l'offre serait à la merci de la demande revient à inverser le modèle de l'autorité médicale exclusive au profit du consommateur de soins : loin de sollicitude, le médecin renvoie le consultant à la solitude de son autonomie consumériste ; au diable la confiance, l'usager du système de soins devient un client méfiant qui fait ses courses de santé. Cette hypothèse est immédiatement démentie par l'observation : le patient se présente comme un être vulnérable exprimant une plainte en accordant sa confiance au médecin et non pas comme un client-roi qui fait son marché dans la panoplie thérapeutique, toujours soupçonneux sur les services qu'on lui propose et faisant

jouer la concurrence entre prestataires.

En est-on venu pour autant au modèle égalitaire d'un partenariat démocratique garanti par les droits du patient ? En laissant le travail d'organisation aux « soignants du terrain » incités à une adaptation et à un compromis de tous les instants, on pourrait croire qu'est venu le temps du dialogue et du partage (Pierron, 2007) : au creux de la relation soignante qui s'inscrit dans la durée, il peut exister un moment délibératif où se communique et s'explique l'information sur les processus pathologiques en jeu. Au regard du diagnostic, l'éventail des solutions thérapeutiques n'est pas infini : exposer, discuter voire hiérarchiser les alternatives appellent à « se décider ». Vient le temps de l'action thérapeutique, c'est-à-dire du traitement pratique de la plainte : si le patient est alors transformé en objet de soins, le processus antérieur rappelle aux soignants que leur « objet de soin » est toujours et encore le sujet de la décision et du consentement à leur activité sur son corps. Comment concilier la massification des services thérapeutiques avec la reconnaissance des personnes auxquels ils s'adressent ? Une réponse en termes de logique industrielle de standardisation de l'offre ou de logique de rationalisation technocratique (de type SBAM : Sourire, Bonjour, Au revoir, Merci) est inconcevable. La tendance organisationnelle que nous avons décrite ci-dessus présente l'avantage de permettre un rapport partenarial de co-production : le travail sur autrui peut devenir un travail avec autrui.

Si la pente organisationnelle du système de soins hospitaliers tend à converger avec le modèle partenarial du rapport soignant, peut-on tenir cette convergence pour vérification ? Pour se persuader que la négociation, le compromis et la souplesse sont au cœur des services, rien de tel que de supposer que l'autonomie des soignants est

au chevet de l'autonomie des malades. Mais la conquête des droits du patient a-t-elle rayé de la carte l'autorité médicale ou soignante (Lang, Rolland, Clément, Membrado, Drulhe, Hélandot, Mantovani, 2007) ? Personne n'est prêt à soutenir que les progrès réalisés en matière de droits de l'enfant ont mis fin à l'autorité parentale. Les textes qui régissent désormais le rapport médecin-malade n'effacent pas tous les éléments du modèle paternaliste : ils tiennent compte en particulier des états émotionnels du malade pour fonder « l'exception thérapeutique ». Ainsi, si le malade risque de prendre des décisions qui lui seraient fatales en ayant connaissance du diagnostic, le médecin peut contrevenir à son droit à l'information pour le protéger (cas classique du maniaqué dépressif : son impulsivité peut laisser craindre le pire si on lui en dit trop). « L'argument paternaliste des états émotionnels du malade, justifiant le pouvoir et l'autorité du médecin contre les droits apparents du patient, reste aujourd'hui valide et se trouve d'ailleurs reconnu aussi bien par le code de déontologie que par la Cour de cassation » (Jaunait, 2007). Cela ne veut pas dire que l'ancien modèle est totalement maintenu : la relation asymétrique a été rééquilibrée de manière décisive. Cependant, en dépit de l'information apportée à la personne qui vient consulter et se faire soigner, en dépit du recueil de son consentement dans les formes, l'asymétrie émotionnelle entre soignant et patient est reconnue comme une constante non négligeable : le modèle néopaternaliste actuel affirme ainsi l'impossibilité d'un consumérisme médical au nom d'une rationalité affectuelle qui bouleverse la froide rationalité instrumentale du destinataire des services de soin, mais en même temps il remet en cause le présupposé d'une autonomie héroïque du patient (il n'est pas le partenaire tranquille et détendu de négociations avec les soignants froidement

calculées).

La mise en perspective des changements du travail d'organisation au sein du système de soin hospitalier avec les transformations des formes de domination (qui n'exclut pas le maintien de formes antérieures) et avec le passage à un modèle néopaternaliste dans le rapport soignant invite à observer ce qu'il advient de la « sollicitude » et de « l'humanité » au chevet des patients. Ces expressions, qui traduisent la prise en charge des états émotionnels des patients, constituent le pendant de la rationalisation économique, administrative et technique des établissements de soins et visent son rééquilibrage. L'enjeu est de rendre tolérable cette rationalisation auprès du public qui la perçoit comme relevant du calcul productiviste (s'enrichir sur le dos de la souffrance humaine). En s'occupant du malaise, du trouble, de la douleur, de l'inquiétude, bref de l'émoi suscité par les pathologies dont la personne qui vient consulter et quémander du soin fait l'expérience en même temps qu'elle découvre les signes de son mal-être, le soignant peut manifester de la compassion : c'est une façon d'afficher un certain désintéressement et de sortir l'échange de son caractère « trop » marchand.

