



Les émotions au travail dans un service d'Urgences: vers un management de la régulation émotionnelle collective?

Hélène Monier

► To cite this version:

Hélène Monier. Les émotions au travail dans un service d'Urgences: vers un management de la régulation émotionnelle collective?. 26ème Congrès AGRH / De nouveaux modèles de GRH?, AGRH, Nov 2015, Montpellier, France. halshs-01212854

HAL Id: halshs-01212854

<https://shs.hal.science/halshs-01212854>

Submitted on 14 Jan 2016

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.

LES EMOTIONS AU TRAVAIL DANS UN SERVICE D'URGENCES : VERS UN MANAGEMENT DE LA REGULATION EMOTIONNELLE COLLECTIVE ?

Hélène MONIER

Doctorante en Sciences de Gestion

Université Lyon III Jean Moulin / IAE / Laboratoire Magellan

helene.monier@gmail.com

Résumé

Dans le cadre d'un travail de thèse sur la gestion des émotions au travail, une étude de cas dans un service d'Urgences d'un hôpital public suscite un étonnement par rapport aux théories disponibles sur le sujet (Hochschild, 2003 ; Blau, Bentley & Eggerichs-Purcell, 2012). En effet, les quarante urgentistes observés éprouvent quotidiennement des émotions intenses, et encourent des risques physiques et psychologiques provenant du contact avec un public dangereux, violent ou en détresse. Cependant, les émotions déplaisantes ressenties et exprimées, les plus régulières, ont pour cause principale, non pas le contact avec ce public (Hochschild, 2003), mais l'organisation du travail et les pratiques de management (Belorgey, 2010). Pour compenser le défaut, l'incomplétude ou l'ambiguïté des règles officielles de contrôle, les urgentistes élaborent des règles autonomes (Reynaud, 1988). L'immersion a permis d'observer l'expression d'une régulation émotionnelle (Gross, 1998) collective, atténuant l'intensité des émotions déplaisantes. Cette régulation émotionnelle collective, si elle n'est pas consentie et managée, occasionne expressions de mécontentement, cynisme ou apathie (Hirschmann, 1970). Cela nous suggère l'intérêt d'associer la théorie de la régulation de J.-D. Reynaud (1988) à celle de la régulation émotionnelle (Gross, 1998) collective, J.-D. Reynaud n'ayant pas évoqué la dimension émotionnelle dans les régulations conjointes opérées. Un management de la régulation émotionnelle collective conjointe permet aux équipes de produire le « petit sens » (Detchessahar, 2013) au quotidien, de retrouver le « travail bien fait » à l'origine de leurs émotions plaisantes principales, et fait écho à l'importance du soutien social (Karasek, 1979), favorisant la santé et la qualité de vie au travail.

Mots-clés

Emotions, régulation conjointe, régulation émotionnelle, soutien social

Abstract

As part of a thesis about emotional management at work, a case study in an Emergency room of a public hospital brings an astonishment compared to available theories about emotions at work (Hochschild, 2003 ; Blau, Bentley Eggerichs & Purcell, 2012). Indeed, the forty emergency room staff observed daily experience intense emotions, and expose themselves to physical and psychological risks due to the contact with a dangerous, violent, or distress public. However, the more current unpleasant emotions felt and expressed, don't come from the public contact (Hochschild, 2003), but from the work's organization and the practices of management (Belorgey, 2010). To counterbalance the weakness, the incompleteness or the ambiguity of official control rules, emergency room staff develops autonomous rules (Reynaud, 1988). Immersion has allowed to observe the expression of emotional regulation (Gross, 1998), and more particularly a collective emotional regulation, reducing the intensity of unpleasant emotions. This collective emotional regulation, if is not agreed and managed, causes

expressions of discontent, cynicism or apathy (Hirschmann, 1970). This suggests the interest of combining the J.-D. Reynaud's theory of social regulation (Reynaud, 1988) to a collective emotional regulation (Gross, 1998), because J.-D. Reynaud did not evoke the emotional dimension in joint regulations. A management of joint collective emotional regulation allows teams to produce the daily « little sense» (Detchessahar, 2013), in order to find again a « job well done », giving the main pleasant emotions to the emergency room staff. This echoes the importance of social support (Karasek, 1979), which promotes health and quality work life.

Keywords

Emotions, joint regulation, emotional regulation, social support

LES EMOTIONS AU TRAVAIL DANS UN SERVICE D'URGENCES : VERS UN MANAGEMENT DE LA REGULATION EMOTIONNELLE COLLECTIVE ?

