



**HAL**  
open science

**Des émotions professionnelles dans la relation  
socio-éducative à l'hôpital et dans la police. Une  
construction collective et individuelle de l'intelligence  
émotionnelle.**

Thomas Bonnet

► **To cite this version:**

Thomas Bonnet. Des émotions professionnelles dans la relation socio-éducative à l'hôpital et dans la police. Une construction collective et individuelle de l'intelligence émotionnelle.. Sociétés et jeunesses en difficulté, 2018. hal-01898892

**HAL Id: hal-01898892**

**<https://hal.science/hal-01898892>**

Submitted on 19 Oct 2018

**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.

## **Des émotions professionnelles dans la relation socio-éducative à l'hôpital et dans la police. Une construction collective et individuelle de l'intelligence émotionnelle.**

### **Résumé :**

Cet article propose d'aborder la question des émotions dans la relation socio-éducative en prenant l'exemple d'un service pédiatrique hospitalier et de deux brigades de police. Il soutient l'idée que le travail sur les émotions réalisé par les professionnels est fondamental dans la relation de service ; en d'autres termes, qu'il s'agit d'une compétence professionnelle. Il montre alors la forme que peut prendre cette intelligence émotionnelle. En outre, l'article interroge l'origine de cette intelligence en soulignant qu'elle est à la fois le fruit d'une organisation collective et d'un parcours individuel.

### **Mots-clés :**

Emotions ; Hôpital ; Police ; Intelligence émotionnelle ; Usager

### **Abstract :**

Based on a comparative study of hospital pediatric services and two police departments, the article studies the emotions in socio-educational relation. He supports the idea that the work on the feelings realized by the professionals is fundamental in this relationship; in other words, it is a professional skill. This article shows the shape that this emotional intelligence can set. Besides, he questions the origin of this intelligence by underlining that it is at the same time the result of a collective organization and an individual career.

### **Keywords:**

Emotions ; Hospital ; Police Forces ; Emotional Intelligence ; Users

### **Introduction**

La sociologie est une des disciplines scientifiques qui participe au *tournant affectif* (Clough, Halley, 2007) que connaissent les sciences humaines et sociales depuis la fin du XXe siècle. Est-ce à dire que les fondateurs de la sociologie, comme peuvent être considérés É. Durkheim et M. Weber par exemple, ne tenaient pas compte du sensible, de l'affect ou des émotions dans leurs analyses ? Il serait erroné d'affirmer cela, car ces auteurs donnaient une place à ces phénomènes, mais en les excluant des conduites rationnelles qu'ils s'attachaient à mettre en lumière (Bernard, 2013). Le tournant affectif en sociologie serait alors non pas une découverte des émotions (au sens générique du terme) — puisqu'elles étaient déjà abordées —, mais le fait d'estimer qu'elles jouent un rôle considérable dans les logiques

sociales, que l'on peut définir comme rationnelles. On pourrait poser aussi l'hypothèse vraisemblable que les apports d'autres disciplines, comme les neurosciences (Damasio, 2001), la psychologie (Ekman, 1992) ou la philosophie (Livet, 2002) par exemple, ont contribué à amener la sociologie à intégrer un peu plus encore les émotions à ses domaines de recherche. Pour ce qui concerne la sociologie du travail, on peut imputer à A. Hochschild (1983) le fait d'avoir montré à quel point les émotions doivent être envisagées comme un objet de recherche légitime de cette branche de la sociologie. Cette sociologue en s'intéressant à la marchandisation des émotions dans certains métiers de service a ouvert la voie à un ensemble de recherches tenant compte de la prescription émotionnelle au travail et de son impact sur la santé des travailleurs.

Observer le métier de soignants en soin pédiatrique ou celui de policiers travaillant auprès de mineurs permet de prendre la mesure de l'importance du paramètre émotionnel dans l'accomplissement du travail. Les professionnels tentant avec leurs usagers une *transaction productive* (Gadrey, 1994) opèrent nécessairement un *travail émotionnel* (Hochschild, 1983). Ce travail se réalise en conscience, c'est-à-dire d'une manière délibérée et raisonnée. Dans ce cas, il semblerait qu'on puisse le rattacher au domaine des compétences professionnelles. Mais, une des questions qui se posent alors est de comprendre comment s'élabore concrètement ce travail et comment il est conduit en pratique. En outre, on peut également s'interroger sur la part plus ou moins contrainte de ce travail, c'est-à-dire le rôle joué par un ensemble d'instances dans sa réalisation en apparence individuelle parce que produit par un professionnel durant une interaction spécifique.

Pour apporter des éléments de réponse à ces questionnements, nous nous appuyerons sur une enquête sociologique. Celle-ci a été menée auprès de deux populations professionnelles où nous avons cherché à comprendre le rôle joué par les collectifs de travail dans la régulation émotionnelle. D'une part, le travail soignant sera mobilisé. Il s'agit d'infirmières et d'auxiliaires de puériculture travaillant dans un service pédiatrique hospitalier où les pathologies sont très diverses. Si on y trouve des enfants avec des problématiques médicales sans gravités, on y voit aussi des enfants hospitalisés dans le cadre de fins de vie. Des adolescents suicidaires côtoient des enfants anorexiques et des cas de « bébés secoués ». D'autre part, le travail policier sera mobilisé. Il s'agit cette fois de se pencher sur le travail

d'une brigade de protection des familles (brigade des mineurs incluse) et un quart-judiciaire. La brigade de protection des familles auditionne essentiellement des mineurs victimes. Le quart-judiciaire traite de mineurs qui sont mis en cause dans des petites affaires judiciaires. Mettre en comparaison le travail policier et le travail soignant nous permettra d'appréhender à quel point les émotions dans le travail socio-éducatif jouent un rôle fondamental et s'expriment selon des registres divers. Nous nous appuierons sur des données recueillies avec les méthodes qualitatives utilisées en sociologie, à savoir l'observation et l'entretien. Trois mois à l'hôpital et trois mois dans la police ont permis de recueillir 700 h d'observation et une quarantaine d'entretiens. Les interactions entre les professionnels et les usagers (ainsi que leurs familles) ont été décrites que ce soit lors d'auditions de police ou lors des tours de soin se réalisant dans les chambres des patients.

L'argumentaire de l'article se déroule en deux temps. Dans un premier temps, nous soulignerons l'importance des émotions, ou du paramètre émotionnel, dans la relation socio-éducative. Il s'agira alors de rappeler que pour les professionnels le travail est composite et qu'un de ses aspects implique un travail affectif. Ce dernier s'exprime selon des registres divers qui montrent alors pourquoi l'émotion doit être considérée comme une compétence professionnelle, voire une intelligence à part entière. Dans un second temps, nous discuterons de cette *intelligence émotionnelle* au travail en montrant qu'elle émane tout autant d'une production sociale (formation, collectif de travail, prescriptions hiérarchiques) que d'une histoire individuelle et d'appétences particulières.