Le travail émotionnel dans l'activité relationnelle

Avant de prendre la mesure de ce qu'il advient de cette incitation à la sollicitude qui fait partie de « l'esprit du temps », arrêtons-nous sur cette composante de l'activité relationnelle (Mercadier, 2002). Au préalable il importe de se souvenir que les activités techniques et matérielles du soin (l'intervention soignante hôtelière ou de confort) présupposent une compétence et une activité relationnelles : face à la présence de l'autre, toujours ambigu (atti-

rant et repoussant, sincère et manipulateur...), il s'agit de manifester une disponibilité à la communication et une volonté de rencontre, bref l'accueillir. Ce moment cognitif conjugué à la fois des échanges d'informations factuelles (identité sociale, explicitation des anomalies constatées, site et nature de la douleur...) qui peuvent susciter raisonnement et argumentation, et aussi de subtils « mouvements intérieurs quasi-viscéraux » entre désir d'effacement (« ne pas savoir où se mettre ») et impulsion d'extériorisation (« se sentir transporté ») que chaque membre de la relation décode et canalise. L'interprétation de l'émoi originel mobilise un ethos émotionnel (*feeling rules* ou *emotion norms*, Hochschild, 1975) et éventuellement une éthique. L'ethos émotionnel met en jeu l'acceptabilité de l'émotion par l'appréciation de sa normalité ainsi que la détermination de son degré de voilement. De ce point de vue, la pudeur relève moins de quelque morale bien-pensante (pruderie ou pudibonderie) que d'une règle implicite de protection (échapper à la toute-puissance du regard de l'autre, à son risque d'effraction et d'invasion) et de préservation de sa capacité de sujet (rester maître de sa part d'ombre et de son dévoilement). L'aspect éthique intervient à un niveau plus élaboré du sentiment pour inclure son appréciation à l'aune du bien et du mal : ce qui était par exemple dégoût au niveau de l'éthos devient gêne ou honte dès qu'on le place sur le registre éthique. La canalisation de l'émoi ainsi décodé est irréductible à sa manifestation ou à sa dissimulation selon la position prise au regard de l'ethos émotionnel. Le premier enjeu est son acceptation ou non. S'il est accepté, le travail émotionnel va consister à le situer entre les pôles du voilement et du dévoilement. S'il n'est pas accepté, demeure l'alternative suivante : supprimer l'émoi originel et le remplacer par une émotion « convenable » (« enterrer ses dents de vampire » et « faire

bonne figure ») ou bien réprimer la pulsion et l'associer à un autre ressenti dont une autre figure est porteuse (cas classique du transfert : la colère contre le cadre infirmier est déniée tout en devenant insatisfaction de la collaboration avec les collègues [Theodosius, 2006]). La pente éthique conduit à tirer parti des émois les moins convenables pour en faire des moteurs de création : ainsi, la colère se transforme en indignation ou l'orgueil en générosité.

Pareille explicitation du travail émotionnel (*emotion work*) d'accueil se situe dans un contexte de rapport d'empathie qui engage à la fois attirance, séduction et identification : on se met à la place de l'autre pour comprendre, à travers des indices corporels, de la communication non-verbale ou des propos explicites, ce qu'il ressent. Et ce contexte relève lui-même de l'ordre privé ou domestique. Une distinction linguistique au sein de la culture britannique ou étasunienne permet de repérer le passage à l'univers du travail salarié qui transforme la nature du travail émotionnel : non plus *emotion work* mais *emotional labour*. En situation professionnelle, l'ethos émotionnel mobilisé tout comme l'éthique engagée dans l'expression émotionnelle ne comporte pas (ou à un degré moindre) l'exigence de sincérité et d'authenticité. Le travail émotionnel sur le lieu de travail tient compte de l'intérêt propre de la personne en sa position de salariée. Mais au contexte d'empathie peut se substituer un contexte de rapport de force, comme en témoigne cet échange entre une aide à domicile et sa stagiaire-sociologue (Avril, 2008) : « En stage avec Isabelle Avon, nous sommes en train de nettoyer la salle de bain de Simone et Edmond Albert, un couple âgé : - Isabelle Avon : « *Un jour je vais dans les chiottes, y en avait partout. Je lui dis : "Vous prenez la balayette et vous nettoyez."* Elle me dit : « *Ça va pas, non ?* » Je lui ai dit : « *Je sortirai pas tant que*

vous aurez pas nettoyé » [...] Elle me dit : « *Isabelle, vous avez mauvais caractère.* » Je lui dis : « *Non, j'ai pas mauvais caractère, mais je me laisse pas faire.* » » La véhémence du propos frappe l'observatrice qui note par ailleurs que, sur le terrain de ce type de corvées, ces aides à domicile en font plus qu'elles ne l'avouent. Et cette véhémence est associée dans le récit à une posture de rapport de force : elles n'acceptent pas que l'on invoque la vulnérabilité des personnes âgées pour se mettre automatiquement en posture d'empathie avec elles, ce qui ne manque pas de scandaliser des collègues qui la revendiquent au contraire en disant « aimer les personnes âgées » et « aimer leur travail ». Dès lors, les rapports entre collègues apparaissent constituer un autre contexte : celui de la concurrence dans le marché interne à l'association employeuse. Il suscite deux formes d'affirmation de soi et deux modes de valorisation de l'activité professionnelle, l'une liée à la fierté d'un mode oblatif d'exercice professionnel (invocation de la sollicitude), l'autre ancré dans une fierté professionnelle qui se satisfait dans la revendication de la défense d'un « vrai » métier qui ne saurait tolérer « l'horreur » (le respect de l'autre passe par le respect de soi = refus de la sollicitude).