En contexte de travail, les soignants éprouvent des émotions plaisantes et déplaisantes, provenant des interactions avec les patients, leur famille, les collègues, et la hiérarchie. L'organisation détermine des règles sociales et émotionnelles qu'il convient de respecter, et impose un travail émotionnel certain (Hochschild, 2003) : en particulier aux Urgences, l'infirmier d'accueil devient le réceptacle des émotions des patients, tout en devant rester agréable, empathique et bienveillant (Hochschild, 2003).

L'émotion du professionnel doit être exprimée et partagée, le plus souvent « en coulisses » (Goffman, 1973), par le biais de la discussion, des échanges entre collègues. En effet, la caractéristique d'un groupe, en particulier d'un groupe de travail, réside dans la possibilité de pouvoir échanger et partager ses ressentis et émotions, en contextes appropriés (Sendelands & St Clair, 1993). Si l'émotion n'est pas exprimée et partagée, la santé du soignant, à terme, peut se dégrader (Gross & Munoz, 1995). Il importe donc que les organisations prévoient et permettent des espaces de partages plus ou moins formels, entre soignants, afin de pouvoir évacuer cette charge émotionnelle. Au-delà de la régulation émotionnelle individuelle (Gross, 1998), se dessine une régulation émotionnelle collective, résultant du soutien social des collègues permis par l'encadrement, et du soutien social managérial. Cette régulation émotionnelle collective doit être managée dans le cadre de la régulation sociale conjointe (Reynaud, 1988), c'est-à-dire au niveau de la rencontre entre régulation de contrôle et régulation autonome. C'est lors de cette négociation des règles sociales, ici émotionnelles, que se joue la régulation émotionnelle collective, conjointe, les règles dictées par l'organisation étant confrontées à la réalité du terrain.

Une étude de cas, un service d'Urgences d'un hôpital public de grande taille, croise des données primaires issues d'une observation non participante de quarante soignants, d'entretiens semi-directifs et non directifs avec vingt-trois personnes, et de données secondaires de documentations sur les risques et la santé au travail dans l'établissement. La contrariété, voire la colère, principalement évoquées et exprimées par les soignants, proviennent en particulier de la non-adaptation de l'organisation du travail à la réalité du terrain, et de l'absence de management. Dans ce cas, la régulation sociale autonome peine à maîtriser les émotions du collectif de travail, chaque urgentiste régulant individuellement ses émotions, de manière plus ou moins efficace pour sauvegarder sa santé et la qualité de ses services. Le soutien social de l'encadrement fait défaut, ne parvient pas à traduire et adapter les règles prescrites. Ce soutien social du cadre se jouerait lors de la régulation conjointe, afin d'adapter les règles sociales imposées par la régulation de contrôle à la réalité du travail.

Afin de permettre un soutien social des collègues et du cadre, donc une régulation émotionnelle collective, le cadre instaurant un management par la discussion, crée des espaces d'échanges formels et informels entre les soignants, afin que ces derniers puissent exprimer leurs émotions et retrouver du sens au travail. La difficulté réside dans le fait que le cadre, sur-sollicité par des enjeux de « grand sens » devient alors indisponible pour ses équipes, et pour recréer le petit sens quotidien (Detchessahar, 2013). Pourtant, l'émotion plaisante principale évoquée par les soignants provient de l'estime d'avoir « bien fait leur travail ». La notion de « travail bien fait » provient de ce « petit sens » (Detchessahar, 2013, p. 66).

1. REVUE DE LITTÉRATURE

Nous considérons que dans la plupart des métiers de service, et en particulier les métiers de la santé, les professionnels contrôlent leurs émotions et ses expressions. Nous traitons de la gestion émotionnelle en contexte de travail du point de vue de la régulation émotionnelle, tout d'abord individuelle. Puis, certaines règles d'émotions étant prescrites par l'organisation, nous posons la question de l'existence d'une régulation sociale des émotions, une régulation émotionnelle collective, se jouant au sein de la régulation conjointe théorisée par J.-D. Reynaud (1988).

1.1 Les émotions au travail

L'émotion comporte trois composantes : une composante physiologique, une composante cognitive associée à l'expérience subjective de la situation, agréable ou désagréable, et une composante comportementale, personnelle et sociale (Rivoliér, 1992). Lors de certains événements internes ou externes à l'individu, l'émotion est une réponse chimique, neuronale. Elle se met en place pour permettre à l'individu de s'adapter à son environnement. Elle se déclenche par des facteurs physiques et physiologiques. Il existerait sept émotions de base, qui correspondent à sept expressions faciales : la joie, la colère, le mépris, la surprise, la peur, le dégoût et la tristesse (Ekman, 1972).