## **1. Le paramètre émotionnel dans la relation socio-éducative**

### **1.1 Un travail composite**

Dans la relation de service en général, et dans la relation socio-éducative en particulier, l'activité de travail peut, au moins, être décomposée en trois grandes tâches. En premier lieu, le travail est *technique*. C'est-à-dire que les professionnels réalisent un ensemble d'opérations relevant de protocoles, de savoir-faire relativement standardisés. En l'occurrence, le travail technique consiste essentiellement dans le service pédiatrique à réaliser des prélèvements, poser des voies intraveineuses, administrer des médicaments, etc. Dans les services de police observés, le travail technique prend la forme typique du procès-verbal dans lequel le policier indique les actes qu'il a réalisés (mise en garde à vue,

audition, convocation, etc.) Le travail technique apparaît dans les *écrits du travail* (Rot et al, 2014), c'est-à-dire la part du travail assujettie à la traçabilité. Ainsi, à travers le dossier de soin ou le dossier d'enquête, il est possible de retracer chronologiquement la procédure du service rendu. À ce travail technique est couplé un deuxième travail qui est souvent invisible dans les écrits, car non soumis à l'injonction de traçabilité, il s'agit du travail *relationnel*. Le travail relationnel concerne tout ce qui est mis en œuvre avec l'utilisateur autour du travail technique pour le faciliter et disposer l'utilisateur (ainsi que ses proches) à en être l'objet ; nous y reviendrons. Enfin, une troisième tâche notable relève du travail *administratif*. Le travail administratif s'exprime à travers un ensemble d'activités annexes au travail technique. Quand les soignants par exemple réalisent des bons de commande de nouveaux médicaments ou quand les policiers procèdent à des mises sous scellés au commissariat, il s'agit d'un travail administratif. Le travail administratif relève comme le travail technique d'un *travail d'écriture* (Acker, 2012). Néanmoins, et bien que tenant une place importante en termes de temps dans le travail soignant et policier, il apparaît, pour les acteurs, souvent éloigné de leur mission professionnelle, à la différence du travail technique et relationnel. Tentons d'illustrer empiriquement cette division du travail :

Dans le service pédiatrique, le 07 février 2012, il est 10h30, j'accompagne sur leur secteur Eloïse, 30 ans, qui est puéricultrice et Yvette, 59 ans, qui est auxiliaire de puériculture. Avant de rentrer dans une nouvelle chambre, Eloïse consulte les dossiers médicaux des patients de son secteur qu'elle amène avec elle. Ainsi, elle regarde le classeur de la chambre 8 et pénètre dans la chambre. Elle indique à la petite fille qui y est présente avec son papa qu'elle va lui donner son bain, une fois que la salle de bain sera prête. Ressortant de la chambre et allant aider sa collègue Yvette à préparer la salle de bain, elle m'explique la situation : « Il s'agit d'une petite de 5 ans atteinte d'une tumeur cérébrale qui va être opérée d'ici peu de temps. Le bain c'est un soin infirmier qu'on donne tous les jours. » [...] Une fois la salle de bain prête, Eloïse retourne dans la chambre chercher sa patiente alors qu'Yvette se rend dans un autre service chercher des serviettes de bain. Eloïse revenant avec sa patiente dans les bras m'indique que je peux rester si cela ne gêne pas la petite. Cette dernière ne s'y opposant pas, je décide d'observer et de décrire la scène. Tout d'abord, Yvette et Eloïse déshabillent très délicatement la petite. Le papa reste en retrait au fond de la pièce. Les soignantes lui enlèvent les petites électrodes qu'elle a sur la poitrine. Elles lui plastifient le bras où il y a son cathéter. Une fois placée dans son bain, Yvette l'arrose doucement avec sa main. Eloïse fredonne une chanson enfantine. Yvette, un gant à la main, lave l'enfant, alors qu'Eloïse la tient pour éviter qu'elle ne

glisse sur le matelas où elle est allongée. Progressivement, elles immergent totalement le matelas et l'enfant est tout entière dans l'eau sauf sa tête. Elle me paraît apprécier cet instant puisqu'elle rit régulièrement. Alors qu'Eloïse lui lave les cheveux, Yvette discute avec le papa des cicatrices de sa fille en lui recommandant certains soins, notamment une crème. Eloïse signale qu'elle passera une nouvelle commande pour cette crème, car il n'y en a presque plus. [...] Alors qu'Eloïse masse le crâne de l'enfant, Yvette maintient cette dernière pour éviter qu'elle ne glisse au fond de la baignoire. La petite sourit. Les soignantes s'amuse à faire des vagues dans l'eau pour arroser la petite. « Ça va la puce ? » lui demande Yvette. « Elle est détendue là », répond Eloïse en souriant. Eloïse lui demande ce qu'elle a pris au petit déjeuner et si elle a bien mangé. [...] Trois minutes plus tard, les soignantes font émerger l'enfant et la rincent grâce au pommeau de douche s'enquérant à nouveau de son état : « ça va ? » lui demande Eloïse. Elles lui enlèvent le plastique sur le bras et la recouvrent de serviettes. Eloïse remarque : « On dirait une momie. Tu sais ce que c'est une momie ? C'est en Égypte ». Yvette lui pose également quelques questions à savoir si elle sait combien font un plus un et si elle sait écrire son prénom. La petite répond aux questions et paraît toujours aussi détendue que dans le bain. Eloïse lui demande si elle acceptera d'aller à sa chambre en fauteuil roulant. La petite refuse catégoriquement. Eloïse insiste un peu argumentant du confort d'être poussée... c'est peine perdue, l'enfant répète résolument : « non ! ». Eloïse abandonne et sort préparer la chambre de la petite. Yvette et le papa habillent l'enfant et lui propose à nouveau le fauteuil roulant. Je comprendrai plus tard que les soignantes sont soucieuses de l'y habituer au plus tôt, car elle ne pourra pas marcher durant la période postopératoire. Mais c'est à nouveau un échec et la petite se met à râler. Bref, nous sortons tous de la pièce une fois la petite fille habillée, celle-ci portée dans les bras de son père. Eloïse lui a refait son lit et changé les draps. Alors qu'Eloïse est occupée à noter le soin dans le dossier médical, Yvette peigne l'enfant assise sur le lit qui regarde les dessins animés et son père les regarde toutes les deux.

Dans cet extrait, on voit comment le travail technique et le travail relationnel s'associent. Le travail technique consiste à donner le bain à l'enfant. Il s'agit d'un soin d'hygiène et de confort peu complexe qui se décompose en de nombreuses petites tâches précises (préparer le bain à la bonne température, enlever les électrodes sur l'enfant, étanchéifier le cathéter, mouiller l'enfant progressivement, etc.) *In fine*, l'infirmière inscrit dans le dossier médical le soin qui vient d'être donné. Le travail relationnel s'observe doublement. D'une part, à travers les questions que posent les soignantes à l'enfant, comme quand elles lui demandent régulièrement si elle va bien, ce qu'elle a appris à l'école, ce qu'elle a mangé ce matin.