Le travail émotionnel dans le système de soin

L'effet du contexte sur le travail émotionnel accompli par les soignants est remarquable dans le système de soin hospitalier : l'état émotionnel du malade n'est pas une constante tout au long de son séjour. Il varie d'abord selon son mode d'entrée : arriver par les urgences ou dans le cadre d'un rendez-vous planifié n'a pas le même impact. Alors que dans le second cas de figure, sélection et préparation ont été effectuées, l'accueil aux urgences

engage immédiatement un contrôle : « il vaut mieux d'ailleurs parler de réception ou de contrôle que d'accueil » (Peneff, 1992). Du point de vue de la dynamique émotionnelle, le malade (et sa famille, s'il est accompagné) a intérêt à accroître sa valeur mobilisatrice en s'efforçant de donner une charge affective touchante à son malheur (Dodier et Camus, 1997). À l'inverse, le personnel soignant se « compose un masque » pour éviter ce piège en sauvegardant une distance et en auto-contrôlant son contre-transfert. Éviter le piège suppose de relever un triple défi. D'abord il importe de veiller à contenir tout débordement émotionnel : maintenir l'ordre consiste précisément à « remettre dans le cadre » l'agité ou le forcené qui peut provoquer des dégâts matériels et/ou affoler les autres malades. Ensuite il est nécessaire de passer de cette contenance à une mise en conformité émotionnelle : assurer le calme, la tranquillité, la paix (si la famille est là, on la mobilisera à cet effet ou bien on l'éloignera au prétexte de son excitation revendicative). Enfin le soignant a tout intérêt à garder sa lucidité pour objectiver chacun des cas qui se présente : les « sérieux », les « habitués », les entrants venus pour des raisons médicales banales que l'on scinde en « gentils » et en « râleurs »¹⁰. Tout ce travail de cadrage et d'observation silencieuse est souvent considéré par les accompagnateurs comme de la flânerie : le personnel mobilise alors toutes sortes de formules de neutralisation de l'impatience (« On ne vous oublie pas... ») tout comme il recourt aux techniques de réduction d'ambiguïté lorsqu'il devient nécessaire de porter atteinte à l'intimité (« On va faire glisser votre pantalon... »). Les normes médicales et hospitalières d'hygiène et de propreté rendent inéluctable

10. Nous reprenons ici la classification « indigène » rapportée par Peneff (Peneff 1997 : 89-94).

la confrontation répétée avec des corps sales et avachis. L'habitude ne change rien à l'affaire : le décrassage est une tâche rebutante qui peut faire l'objet de bien des manœuvres pour l'éviter et s'en décharger, au moins momentanément.

Dans les services, la question émotionnelle du point de vue du malade se pose en d'autres termes (Orfali, Wassmer, 1986) : le temps « long » du séjour (comparativement à celui de l'admission¹¹) est scandé par les examens, les interventions (éventuellement), les traitements spécialisés le tout allant de pair avec une surveillance continue du malade en lui assurant un confort hôtelier convenable, y compris en lui offrant la possibilité d'aménager d'amples « moments d'entre deux » pour cultiver ses propres goûts et ses propres aspirations culturelles. Chaque séquence du séjour peut susciter chez le patient une dynamique émotionnelle particulière. Au temps des examens, lorsqu'on attend les résultats et que les médecins réservent leur diagnostic pourtant déjà orienté par l'examen clinique, le patient est concentré sur un rapport à soi tendu par l'incertitude et l'attente de ce diagnostic : en une posture d'acceptation passive de son sort, il laisse transparaître peu ou prou son inquiétude, voire son angoisse, et sa tristesse aussi. Ceci peut se nuancer en reprenant une distinction de Boltanski (1968) : les patients de milieux populaires qui considèrent la maladie comme un accident interrompant brutalement le cours de leur vie ordinaire peuvent manifester de l'exaspération parce qu'ils considèrent cette rupture comme rapidement réparable, et mettre en accusation les soignants en les soupçonnant de lenteur et de cachotterie.

11. Il importe de distinguer l'admission du temps de la décision d'aller à l'hôpital, décision plus ou moins longue à prendre, selon les situations et qui précède l'admission (Cuvet 1991).

Inversement les membres des catégories supérieures ont une autre vision de la maladie : aboutissement d'une longue perversion de la santé, ils ont conscience que sa nature détermine un pronostic qui les inquiète. Quand la nature du mal a été déterminée et que l'information a été donnée et appropriée¹², le désir d'en savoir plus autant que la volonté de participer activement au recouvrement de sa santé appellent les patients à jouer la carte de la séduction pour tenter de conquérir une relation privilégiée parmi le personnel : ils s'appliquent à devenir de « bons malades », tels que le laissent deviner les soignants, à la fois mobiles, de bonne humeur, conviviaux... Y parviennent-ils ? C'est la fierté et le bonheur. Si la relation privilégiée se dérobe, c'est la plainte et le reproche d'insensibilité, l'ennui et la tristesse dans le repli, la régression et la dépendance. Autant de notations à nuancer selon le niveau d'instruction et l'âge. Il reste que selon les contextes et les séquences du séjour s'opèrent des basculements d'une dynamique émotionnelle positive à une dynamique négative, et inversement, sachant que les émotions plus ou moins ouvertement manifestées peuvent faire écho à l'expérience profonde du malade (la détresse liée à sa faiblesse) ou bien constituent un déplacement ou un habillage de cet état émotionnel profond dans le but de susciter la compassion des soignants et d'être mieux pris en charge.