D'autre part, le travail relationnel s'observe aussi dans la tentative de détendre la petite fille, certes en verbalisant le soin et en détournant son attention sur d'autres sujets, mais également en jouant avec elle, comme en l'arrosant par exemple. En somme, le travail relationnel peut quelques fois être tellement associé au travail technique qu'ils peuvent tous deux se confondre tant leur objectif est similaire. En interrogeant l'enfant sur ce qu'elle a mangé, les soignantes obtiennent des informations qui sont susceptibles de déclencher un futur travail technique : si l'enfant ne se nourrissait pas suffisamment, les soignantes prendraient des mesures qui pourraient aboutir à lui poser une sonde gastrique.

## **1.2 L'aspect émotionnel du travail relationnel**

Où se situent les émotions dans le travail ? À cette question, on pourrait certainement répondre : « partout ». Le travail technique et le travail administratif produisent des affects chez les professionnels et leur intensité est très variable en fonction de la teneur plus ou moins routinière de la tâche et de ce que les travailleurs y « mettent » dedans. Précisément, une tâche en apparence ordinaire, car réalisée quotidiennement, perd justement son aspect habituel lorsque le professionnel y éprouve des sensations singulières.

Dans la salle de prélèvement du service pédiatrique avec un enfant de six ans, Sylvianne qui est auxiliaire de puériculture et Catherine infirmière réputée plutôt habile pour poser les voies intraveineuses. Catherine doit poser un cathéter à son jeune patient hospitalisé dans le service à la suite d'un accident vasculaire cérébral. Catherine ne parvient pas à piquer l'enfant. Après une énième tentative échouée et une tension grandissante dans la salle à mesure que les hurlements de l'enfant augmentent, elle fait appel à une collègue et lui passe la main. [...] Plus tard, elle m'explique : « Je ne sais pas trop ce qui s'est passé. C'est difficile à dire. D'habitude, je n'ai pas de mal à piquer, mais là je ne trouvais pas la veine. Il y a quelque chose avec ce gamin. Depuis le début, j'ai du mal avec lui... »

Toutefois, il semble que la part relationnelle du travail auprès de l'utilisateur révèle une nature émotionnelle du travail très particulière, car si elle concerne le professionnel, elle s'applique aussi à l'utilisateur. Effectivement, le travail relationnel que réalise le professionnel semble avoir pour finalité première de détendre l'utilisateur et d'engendrer chez lui une confiance vis-à-vis de l'action technique du professionnel. Cette mise en confiance s'observe doublement (Luhmann, 2006). D'abord, d'une manière individualisée entre le professionnel et l'utilisateur. Il s'agit pour le professionnel de développer ce que Luhmann appelle une

*confiance personnelle* avec l'utilisateur durant les interactions qu'ils ont. Cela veut dire alors créer et cultiver un sentiment de confiance chez l'utilisateur pour qu'il adhère à l'action du professionnel. Mais la réciproque est aussi vraie, dans la mesure où cela permet au professionnel, lui-même, d'éprouver plus ou moins la confiance qu'il peut accorder à l'utilisateur, et donc l'étendue possible de son action (Milburn, 2002). En outre, l'élaboration de la confiance personnelle permet aussi d'entretenir ce que l'auteur appelle cette fois une *confiance systémique*, c'est-à-dire envers l'institution et l'ensemble de son personnel. Ainsi, dans le service pédiatrique comme dans les différentes brigades de police observées, les professionnels paraissent soucieux de la relation de confiance avec leurs usagers. Cela peut certes s'expliquer par le désir pratique que l'interaction, et *à fortiori* le service rendu, se déroule du mieux possible. Mais beaucoup d'entre eux se préoccupaient également de l'impact que le service rendu aurait sur la face collective de l'équipe et sur l'image de l'institution en général.

Le travail relationnel implique alors un travail sur les émotions. D'un côté, ce travail affectif vise à opérer un travail sur les émotions de l'utilisateur, ce qu'A. Strauss et al (1982) ont appelé un *travail sur les sentiments*. Pour autant, le professionnel qui tente d'influencer l'état affectif de l'utilisateur est amené au préalable, et d'un autre côté, à opérer un travail sur ses propres émotions, ce qu'A. Hochschild (1983) a appelé un *travail émotionnel*. La notion de travail émotionnel doit être explicitée, car elle recouvre deux réalités très différentes. D'une part, le travail émotionnel implique tout effort fait par l'individu pour adapter son état émotionnel à la situation (Emotional Work). D'autre part, dans le cadre du travail et dans certaines activités de service en particulier, le salarié est contraint de suivre des prescriptions émotionnelles, c'est-à-dire des scripts émotionnels. C'est typiquement le cas pour les caissières de supermarchés enjointes à mettre en œuvre le SBAM (sourire, bonjour, au revoir, merci) (Laé, 2016) ou les téléopérateurs des centres d'appels (Buscatto, 2002). Cette marchandisation des émotions relève de l'*Emotional Labor*. Pourtant, la frontière entre le travail émotionnel qui peut sembler *a priori* naturel et le travail émotionnel prescrit est plutôt ténue. En effet, la vie sociale est structurée par des règles de sentiments (Hochschild, 1983) qui normalisent l'expression des affects — ainsi il est mal perçu d'éclater de rire durant des funérailles. Si ces règles de sentiments sont plurielles et sont aussi hétérogènes qu'il y a de groupes sociaux, elles sont néanmoins l'objet d'une socialisation



débutant dès la prime enfance (Montandon, 1992). En somme, les règles émotionnelles qui commandent le travail émotionnel réalisé par les soignants ou les policiers résultent de multiples sources. Elles sont le produit combiné de l'organisation sociale, de la socialisation professionnelle, des normes du collectif de travail, de certaines règles imposées par la hiérarchie, mais aussi de l'histoire singulière du professionnel. En outre, toutes ces dispositions émotionnelles sont sujettes à s'exprimer plus ou moins selon les contingences de la situation, ce qui souligne la variété des registres émotionnels possibles.

### **1.3 Des registres émotionnels formés par les éthos professionnels**

Selon A. Hochschild (1983), le travail émotionnel peut être soit *de surface* quand l'individu simule des émotions, donc sans les éprouver, soit être *de profondeur* quand il cherche à ressentir réellement l'émotion désirée. De plus, le travail émotionnel peut au moins s'exprimer selon trois registres différents (Soares, 2003). Lorsque le professionnel est amené à paraître émotionnellement neutre, comme c'est par exemple le cas dans les pompes funèbres lors des obsèques (Bernard, 2009), il met en œuvre un travail émotionnel *dissimulateur*. Quand le professionnel cherche à témoigner des émotions positives, comme la joie et à paraître aimable, il procède d'un travail émotionnel *intégrateur*. C'est souvent le travail émotionnel observé dans les relations de services marchands pour lesquels il convient de séduire le client. C'est ce qu'a observé Hochschild (1983) auprès d'hôtesse de l'air. Cela s'observe également à l'hôpital et dans la police. Enfin, le dernier type de travail émotionnel vise au contraire à manifester des émotions négatives comme la colère par exemple. Il s'agit alors d'un travail émotionnel *différenciateur*. Ce type de travail a été observé par Hochschild chez des agents de recouvrement.

D'emblée, on pourrait croire que le travail soignant et le travail policier impliquent un travail émotionnel différent. Dans cette optique-là, le travail émotionnel policier requerrait souvent un travail émotionnel différenciateur alors que le travail émotionnel soignant serait souvent intégrateur. Cette distinction émotionnelle entre milieu soignant et policier n'est pas fautive, même si elle est trop réductrice. Elle n'est pas fautive parce qu'un observateur de brigade de police et d'un service hospitalier pédiatrique, comme je l'ai été, est confronté à deux types d'éthos professionnels. D'une manière générale, et en considérant que tout groupe

professionnel se structure par une diversité de sous-cultures professionnelles, ou de segments (Strauss, 1992) et n'est donc jamais totalement homogène (Demazière, Gadéa, 2009), l'éthos soignant s'appuie pour beaucoup sur l'idéologie du *care*<sup>1</sup>. Celle-ci est d'autant plus prégnante en service pédiatrique où l'enfant malade est associé fortement à la vulnérabilité. Ainsi, le discours de cette puéricultrice rappelant à quel point l'enfant est « précieux, car fragile » est relativement typique de ce que l'on peut entendre dans le service. Il n'est donc pas étonnant d'observer régulièrement un travail émotionnel soignant tentant de véhiculer des émotions positives, du moins d'opérer un travail affectif propice à rassurer et détendre les patients et leurs familles. En revanche, l'éthos policier qui est basé sur l'incarnation de l'autorité de la force publique implique un travail différenciateur plus affirmé que le travail soignant. Dès lors, on peut en effet décrire plus souvent durant les interactions avec les usagers un travail émotionnel policier exprimant l'émotion de colère que dans le service pédiatrique.

Mais si l'on s'arrêtait à cette simple distinction, on serait dans une description trop réductrice. Comprendre comment l'éthos professionnel peut influencer le travail émotionnel réalisé par les professionnels est certes utile, mais insuffisant. Il convient également de montrer que la place des usagers auxquels ces types de professionnels ont affaire est pour beaucoup explicative de l'importance des émotions dans la relation socio-éducative, et surtout de la variété des registres émotionnels employés.

#### **1.4 La variation des registres émotionnels en fonction des usagers**

---

<sup>1</sup> Le terme anglais de *care* qui veut dire se soucier, prendre soin, faire attention... (Paperman, Laugier, 2008) peut se comprendre en réponse au terme de *cure* qui renvoie au traitement médical, au fait de soigner et guérir la maladie. Le *care* s'affirme comme une idéologie d'une double manière. D'une part, parce que le groupe professionnel des infirmières a, entres autres, acquis de l'autonomie en rapport au corps médical justement par la reconnaissance d'un autre travail que celui de traiter la maladie par des procédés médicaux. Les infirmières rencontrées revendiquaient la pratique de soins globaux, c'est-à-dire reposant certes sur la mise en œuvre de protocoles médicaux, mais également d'une approche psychologique, culturelle et spirituelle, en somme des soins basés sur un travail relationnel important avec le patient et sa famille. De plus, les soins d'hygiène et de confort (que réalisent aussi les auxiliaires de puériculture) sont très représentatifs du *care*, dans le fait qu'étant pourtant indispensables à l'individu pour son rétablissement ou sa mort dans la dignité, ils relèvent plutôt d'un travail invisible et socialement déconsidéré (Arborio, 2002). D'autre part, le *care* est une idéologie, car il s'appuie sur une éthique de la sollicitude (Gilligan, 2008) et sur des pratiques concrètes et observables (Molinier, 2011). Autrement dit, ce n'est pas parce qu'un soignant réalise un soin de confort et d'hygiène qu'il met en œuvre forcément un soin *caratif*. C'est seulement s'il le réalise dans les règles du *care* qu'il fait preuve de sollicitude. Enfin et pour conclure à ce sujet, on retiendra également que l'idéologie du *care* implique plus qu'une relation avec les patients et leurs familles. Elle s'impose aussi dans les relations avec les collègues.

Les policiers rencontrés ne travaillent pas uniquement avec des mis en cause envers qui un travail émotionnel basé sur la colère serait efficace pour les manœuvrer. Ils sont confrontés à d'autres usagers tels que les victimes et les témoins. Cette pluralité d'acteurs occupant des positions différenciées dans l'enquête permet d'imaginer la palette émotionnelle que le policier peut mobiliser pour appuyer son travail relationnel. On peut observer des policiers faire preuve d'empathie à l'égard de la victime et s'adresser à elle alors sur un ton bienveillant, n'élevant jamais la voix, et prêt à suspendre l'audition sur simple demande de l'usager. Dans la même veine, on peut voir des policiers s'adresser presque en hurlant au mis en cause, l'humiliant par la rhétorique et ne lui concédant aucune pause. Si cette réalité peut s'observer dans un commissariat, elle n'est pas la seule ; loin de là. On peut aussi décrire des policiers usant d'un travail émotionnel différenciateur (basé sur des émotions négatives) à l'égard des victimes et mobiliser un travail émotionnel intégrateur (basé sur des émotions positives) envers les mis en cause. La raison à cela repose sur le fait que le travail des policiers observés consiste en tant qu'officiers de police judiciaire à recueillir des faits tangibles permettant d'élucider souvent ce qui apparaît *a priori* comme un imbroglio (Lévy, 1987). Dès lors, une des premières questions que les policiers se posent est de savoir si la victime présentée comme telle l'est réellement ; à l'image de ce jeune garçon qui a disparu de son foyer pour adolescents quelques jours auparavant et est venu déclarer plus tard à la police avoir été enlevé et séquestré.

À la brigade des mineurs, il est 15h23. Nous sommes trois dans le bureau, il y a Saïd (brigadier), sa collègue Michèle qui est brigadier-major et moi. Saïd va chercher à l'accueil la victime venant porter plainte pour séquestration. Plus tôt, Saïd et Michèle partageaient quelques doutes quant à d'éventuels mensonges du mineur pour couvrir sa fugue. [...] Saïd assis à son bureau commence la rédaction du procès-verbal en prenant l'identité du mineur. Il lui demande de raconter son histoire. Saïd lui pose des questions pour approfondir certains faits. Alors que le mineur parle à voix très basse, Saïd lui enjoint souvent d'une manière assez agressive de répéter plus fort ce qu'il dit. Soudain, le policier demande au mineur son téléphone portable : « Passez-moi votre téléphone // (Mineur) Pourquoi ? // (Saïd) Parce que vous êtes dans un commissariat et que je dois vérifier des choses ». Le mineur obtempère. Saïd constate qu'il a passé des appels durant sa séquestration. « Quelque chose me dérange jeune homme : pendant votre séquestration vous avez appelé untel, mais pas le 17// (Mineur) Mais j'étais surveillé // (Saïd) Si vous faites de fausses déclarations jeune homme ça peut aller très

loin. Vous vous rendez compte que la séquestration c'est 20 ans de prison ? » [...] L'audition se poursuit. Saïd cherche selon moi à ce que le jeune s'embrouille dans ses propos et il met souvent en évidence un comportement suspect : « Vous avez réussi à vous échapper de l'endroit où vous étiez séquestré et vous n'avez pas appelé la police, mais vous venez déposer plainte deux jours après... C'est bizarre, non ? [...]»