12. L'annonce du diagnostic est un moment très important du point de vu émotionnel : la tension émotionnelle empêche souvent d'enregistrer avec précision l'explicitation du diagnostic qu'effectue le médecin. Son annonce se conclut pourtant imperturbablement par : « Avez-vous des questions ? », sans qu'il se rende compte que c'est au terme de « la digestion » des informations communiquées que les questions vont se multiplier, en l'absence de tout interlocuteur, ou moins dans l'immédiat.

Transformation du système de soin et changement dans la prise en charge des émotions : de la neutralité affective à la pudeur émotionnelle

Au sein de ce jeu hospitalier, comment réagit le personnel soignant ? Comment les changements dans le système de soin, en particulier « la délégation à la base » du travail organisationnel dans le double contexte d'une domination par injonction à l'autonomie et à la responsabilisation, et d'un rapport néo-paternaliste au malade, reconfigurent-ils le travail émotionnel des soignants qui ne vise pas seulement les émotions personnelles mais aussi la régulation et la gestion des émotions des autres, collègues et patients ? Sommes-nous dans une improvisation réglée sans cesse reconduite qui laisse filer la sympathie jusqu'à l'attachement pour mieux encourager la personne soignée, selon l'esprit latent d'une adaptation responsable ?

Dans le système de soin où l'inculcation des apprentissages cautionne le rapport paternaliste, la neutralité émotionnelle est un principe auquel on ne déroge pas : il est la garantie qu'il n'y aura pas d'entrave à l'action thérapeutique, depuis l'examen jusqu'au traitement. Cette neutralité affective vise d'abord à occulter ses propres émois pour ne pas indisposer davantage le malade. Quand la norme de la manipulation du corps malade avec les mains gantées a été énoncée, infirmières et aides-soignantes ont été prises dans le dilemme de son application ou pas : pour certains malades, mettre des gants avant de les toucher était perçu comme manifestation de dégoût à leur rencontre, voire de mépris. Or le principe de neutralité en matière de ressenti et d'absence d'engagement affectueux non seulement

n'exclut pas la sollicitude, mais il l'inclut et l'encourage. Ce détachement compassionnel a aussi pour exigence d'encadrer l'affectivité des malades, en leur signifiant par son attitude corporelle et par l'exemple de sa retenue qu'ils doivent garder par devers eux les réactions intimes à leur malheur, ou les partager seulement avec des membres de leur famille ou des proches.

Ce modèle ascétique est appelé à être remplacé quand le système de soin est lui-même bouleversé dans son mode d'organisation et quant au rapport soignant-patient. « Tout tombe sur nous » devient un refrain de lassitude. Et ce « tout » indique en premier lieu que la tentative de réduire l'activité de soin à une épreuve physique grâce à la neutralité émotionnelle n'est plus de mise. Non seulement il faut prendre en charge la pathologie, mais aussi « la maladie du malade », c'est-à-dire tenir compte des représentations qu'il a de sa maladie, de l'étiologie profane qu'il lui attribue, de sa conception de la guérison, des blessures que son état occasionne à son identité et à son estime de soi, de son sentiment de perte et de séparation (de sa santé, de son histoire)... Le « tout » renvoie donc à une vision holiste de la santé, irréductible au soin d'un organe. Dès lors les activités techniques et matérielles sont censées être prises et enrobées dans l'activité relationnelle dont le contenu, nécessairement flou, reste à déterminer au cas par cas pour que la relation soit « personnalisée ». Bien souvent l'activité réparatrice du soin doit être redoublée par des « rituels de réparation » visant à retourner les expériences émotionnelles négatives (malaise, détresse, peur, tristesse) pour tenter de les convertir en quelque positivité. Leur répétition est une source de surcharge mentale pour les soignants : ils tentent de détendre l'atmosphère par l'humour le rire et les plaisanteries en veillant à ne pas

choquer ou blesser les personnes qu'ils abordent. Cependant, la relation peut prendre aussi une tournure positive de soutien et d'encouragement à la persévérance pour goûter encore les saveurs de l'existence. Ainsi, dans une structure gériatrique (Boisard, 2007), une aide-soignante qui a aperçu un bâton de rouge à lèvres et des accessoires sur la table de nuit d'une vieille dame a pris du temps pour effectuer son maquillage, ce qui lui a arraché des gloussements de plaisir. Mais la jeune femme qui s'est improvisée esthéticienne a joué le jeu relationnel en espérant la réciprocité : un maquillage vaut bien que la vieille dame ne rechigne pas trop pour manger son repas. Le travail émotionnel prend ici la forme d'une véritable parade, non pas au sens d'un comportement stéréotypé (comme le décrirait l'éthologie animale), mais en tant que jeu et mise en scène de la relation, pouvant associer sincérité et intérêt réciproques, ou bien simulation et manipulation. Dans tous les cas, substituer de la singularité au flou relationnel suppose de la disponibilité, en termes de temps et de proximité, mais aussi par le renoncement à certaines formes de sociabilité professionnelle (les retrouvailles entre soi en salle de gestion des soins). Travailler à singulariser la relation en prenant appui sur l'émotionnalité du moment, voilà qui contribue à assurer la continuité de l'identité du résident dans le service par-delà les ruptures biographiques qu'entraîne la maladie ou la dépendance (Keller et Pierret, 2000).