Dans la tentative d'établir la vérité, donc la robustesse de l'affaire et les rôles de chaque protagoniste, il n'est pas rare d'observer les policiers opérer un travail émotionnel différenciateur envers une personne se présentant comme victime. En outre, un autre élément important doit être mentionné pour comprendre comment s'exprime le travail émotionnel chez les professionnels. Le commissariat et le service pédiatrique sont des lieux sociaux régis par des règles que les professionnels entendent souvent imposer aux usagers. Dès lors qu'un usager ne semble pas respecter ces codes, le travail émotionnel des professionnels en est vraisemblablement modifié. Ainsi, on peut voir des policiers dialoguer courtoisement avec des multirécidivistes habitués des locaux de police et respectant les codes policiers, comme des fonctionnaires agacés par un primo-délinquant non socialisé au commissariat et qui suscite alors un travail émotionnel policier agressif.

Cet état de fait s'applique également au service pédiatrique observé avec bien sûr les spécificités qui distinguent ces deux milieux. Si l'on ne parle pas de mis en cause ou de victime au sujet des patients, une distinction s'opère néanmoins entre les malades à qui sont imputés leur pathologie et ceux qui en sont *véritablement* victimes. Les soignants réalisent alors une catégorisation sociale de leurs patients notamment entre *bons* et *mauvais* malades (Véga, 1997 ; Lorient, 2012). Dans le service pédiatrique, la population des diabétiques hospitalisés parce qu'ils ne suivent pas leur traitement en est un cas emblématique. Ces patients, souvent adolescents, éveillent l'exaspération chez les soignants non seulement parce qu'ils contrarient l'action soignante en ne respectant pas les consignes données, mais parce qu'ils accentuent, de surcroît, la charge de travail. Ainsi, le travail émotionnel soignant oscille souvent entre intégration et différenciation :

Dans la chambre d'une patiente de 15 ans qui a été hospitalisée à la suite de plusieurs oublis de prise d'insuline. Angela, l'infirmière, s'adresse avec autorité à la jeune fille allongée sur son lit et qui pianote sur son smartphone : « Il faut que tu penses à faire régulièrement ton Dextro (appareil permettant de mesurer sa glycémie). Tu as une maladie chronique, donc tu dois être

responsable. Si tu ne fais pas attention, tu vas te foutre les reins en l'air. C'est ça que tu veux ? // (La patiente scrutant toujours son téléphone) Non. // (Angela) Je sais bien que ce n'est pas marrant, mais tu dois faire attention. Je vois que tu as un téléphone... tu programmes des alarmes pour y penser. On est d'accord ? (l'adolescente qui la regarde à peine hoche la tête en signe d'acquiescement). Bon, faudra aussi que tu penses à prendre une douche parce que ça commence à sentir dans la chambre ».

Le travail émotionnel soignant s'observe particulièrement bien à travers l'éducation thérapeutique comme c'est le cas avec l'adolescente diabétique. Mais dans le service pédiatrique si l'éducation thérapeutique vise les patients, elle concerne également leurs parents. Par conséquent, ces derniers sont aussi destinataires d'un travail relationnel et d'un travail affectif.

J'accompagne Élise (puéricultrice) et Laura (auxiliaire de puériculture) sur leur secteur. Nous rentrons dans une chambre où se trouvent une petite fille épileptique et son papa. La télévision est allumée. Alors que Laura s'occupe de prendre la tension et la température de l'enfant, Élise d'une voix douce s'adresse au père : « Ça va Monsieur, vous vous en sortez ? [...] Avec la maman, vous arrivez à vous relayer ? Si vous avez besoin de quelque chose, vous n'hésitez pas à nous solliciter. (Sur un ton plus ferme, mais néanmoins bienveillant) Par contre, veillez à ce que Julie (l'enfant) prenne bien ses repas et qu'elle se repose. Je vous montrerai quand votre femme sera là comment on fait une injection au valium au cas où la petite fasse une nouvelle crise à la maison. (D'une manière irritée) Par contre, n'abusez pas trop de la télé, c'est plutôt déconseillé. »

Le travail émotionnel de la puéricultrice que l'on peut observer dans cet extrait s'opère de différentes façons. En premier lieu, il manifeste une sollicitude quant à la situation des parents, pour savoir s'ils s'en sortent. En cela, l'infirmière exprime l'éthos professionnel en rappelant au père de ne pas hésiter à solliciter l'équipe soignante. Dans un deuxième temps, l'infirmière use de son autorité professionnelle par l'injonction au travail parental. Elle définit les tâches de ce dernier : s'assurer que l'enfant mange et se repose. Enfin dans un troisième temps, elle sanctionne le comportement du père dans le fait que l'enfant épileptique regarde la télévision en témoignant de son irritation à ce sujet. On voit alors à travers ces exemples à quel point le travail émotionnel réalisé par les professionnels vise à conformer les usagers à l'image du *bon usager* qu'ont les professionnels. Le travail émotionnel est donc orienté pour les faire tendre vers cette image (Bonnet, 2015).

### **1.5 Travail émotionnel, compétence émotionnelle, intelligence émotionnelle**

Ce que nous avons décrit jusqu'à présent, à savoir un travail émotionnel employé aux fins de la relation socio-éducative, nous permet de dire que le travail émotionnel est une compétence professionnelle. Cette dernière peut se définir comme « l'organisation dynamique de l'activité, mobilisée et régulée par un sujet pour faire face à une tâche donnée, dans une situation déterminée » (Coulet, 2011, 17). En d'autres termes, la notion de compétences permet de mettre en exergue ce que l'individu fait réellement pour accomplir son travail. Dès lors, on perçoit combien le travail émotionnel relève de la compétence professionnelle, puisqu'en utilisant ses émotions, réelles ou simulées, le professionnel tente d'influencer l'interaction avec l'utilisateur pour permettre la mise en œuvre du travail technique. De plus, et pour appuyer l'idée que le travail émotionnel peut être produit par les professionnels d'une manière rationnelle et organisée pour concourir à la production du service, on pourrait utiliser le terme d'*intelligence émotionnelle*.

La notion d'intelligence émotionnelle a été employée par divers auteurs (Salovey, Mayer, 1990 ; Goleman, 1997) et elle pourrait se définir comme « la compétence à identifier et exprimer des émotions, à les assimiler dans la pensée et à réguler les émotions positives et négatives, autant chez soi que chez les autres. » (Matthews et al, 2002 cité par Abaroa, 2006, 28). La notion d'intelligence émotionnelle présente l'idée d'un travail émotionnel réalisé en corrélation avec l'état affectif d'autrui pour justement agir sur ses propres émotions comme celles des autres. Autrement dit, le travail émotionnel tel que nous l'avons décrit précédemment ne montrait finalement que des professionnels cherchant certes à influencer l'état affectif des usagers, mais en s'appuyant uniquement sur leurs propres émotions. Or, il convient en effet de montrer que le travail émotionnel que réalisent les professionnels relève souvent d'une intelligence émotionnelle parce qu'il s'opère en lien avec l'état affectif de base de l'utilisateur. Celui-ci constitue une donnée fondamentale quant à la façon dont le professionnel mobilise son intelligence émotionnelle. Mais on touche là un point sensible de la notion d'intelligence émotionnelle qu'il importe d'explicitier.

L'intelligence émotionnelle est mobilisée par les sciences de la gestion qui soulignent qu'elle est une source de performance au travail (Chanlat, 2003). Cela s'observe comme nous le soutenons dans cet article à travers la relation de service entre un utilisateur et un prestataire,

mais aussi comme un moyen de management pour mobiliser les travailleurs (Boisart-Castelluccia, Van Hoorebek, 2010). La notion d'intelligence émotionnelle est dévoyée si elle est appréhendée uniquement comme définie par l'organisation du travail. Cette dernière est certes un levier puissant de l'intelligence émotionnelle mise en œuvre par les professionnels en exigeant notamment de ceux-ci qu'ils appliquent des scripts émotionnels élaborés en amont. Pour autant, il importe alors de se pencher sur les résistances éventuelles que lui opposent les professionnels. En outre, en rationalisant comment les professionnels doivent se comporter vis-à-vis de telles populations d'usager, les prescripteurs du travail réduisent fortement les ressources que peut constituer pour le service rendu l'intelligence émotionnelle. En effet, le concept d'intelligence émotionnelle déploie tout son potentiel quand il permet de montrer justement comment les individus mobilisent leurs ressources émotionnelles pour agir dans une situation singulière. C'est ce que nous allons maintenant tenter de montrer.

## **2. L'intelligence émotionnelle, un mélange entre savoirs collectifs et savoirs individuels**

### **2.1 Si l'intelligence émotionnelle est socialement ancrée...**

L'intelligence émotionnelle, ou les capacités du professionnel à mobiliser un travail émotionnel qu'il estime adéquat avec l'usager, peut au moins s'expliquer par trois éléments : la formation professionnelle, les normes du collectif de travail et les injonctions hiérarchiques.

En premier lieu, la formation professionnelle initiale est une instance importante dans la socialisation des individus. Les infirmières diplômées d'État ont une formation s'étalant sur trois ans (quatre ans pour les infirmières spécialisées en puériculture). Les auxiliaires de puériculture sont diplômées au terme de 10 mois de formation et les policiers sortent de l'école de police après 12 mois. Ces trois types de professionnels ont une formation initiale qui alterne à la fois des enseignements théoriques en institut ou en école et de nombreux stages sur le terrain. Durant ce temps de formation, l'éthos professionnel s'élabore à travers le processus de socialisation. Prenons l'exemple des policiers pour illustrer cela. D. Monjardet et C. Gorgeon (1996) ont bien montré que malgré des profils initiaux hétérogènes, les policiers diplômés au terme d'une année avaient développé des traits sociaux similaires. Même s'ils restent mus par leurs convictions personnelles de départ, les

jeunes gardiens de la paix tendent à avoir une perception plus homogène de la police. Les fonctionnaires deviennent *plus réalistes* et révisent leur opinion initiale sur le métier de policier. En somme, ils expriment un *désenchantement*. Ils témoignent aussi d'une méfiance sur l'aspect relationnel du métier envers leur public. De fait et à la sortie de l'école, une *culture policière* se manifeste notamment par des savoir-faire communs appris à l'école, mais aussi par des stéréotypes partagés, essentiellement sur le fait de constituer un groupe mal-aimé par la population et discrédité par les médias.

Mais d'une manière commune aux deux milieux observés, les professionnels exprimaient souvent ne pas avoir acquis durant leur formation initiale les ficelles du métier leur permettant d'accomplir pleinement le travail relationnel et donc la partie émotionnelle de celui-ci. Autrement dit, l'école délivre de nombreux enseignements techniques, mais l'aspect relationnel et émotionnel du travail s'acquiert, pour l'essentiel, au contact de l'équipe ou du collectif de travail (Bonnet, 2016). Le collectif de travail se pose pour l'individu comme un médiateur pragmatique entre les aspects techniques, relationnels et émotionnels du travail. Comment réaliser un soin à un enfant hurlant, se débattant et quelques fois insultant les soignants ? Cela ne s'apprend pas beaucoup en Institut de soins infirmiers. Ce sont essentiellement les collègues qui livrent dans la pratique les moyens plus ou moins efficaces de résoudre ces difficultés. Il s'agit alors souvent de savoir-faire locaux, élaborés et testés au sein du service ou de la brigade et qui confèrent à ce groupe son identité particulière. Par conséquent, le travail émotionnel est lui-même normé par les éléments caractéristiques de la culture du collectif. Cette normalisation du travail émotionnel approprié s'incarne à travers la notion de bonne distance, cette « ambivalence qui existe entre proximité affective et distance émotionnelle » (Fortino et al, 2015, 4). Quand par exemple, à l'hôpital une jeune soignante (tant par son âge que par son peu d'ancienneté dans le service) est prise à partie par certaines de ses collègues lui indiquant qu'elle ne doit pas donner son numéro de téléphone aux parents, éviter de les tutoyer et décliner certains cadeaux (en l'occurrence un bijou), le collectif affirme des règles affectives. Ce sont des règles affectives qui prennent une forme déontologique parce qu'elles ont pour but, entre autres, d'éviter que la jeune soignante en question se retrouve prise au *piège de la compassion* (Goffman, 1968) et ne finisse par se « brûler les ailes », « franchir la barrière », autant d'expressions indigènes



indiquant le danger pour le professionnel de ne pas maîtriser le travail émotionnel parce qu'il pourrait en souffrir.