Ce modèle de la pudeur émotionnelle qui autorise et favorise une expression mesurée de l'autre souffrant et qui appelle un certain dévoilement de soi pour que la relation s'engage sur un minimum de réciprocité tout en contenant l'attachement et ses risques au moment de la séparation, suppose une triple posture d'empathie pour

satisfaire les trois principaux interlocuteurs de chaque soignant. Bien sûr, il s'agit d'abord d'être capable de se mettre à la place du patient : on mobilise volontiers dans ce cas les expériences familiales personnelles (l'hospitalisation de l'un de ses parents ou d'un membre de la famille se répand). Mais il faut aussi être capable de se mettre à la place des membres de son équipe : l'ancienneté et l'expérience contribuent à étoffer cette capacité sur le plan professionnel ; encore faut-il qu'elle puisse déborder sur les problèmes privés des collègues (tensions liées à l'endettement d'une accession à la propriété, crises conjugales et familiales, soucis de santé...). Enfin il importe de comprendre les « personnels d'en haut » et les contraintes auxquelles ils doivent faire face : l'adhésion à leurs « réformes » leur est un motif de soulagement. Le modèle de la pudeur émotionnelle a la naïveté irénique de ces atmosphères impalpables de confiance, de docilité et de collaboration dans la générosité¹³. Mais le vers est dans le fruit : l'exigence bureaucratique et politique de traçabilité permet à chacun de « se couvrir » et, en cas de difficultés, de renvoyer la responsabilité sur l'autre. De la même façon, l'évaluation et le contrôle que permettent « les traces » minent la confiance nécessaire à la solidarité collective des équipes, tout comme la compétition pour l'accès à des moyens toujours plus limités. La contractualisation des soins, qui finit par empâter la bouche de la gouvernance hospitalière, est un vœu pieux faute d'une analyse sérieuse et conséquente de sa faisabilité. Bref, le modèle de la pudeur émotionnelle qui

13. Dans certains services où les durée de séjour sont encore importants ou bien dans les secteurs de moyen ou long séjour (psychiatrie, gériatrie), l'activité relationnelle ne se réduit pas à l'interaction face à face : il s'agit aussi de promouvoir une « communauté résidentielle » des patients par l'organisation d'un partage d'activités qui leur permette de se connaître et d'interagir entre eux.

succède à celui de la neutralité affective appartient à un idéal du travail prescrit, jamais ou très rarement atteint.

Quelles réponses concrètes sont données à la question émotionnelle ainsi ouverte par l'injonction de sa prise en charge ? Outre le modèle idéal de pudeur émotionnelle auprès duquel courent des soignants « hyperactifs » qui « y croient », on peut dégager d'autres postures qui en atténuent les prétentions sans limites, ou les récuse selon diverses modalités.

Différenciation du rapport au modèle de pudeur émotionnelle dans les pratiques hospitalières de soin

Afin d'éviter l'épuisement professionnel engendré par un engagement émotionnel difficilement gérable faute d'une réelle prise en charge collective (la « frénésie » d'action finit par isoler chaque soignant : chacun tranche de son côté les dilemmes auxquels il est confronté et porte le poids des transferts affectifs des patients dont il s'est occupé), une première attitude consiste à réintroduire de la réserve et des limites. « J'arrête mes limites, comme ça je n'ai pas mal. » Si ce type de professionnel veut bien joindre l'agréable à l'utile, aimer son travail et aimer les personnes auxquelles il offre ses compétences et sa qualification, il n'accepte pas la précipitation, la transformation systématique de l'opportunité temporelle en urgence : contre la pente échevelée de la fulgurance de l'action, il s'efforce de maintenir de la disponibilité et du calme pour se préserver, se faire plaisir, offrir un service apprécié même si l'immédiateté en est différé, finalement de se donner la satisfaction d'un travail bien fait. « Il n'y a rien de plus beau que d'être attendue... Les malades m'attendent » (Dujarier, 2006). Il reste que la tension entre la volonté de bien faire et la difficulté à pouvoir le

faire peut engendrer une décharge de violence non-préméditée : des mots ou des gestes brutaux qui suscitent rapidement le remords. L'impossibilité d'arrêter par la parole ou par le médicament une plainte sonore continue peut finir par des gifles et plus tard par des larmes amères sur l'épaule bienveillante d'une collègue.

Une seconde attitude consiste à renoncer totalement à cet idéal : face à des exigences multiples et infinies, face à une pression constante à l'improvisation pour « coller aux singularités », c'est le silence et le refus de penser, c'est le détachement moral et l'impersonnalité. Ce type de personnel, las de la marchandisation de l'hôpital (souvent comparé à un marché de patients, [Dodier et Camus, 1997]) « met une carapace » et routinise son activité en réduisant le collectif à un support d'informations factuelles sur les pathologies à traiter. Son fonctionnement désimpliqué et routinier les situe en deçà de la neutralité affective : la bienveillante sollicitude n'est pas son problème ; il fait « son boulot » : un point, c'est tout. Si l'encadrement l'accuse volontiers d'immobilisme, il apprécie secrètement la force de sa présence : « on peut y compter ». Cependant cette « automatisation routinière » comporte le risque des négligences : ne pas parler, ne pas regarder, ne pas répondre aux appels... finit par instiller des formes de maltraitance sans bruit.

À côté de cette sortie silencieuse du modèle idéal, on peut rencontrer des professionnels « militants » qui sont critiques vis-à-vis du travail organisationnel qu'on exige d'eux à travers les multiples injonctions « morales » (par le truchement d'un empilement de protocoles) et à l'égard du type de travail émotionnel qui en découle. Mais à l'inverse du positionnement silencieux précédent, ces soignants explicitent publiquement leurs positions et appellent à la revendication collective. Comme ils ne

parviennent pas à faire beaucoup d'émules étant donné les processus de fabrication de la solitude au cours de l'exercice professionnel (cf. ci-dessus), ils finissent par s'isoler et la gouvernance hospitalière les laisse se marginaliser.

Enfin, il n'est pas exclu que le modèle classique de neutralité émotionnelle soit toujours activé, comme en témoignent les « communautés endogènes » de soignants (Sainsaulieu, 2006) : leur dévouement et leur sentiment vocationnel les conduisent à un fusionnel entre-soi où se relâchent tous les sens pour mieux brider et retenir les émotions face à des patients techniquement « lourds ». À l'inverse, on peut faire l'hypothèse que les attitudes précédentes (pudeur émotionnelle très encadrée, détachement et retrait dans les routines professionnelles, revendication pour davantage de personnels et de moyens qui permettraient de mieux assumer un travail émotionnel distant mais engagé) sont à l'œuvre dans les « communautés exogènes », c'est-à-dire des équipes soignantes ouvertes et soucieuses de la relation avec le patient dans toutes ses dimensions, même si les modalités pratiques de ce souci s'avèrent hétérogènes.

Le travail émotionnel au sein du système de soin dans le miroir des soins palliatifs

On peut lire en miroir, dans l'histoire récente des soins palliatifs, la palette des formes de travail émotionnel que nous avons dégagée du côté des soins curatifs. À la fin des années 1980, lorsque M. Abiven crée la première unité de soins palliatifs à l'Hôpital International de l'Université de Paris (Castra, 2003) le caractère interdisciplinaire du service vise aussi à servir de vitrine pour tout ce qui se fera par la suite, en reprenant l'idée de « soins actifs dans

une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale » (Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs, SFAP). La forme canonique de ce type de soins présuppose « la conscience ouverte », selon l'expression de Strauss. La personne qui rejoint le service a été informée qu'elle est en fin de vie, ce qui homogénéise les patients qui y sont présents : être admis en soins palliatifs (USP) consacre l'ultime rupture biographique et chacun le sait. Mais cette information débouche sur un contrat de soins : grâce à la médecine de la douleur, le mourant a à sa disposition tous les moyens médicamenteux qui vont lui assurer le confort ; sa souffrance psychologique et sociale est prise en charge par les soignants qui sont chargés de suivre l'évolution de la douleur physique, de travailler son rapport émotionnel à la mort (Mamo, 1999) et de négocier son identité en transformation. Afin d'éviter l'épuisement moral dans cette fréquentation quasi-quotidienne de la mort, les membres des équipes de soins partagent leur expérience et travaillent sur leurs propres émotions pour éviter de se faire dévorer par des attachements privilégiés qui se substituent à une solidarité affective permettant de se différencier du patient. On le voit, ce modèle est parfaitement convergent avec l'idéal de pudeur émotionnelle que le système de soins actuel fait injonction de suivre.

En 1989 est mise en place la première équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) : « en dix ans, leur nombre a été multiplié par cinquante tandis que celui des USP l'a été par trois » (Mino, 2007) ; et quinze ans plus tard, les EMSP sont quatre fois plus nombreuses que les USP¹⁴. Or, s'il y a une relative homogénéité des USP, il n'existe rien de tel quant aux activités des EMSP qui partagent pourtant le

14. Voir le Centre de Documentation de la SFAP.

même idéal : de fait s'opèrent des reconfigurations des soins palliatifs non pas tant selon les Équipes Mobiles que selon les services hospitaliers qui sollicitent leur aide. À côté d'un pôle euthanasique, très faible mais présent¹⁵, on peut observer des services qui, après avoir obtenu des lits identifiés « soins palliatifs », les fondent dans le modèle pionnier normalisé. Entre ces deux pôles, l'EMSP se déplace selon deux « logiques affaiblies » de ces deux modèles contraires (euthanasiques *vs* palliatifs)¹⁶ : convoquée d'urgence par un client qui est un service hospitalier, elle tend à substituer des « soins de support » (soulagement de la douleur physique) aux soins palliatifs (l'investissement régulier auprès des malades tend à disparaître et, lorsqu'il est maintenu, il est réduit à sa plus simple expression faute de temps) ; certains services sont « plus pressés » encore : s'ils se refusent à l'emploi de « cocktails lytiques », ils ne supportent pas « la mort qui traîne » et invitent le médecin spécialiste de la douleur au sein de l'EMSP à trouver quelque forme de « sédation ». Dans ces variations entre les deux pôles, on peut tout à fait identifier quelques-unes des formes du travail émotionnel ou de son escamotage : les soignants procèdent à toutes sortes de limitations dans leurs interventions, en particulier dans le suivi des malades pour lesquels ils ont été appelés ; compte tenu de l'absence de culture palliative (ou de sa faible présence) dans les services, les soignants de l'EMSP sont souvent confrontés