Mais ces savoirs émotionnels qui s'élaborent et se diffusent au sein des collectifs de travail peuvent se retrouver en contradiction avec certaines *injonctions au professionnalisme* émanant des hiérarchies et des organisateurs du travail (Boussard et al, 2010). La nouvelle gestion publique mise en œuvre au début des années 2000 a eu pour conséquence d'engendrer une intensification du travail dans la police (Matelly, Mouhanna, 2007) et à l'hôpital (Belorgey, 2010). Elle privilégie largement le travail technique au détriment du travail relationnel. Aussi, les professionnels rencontrés exprimaient souvent le sentiment de ne pas avoir le temps pour réaliser un bon travail relationnel avec leurs usagers, ce qui altère forcément la qualité du travail émotionnel. Les professionnels ayant moins de temps pour écouter et échanger avec leurs usagers obtiennent moins d'informations leur permettant de faire preuve d'intelligence émotionnelle. Trop en décalage avec les attentes émotionnelles de l'utilisateur, le travail émotionnel et relationnel peut s'avérer inefficace, voire contreproductif en produisant des ressentiments chez l'utilisateur, quand il n'est pas tout bonnement absent. Cet empêchement d'un travail émotionnel de qualité peut alors être un facteur de souffrance au travail. Non seulement il ne permet pas l'accomplissement de l'idéal professionnel, mais il peut aussi créer des tensions au sein de la relation de service. En outre, et même si le service hospitalier et les brigades de police ne sont pas soumis à un contrôle aussi strict du travail émotionnel des professionnels qu'on peut observer ailleurs, il convient néanmoins de tenir compte du fait que certaines émotions sont proscrites par l'organisation du travail qui ce faisant prescrit le travail émotionnel (Lhuillier, 2006).

## **2.2 ...elle est aussi une compétence individuelle.**

On ne peut pas expliquer vraisemblablement l'intelligence émotionnelle des professionnels uniquement comme le produit d'une socialisation professionnelle et d'un contexte organisationnel. Il importe aussi d'insister sur la singularité de chaque professionnel, c'est-à-dire son histoire individuelle et son caractère. Ainsi, on peut observer comment se conjuguent à la fois dispositions émotionnelles individuelles et intelligence collective.

En enquêtant par observations et entretiens, c'est-à-dire en cherchant à décrire ce que font concrètement des individus et pourquoi ils font cela, on constate de nombreuses spécificités

propres à chacun des enquêtés. L'aspect émotionnel du travail n'échappe pas à cela. Certains évoquent des facilités émotionnelles dans telle situation ou bien au contraire des difficultés affectives à travailler auprès de telle population. Ainsi, à l'hôpital se dégage nettement le travail auprès d'enfants en fin de vie et d'enfants maltraités, alors que dans la police le travail auprès de cadavres apparaît démotiver beaucoup de professionnels. Cet état de fait semble souvent résulter dans les explications que donnent les professionnels d'un événement vécu comme douloureux, ayant laissé un souvenir pénible, en d'autres termes une expérience à ne pas revivre. Et il y a autant d'expériences négatives différentes qu'il y a de professionnels pour les conter. En réalité, on pourrait assez facilement regrouper les expériences par types, mais ici nous voulons insister justement sur la singularité de chacune. Si des difficultés sont racontées, des facilités apparaissent aussi dans les discours. Et si l'on se penche sur l'équipe dans son ensemble, on voit apparaître des contrastes dans le fait que certaines personnes craignent certaines situations professionnelles que d'autres n'évoquent pas ou déclarent même apprécier. Aussi, à l'hôpital certains soignants soulignent se sentir en difficulté avec les enfants en fin de vie et préfèrent ne pas s'en occuper, alors que d'autres sont volontaires.

Si d'une manière générale, le travail n'est pas distribué officiellement selon les appétences émotionnelles, car ce qui détermine principalement la répartition du travail, c'est la charge que chacun a déjà, on peut néanmoins constater que le collectif de travail procède à une répartition du travail. Le collectif de travail offre la possibilité à ses membres d'échanger des situations qu'ils leurs apparaissent difficiles avec des collègues ayant moins de difficultés. Il est possible alors d'élaborer une carte de spécialisations émotionnelles plus ou moins informelles des membres du collectif. À l'image de cette infirmière spécialisée dans les patients *caractériels* ou cette auxiliaire réputée compétente auprès des jeunes mères en difficultés, etc. Et cette spécialisation émotionnelle que l'on voit dans les collectifs est un moyen pour les *spécialistes* d'affirmer au reste du groupe une compétence particulière voire une intelligence émotionnelle spécifique.

La capacité du collectif de travail à puiser dans les facilités émotionnelles de chacun pour accomplir des tâches que d'autres redoutent est un signe de sa vitalité. Cette pratique crée de la coopération régulière entre les individus et produit une chaîne de dons et de contre-dons, donc une interdépendance dans le soutien technique et émotionnel. En permettant

cette répartition des tâches en fonctions des facilités émotionnelles de chacun, le collectif de travail préserve ses membres du risque émotionnel (Bonnet, 2018).

## **Conclusion**

Cet article a tenté de montrer que les émotions dans un service pédiatrique hospitalier et deux brigades de police constituent un élément que l'on ne peut négliger si l'on s'intéresse à la relation socio-éducative. On a vu qu'elles tenaient une place importante dans l'accomplissement du service, notamment sa composante relationnelle avec l'utilisateur, mais qu'elles pouvaient aussi avoir un impact sur l'aspect technique du travail. Cet article a alors soutenu l'idée que la capacité du professionnel à œuvrer justement sur l'aspect émotionnel de la relation avec son usager pouvait être comprise comme une forme d'intelligence émotionnelle, dans la mesure où elle participe à la réalisation du travail voulue par le travailleur. C'est notamment pour cela qu'une prescription émotionnelle émanant de l'organisation du travail, que le professionnel ne ferait qu'appliquer machinalement, ne pourrait être véritablement considérée comme de l'intelligence. Il lui manquerait l'adaptabilité dont seul le professionnel peut user et qui justement témoigne de son intelligence émotionnelle. Précisément, nous avons vu que la production d'une intelligence émotionnelle pouvait être appréhendée à partir de plusieurs origines, comme la socialisation professionnelle qui débute dès la formation initiale, les demandes hiérarchiques et les injonctions organisationnelles, mais aussi les normes qui caractérisent le collectif de travail dans lequel s'insère l'individu. Aussi, l'histoire personnelle du travailleur, ses facilités et difficultés à agir dans tel contexte émotionnel jouent grandement sur ses compétences émotionnelles et partant son intelligence. En somme, si l'intelligence émotionnelle est profondément individuelle, elle est également sociale parce qu'elle résulte en partie de diverses influences sociales émanant certes des acteurs professionnels (formateurs, supérieurs, collègues), mais encore des attentes de l'utilisateur et de son observance aux règles organisationnelles. Pour autant, l'intelligence émotionnelle peut se conjuguer aussi au pluriel quand on observe comment le collectif de travail puise dans l'hétérogénéité de ses membres des moyens d'accomplir le travail d'une manière qui le satisfasse.

## **Bibliographie**

Acker (Françoise), « Les infirmières hospitalières. Une segmentation du travail, une diversification des emplois et métiers », *Sociologie Santé*, n°35, mars 2012, p. 57-76.

Arborio (Anne-Marie), *Un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris, Economica, Anthropos, 2002, 334 p.

Artaza Abaroa (Felipe), « L'intelligence des émotions: une relecture des fondements de "l'intelligence émotionnelle" », *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, vol. 12, n°28, 2006, p. 25-38.

Belorgey (Nicolas), *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, La Découverte, 2010, 336 p.

Bernard (Julien), *Croquemort. Une anthropologie des émotions*. Paris, Métailié, 2009, 216 p.

Bernard (Julien), « Une histoire de la sociologie des émotions ? », dans Fernandez (Fabrice) et Lézé (Samuel) et Marche (Hélène) [coord.], *Les émotions. Une approche de la vie sociale*, Paris, Éditions des archives contemporaines, 2013, p. 7-29.

Boisard-Castelluccia (Sylvie) et Van Hoorebeke (Delphine), « Le management de la diversité des équipes par la contagion émotionnelle, au cœur de la performance de groupe ? », *Management & Avenir*, vol. 8, n°38, octobre 2010, p. 240-256.

Bonnet (Thomas), « Apprentissages émotionnels. Le poids des collectifs de travail », *La nouvelle revue du travail* [En ligne], 9 | mis en ligne le 02 novembre 2016, consulté le 07 novembre 2016. URL : <http://nrt.revues.org/2911>.

Bonnet (Thomas), « La normalisation du rôle parental par une équipe soignante », *Recherches familiales*, n°12, février 2015 p. 223-234.

Bonnet (Thomas), *La régulation sociale du risque émotionnel au travail*, Toulouse, Octarès (à paraître, 2018).

Boussard (Valérie) et Demazière (Didier) et Milburn (Philippe) (Coord.), *L'injonction au professionnalisme. Analyse d'une dynamique plurielle*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2010, 176 p.

Buscatto (Marie), « Les centres d'appels, usines modernes ? Les rationalisations paradoxales de la relation téléphonique », *Sociologie du travail*, Vol. 44, n°1, janvier 2002, p. 99-117.

Chanlat (Jean-François), « Émotions, organisation et management : une réflexion critique sur la notion d'intelligence émotionnelle », *Travailler*, vol. 1, n°9, 2003, p. 113-132.

Clough (Patricia Ticineto) et Halley (Jean), *The Affective Turn. Theorizing the Social*, Durham & London, Duke University Press, 2007, 328 p.

Coulet (Jean-Claude), « La notion de compétence : un modèle pour décrire, évaluer et développer les compétences », *Le travail humain*, vol. 74, n°1, janvier 2011, p. 1-30.

Damasio (Antonio Rosa), *l'erreur de Descartes*, Paris, Odile Jacob, 2001, 396 p.

Demazière (Didier) et Gadéa (Charles) (coord.), *Sociologie des groupes professionnels*. Paris, La découverte, 2009, 463 p.

Ekman (Paul), « An Argument for Basic Emotions », *Cognition and Emotion*, vol. 6, n°3-4, 1992, p. 169-200.

Fortino (Sabine) et Jeantet (Aurélie) et Tcholakova (Albena), « Émotions au travail, travail des émotions » présentation du Corpus, *La nouvelle revue du travail*, n°6, mis en ligne le 30 avril 2015, consulté le 02 mai 2015. URL : <http://nrt.revues.org/2071>.

Gadrey (Jean), « Les relations de service et l'analyse du travail des agents », *Sociologie du travail*, Vol. 36, n°3, juillet 1994, p. 381-389

Gilligan (Carole), *Une voix différente. Pour une éthique du « care »*, Présenté par Laugier (Sandra) et Paperman (Patricia), Paris, Flammarion, 2008, 284 p.

Goffman (Erving), *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Éditions de Minuit, 1968, 447 p.

Goleman (Daniel), *L'intelligence émotionnelle. Comment transformer ses émotions en intelligence*. Paris, Robert Laffont, 1997, 421 p.

Hochschild (Arlie Russell), *The Managed Heart : Commercialization of Human Feeling*, Berkeley, University of California Press, 1983, 327 p.

Laé (Jean-François), « Ferme ta caisse ! », *Sociologie et sociétés*, Vol. 48, n°2, automne 2016, p. 121-130.

Lévy (René), *Du suspect au coupable : le travail de police judiciaire*, Genève/Paris, Éditions Médecine et Hygiène/ Méridiens-Klincksieck, 1987, 183 p.

Lhuilier (Dominique), « Compétences émotionnelles : de la proscription à la prescription des émotions au travail », *Psychologie du travail et des organisations*, vol. 12, n°2, juin 2006, p. 91-103.

Livet (Pierre), *Émotion et rationalité morale*, Paris, Presses universitaires de France, 2002, 291 p.

Loriol (Marc), *La construction du social. Souffrance, travail et catégorisation des usagers dans l'action publique*. Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2012, 214 p.

Luhmann (Niklas), *La confiance. Un mécanisme de réduction de la complexité sociale*, Paris, Economica, 2006, 123 p.

Matelly (Jean-Hughes) et Mouhanna (Christian), *Police, des chiffres et des doutes*, Paris, Michalon, 2007, 276 p.

Milburn (Philippe), « La compétence relationnelle : une maîtrise de l'interaction et légitimité professionnelle. Avocats et médiateurs », *Revue française de sociologie*, n°43, vol. 1, 2002 p. 47-72.

Molinier (Pascale), « Le care à l'épreuve du travail. Vulnérabilité croisées et savoir-faire discrets », dans Paperman (Patricia) et Laugier (Sandra) (Coord.), *Le souci des autres*.

*Ethiques et politiques du care*, Paris, Ecole des hautes études en sciences sociales, 2011, p. 299-316.

Monjardet (Dominique) et Gorgeon (Catherine), *La socialisation professionnelle des policiers : étude longitudinale de la 1231<sup>e</sup> promotion des élèves gardiens de la paix. Tome 2 – La titularisation*, Paris, Institut des Hautes Études de la Sécurité Intérieure, 1996, 132 p.

Montandon (Cléopatre), « La socialisation des émotions : un champ nouveau pour la sociologie de l'éducation », *Revue française de pédagogie*, vol. 101, n°1, 1992, p. 105-122.

Paperman (Patricia) et Laugier (Sandra) (coord.), *Le souci des autres. Ethiques et politiques du care (nouvelle édition argumentée)*, Paris, Ecole des hautes études en sciences sociales, 2011, 393 p.

Rot (Gwenaëlle) et Borzeix (Annie) et Demazière (Didier), « Ce que les écrits font au travail », *Sociologie du travail*, vol. 56, n°1, janvier 2014, p. 4-15.

Salovey (Peter), et Mayer (John.D.), "Emotional Intelligence", *Imagination, Cognition and Personality*, n° 9, mars 1990, p. 185-211.

Soares (Angelo), « Les émotions dans le travail », *Travailler*, vol. 1, n° 9, 2003 p. 9-18.

Strauss (Anselm), *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris, L'Harmattan, 1992, 319 p.

Strauss (Anselm) et al, "Sentimental work in the technologized hospital", *Sociology of Health and Illness*, vol. 4, n°3, 1982, p. 254-278.

Véga (Anne), « Les infirmières hospitalières françaises : l'ambiguïté et la prégnance des représentations professionnelles », *Sciences sociales et santé*, vol. 15, n°3, septembre 1997, p. 103-132.

Thomas Bonnet

tomhb@laposte.net