15. Nous n'avons pas d'enquête statistique pour la France, à ce jour, sur les fins de vie, mais elle est prévue. Par contre, on dispose d'une étude sur quelques voisins européens qui montrent que, dans tous les pays enquêtés (même dans la très « catholique » Italie), il existe une utilisation plus ou moins clandestine de substances létales (Bilsen, Cohen, Deliens, 2007). Il apparaît donc peu probable que ces pratiques soient totalement absentes en France : l'observation ethnographique au sein de quelques hôpitaux en corrobore l'intuition.

16. C'est la lecture que nous faisons de Legrand (Legrand, 2006).

à des patients qui ne connaissent pas leur état et leur pronostic et, pour éviter les débordements, on leur demande de se taire : retour à la case de la neutralité émotionnelle... Force est de constater que l'extraterritorialité des EMSP (le fait qu'elles n'aient pas de territoire et de lits propres) ainsi que les jeux de séduction vis à vis des services commanditaires, sans parler des enjeux de légitimations, tirent leur activité vers le retrait et la routine technique des protocoles de la médecine de la douleur (infirmiers, aides-soignants et psychologues s'effacent) : l'idéal du modèle de pudeur émotionnelle finit par être de fait refusé.

À quelles reconfigurations de « la sollicitude » et de « l'humanité » au chevet des malades conduisent les changements contemporains du système de soins ? Si l'évanescence de l'encadrement de proximité va paradoxalement de pair avec le sentiment d'une plus grande pression, c'est que le travail d'organisation est délégué par la gouvernance hospitalière aux soignants qui sont au chevet des malades. Pareille impulsion à la participation ne fait pas disparaître pour autant pouvoir et domination : ils prennent de nouvelles formes et procèdent à partir de nouveaux dispositifs. La multiplication d'injonctions, par la médiation de protocoles et de procédures, se structure autour de l'injonction d'autonomie. Par ailleurs, le modèle paternaliste de la relation médecin-patient, qui constitue une référence pour tous les soignants, s'est aussi transformé, en particulier à travers notre système juridique qui donne des droits aux patients, mais le désir d'une relation partenariale égalitaire s'avère utopique : le modèle néopaternaliste continue de tenir compte de l'asymétrie des positions, en particulier du fait de l'état émotionnel du malade. On devine que l'ancien référentiel

de la neutralité affective ne peut subsister qu'en survivance. La nouvelle référence est la pudeur émotionnelle. Mais elle s'avère être un idéal de travail émotionnel qui, s'il s'inscrit parfaitement dans la logique des transformations organisationnelles de responsabilisation, devient difficile à tenir. Une partie des personnels se l'approprie en le soumettant à de sévères limitations ; d'autres le récusent dans le silence d'un repli sur les routines techniques du métier ; enfin une autre partie des personnels le récuse en revendiquant plus de mesure dans les exigences de sa production et davantage de moyens dans son application. Le miroir tendu par les soins palliatifs aux soins curatifs tend à montrer que l'idéal du travail émotionnel que nous avons caractérisé comme pudeur émotionnelle, engagée quoique réservée, non seulement reste minoritaire mais risque de se réduire encore faute d'avoir un cadre organisationnel qui lui soit favorable.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Avril C. (2008), « Les aides à domicile pour personnes âgées face à la norme de sollicitude », *Retraite et société*, n° 53, janvier, p. 50-65.
- Béraud C. (2002), « La transformation du système de soins au cours des 20 dernières années : point de vue d'un acteur », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 20, n° 4, p. 37-74.
- Bilsen J., Cohen J., Deliëns L. (2007), « La fin de vie en Europe : le point sur les pratiques médicales », *Population et Sociétés*, n° 430, janvier.
- Boisard T. (2007), *L'activité relationnelle de l'aide-soignante auprès des résidents d'une structure gériatrique : le cas de la maison de retraite du Cours Foucault de Montauban*, Toulouse, Mémoire de maîtrise de sociologie (sous la direction de Drulhe M.), Institut de Sciences Sociales Raymond Ledrut, Université de Toulouse II Le-Mirail.

- Boltanski L. (1968), *La découverte de la maladie*, Paris, Rapport de recherche, Centre de sociologie européenne.
- Castra M. (2003), *Bien mourir. Sociologie des soins palliatifs*, Paris, PUF.
- Dodier N. et Camus A. (1997), « L'admission des malades. Histoire et pragmatique de l'accueil à l'hôpital », *Annales HSS*, n° 4, juillet-août, p. 733-763.
- Drulhe M. (2000), « Le travail émotionnel dans la relation soignante professionnelle. Un point de vue au carrefour du travail infirmier », in Cresson G., Schweyer F.-X. (dir.) (2000), *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques*, Rennes, Éditions de l'ENSP, p. 15-29.
- Dujarier M.A. (2006), *L'idéal au travail*, Paris, PUF.
- Guyot J.C. (1991), « L'hôpital : la décision d'y aller », *Sociologie Santé*, n° 5, p. 48-63.
- Hochschild A.R. (1975), « Emotion Work, Feeling Rules and Social Structure », *American Journal of Sociology*, 85, p. 551-575.
- Jaunait A. (2007), « La relation de coopération médicale et l'asymétrie médecin-patient », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 25, n° 2, p. 67-72.
- Jounin N., Wolff L. (2006), *Entre fonctions et statuts, les relations hiérarchiques dans les établissements de santé*, Paris, Rapport de recherche du CEE, n° 32, septembre.
- Keller P.-H. et Pierret J. (2000), *Qu'est-ce que soigner ? Le soin, du professionnel à la personne*, Paris, Syros.
- Lang T., Rolland C., Clément S., Membrado M., Drulhe M., Hélarlot V., Mantovani J. (2007), *La relation médecin-malade lors de consultations de patients hypertendus en médecine générale de ville*, Toulouse, INSERM U558, LISST UMR CNRS 5193, ORSMIP, Rapport de recherche pour l'INPES.
- Legrand E. (2006), *Les soins palliatifs en équipe mobile : de la dénaturation à la reconfiguration d'un modèle*, Thèse pour le doctorat de sociologie (sous la direction de Aballéa F. et Carricaburu D.), Université de Rouen.

- Mamo L. (1999), « Death and dying : confluences of emotion and awareness », *Sociology of Health and Illness*, vol. 21, n° 1, p. 13-36.
- Martuccelli D. (2004), « Figures de la domination », *Revue française de sociologie*, vol. 45, n° 3, p. 469-497.
- Mercadier C. (2002), *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*, Paris, Éditions Seli Arslan.
- Mino J.-C. (2007), « Entre urgence et accompagnement, les équipes mobiles de soins palliatifs », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 25, n° 1, p. 63-91.
- Orfali K., Wassmer C. (1986), *La maladie, l'hôpital et le malade*, Paris, Rapport de recherche Cadis/EHESS.
- Peneff J. (1992), *L'hôpital en urgence*, Paris, Édition Métailié.
- Pierron J.-P. (2007), « Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 25, n° 2, p. 43-66.
- Sainsaulieu I. (2006), « Les appartenances collectives à l'hôpital », *Sociologie du travail*, vol. 48, n° 1, p. 72-87.
- Saury C. (2003), *Les représentations de la qualité des soins chez les professionnels de deux structures gériatriques : le secteur A du centre gériatrique de Casselardit et la clinique de Lagardelle/Lèze*, Mémoire de maîtrise de sociologie (sous la direction de Cochoy F.), Institut de Sciences Sociales Raymond Ledrut, Université de Toulouse-le-Mirail.
- Theodosius C. (2006), « Recovering Emotion from Emotion Management », *Sociology*, 40, 5, p. 893-910.
- Tonneau D. (2003), *La réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics*, Rapport DREES, série Études, n° 35, octobre.

Cet ouvrage propose une introduction vivante à un domaine de recherche longtemps délaissé par les sciences sociales: les émotions, qui loin de se réduire à une réalité exclusivement intérieure, sont aussi des composantes essentielles de notre vie sociale.

Le champ de la santé est un observatoire privilégié pour déchiffrer, par l'étude des rapports de force qui se glissent au cœur de notre vie intime, *le langage social des émotions*. Selon les situations et les interactions, comment s'opère le contrôle des sensations et des expressions corporelles et quelles significations sont attribuées à nos émotions dévoilées? Quel type de *travail émotionnel* est mis en œuvre par les professionnels et par les profanes, et surtout quelle relation de pouvoir révèle-t-il, dans ces espaces où le corps nous rappelle sans cesse notre vulnérabilité (hôpitaux, maisons de retraite, pompes funèbres, etc.)?

S'appuyant sur des études de cas circonscrites, de situations diversifiées depuis la prise en charge du cancer, de la psychose ou de la vieillesse jusqu'aux expériences de sortie de toxicomanie ou du traitement de la mort, les contributrices et contributeurs de cet ouvrage, sociologues et anthropologues, dévoilent, à partir de leurs matériaux de recherches respectifs, ce rôle pivot des émotions, révélateur des tensions qui parcourent la société toute entière.

Fabrice Fernandez est sociologue et chercheur postdoctoral de l'European Research Council à l'IRIS (EHESS, Paris). Il est spécialiste de sociologie de la santé et des problèmes sociaux.

Samuel Lézé est anthropologue et chercheur postdoctoral CNRS à l'IRIS (EHESS, Paris). Il est spécialiste d'anthropologie politique de la santé mentale.

Hélène Marche est sociologue au LISST-Cers (Université Toulouse 2). Ses recherches portent sur l'expérience de la maladie grave dans le monde médical et dans celui de la vie ordinaire.

 ECONOMICA

 Anthropos

Illustration de la couverture: Sarah Arnal.



9 782717 856439

ISBN 978-2-7178-5643-9

29 €

Sous la direction de
Fabrice Fernandez
Samuel Lézé
Hélène Marche

*Le langage social
des émotions*



 ECONOMICA

Anthropos 2008

Sous la direction de
Fabrice Fernandez
Samuel Lézé
Hélène Marche

Le langage social des émotions

Études sur les rapports
au corps et à la santé