Dans certains métiers, la gestion des émotions, c'est-à-dire de ses propres émotions en contexte de travail, mais aussi de celles de l'interlocuteur, fait partie intégrante du travail demandé par l'organisation. Dans les métiers en contact avec un public, l'émotion doit être contrôlée (Hochschild, 2003). Dans le cas des soignants de service d'Urgences, le public rencontré peut être impatient, souffrant, paniqué, agressif, désespéré. Il en résulte un travail émotionnel important de la part des soignants, en particulier des soignants d'accueil et d'orientation. Les émotions vécues en contexte de travail ont un impact sur le collectif dans son ensemble. L'influence des émotions dans un groupe est importante : on parle de contagion émotionnelle, influençant la performance collective au travail (Van Hoorebeke, 2006).

1.2 La régulation émotionnelle

La régulation émotionnelle se divise en deux catégories (Gross & Munoz, 1995) : la stratégie de régulation émotionnelle ajustant les antécédents de la réponse émotionnelle ; et la stratégie ajustant l'une des trois composantes de l'émotion lors de la réponse émotionnelle : physiologique, cognitive, comportementale. Il y aurait cinq séquences de régulation des émotions : la sélection de la situation, la modification de la situation, le déploiement attentionnel, la réévaluation cognitive. Suite à cette séquence, la réponse émotionnelle est donnée par l'individu (Gross, 1998). La cinquième séquence serait la suppression expressive, où l'individu modifie au moins une des composantes de la réponse émotionnelle. Ces séquences font référence à une régulation émotionnelle individuelle. La stratégie de réévaluation cognitive est un ensemble d'efforts qui transforme cognitivement la situation, elle se base sur les antécédents de la réponse émotionnelle (Gross, 1998). Cette réévaluation aurait plutôt des conséquences positives sur le fonctionnement affectif de l'individu. Elle peut s'apprendre, et sauvegarde la santé du professionnel, contrairement à la suppression expressive (Gross & John, 2003). La réévaluation cognitive traite autant des émotions plaisantes que déplaisantes (Gross & John, 2003).

Cependant, la régulation émotionnelle individuelle a ses limites : dans certains métiers, la relation de service ne s'effectue pas isolément, mais en collectif de travail, restreint ou non.

C'est le cas pour les urgentistes. Au-delà des interventions en collectif restreint de travail, le soignant va parfois se retirer, échanger, évacuer et exprimer ses émotions « en coulisses » (Goffman, 1973), face à des collègues, ou à son supérieur. L'émotion peut alors être collectivement partagée. Nous nous posons la question de l'existence d'une régulation émotionnelle collective, que permettrait le soutien social.

1.3 Le soutien social

Le soutien social intervient comme facilitateur de la régulation émotionnelle. Il semble particulièrement bénéfique au sein des métiers à risques, à forte charge émotionnelle. Le soutien social revêt deux aspects : le soutien social professionnel et le soutien social hors travail. Le soutien social professionnel, dont nous traitons dans cet article, se compose de : la structure du réseau de soutien social, les comportements, et la perception de la bienveillance de l'entourage professionnel (Bruchon-Schweitzer, 2002). A partir du construit de C. Ruiller (2010) concernant les différentes composantes du soutien, et en considérant uniquement les aspects liés aux émotions, le soutien émotionnel et affectif au travail est l'expression des affects ressentis à l'égard de soi-même (amitié, réconfort, sympathie) (Ruiller, 2010). Concernant le soutien des collègues, socio-émotionnel, il s'agit du nombre de collègues de travail considérés comme des amis, ou ayant les mêmes centres d'intérêts. Concernant le soutien des supérieurs, il n'est étonnement pas fait mention du caractère émotionnel des situations de travail. Le supérieur possède un rôle de soutien axé sur la latitude décisionnelle accordée, l'attention et l'écoute, et le respect des règles et efforts fournis.

Le soutien social professionnel permet une gestion efficace des émotions (Ruiller, 2012). Parfois, le manque de soutien psychologique peut précéder d'autres motifs d'insatisfaction au travail comme les conditions physiques pénibles et les difficultés de temps et de salaires (Estryn-Behar, 2004). Le soutien social doit provenir des collègues, certes, mais aussi et surtout de la hiérarchie (Cintas & Sprimont, 2011). Il permet de gérer le stress (La Rocco & Jones, 1978). Au travail, les émotions déplaisantes peuvent constituer un risque psychologique, si le professionnel ne peut pas les partager socialement, dans le cas des soignants, en dehors des patients et de leur famille (Rimé, 1993). Ainsi, une émotion déplaisante, information envoyée par l'organisme à l'individu à propos d'une situation difficile ou anormale, non exprimée ou partagée d'une manière ou d'une autre, dégrade à terme la santé de l'individu. Un instrument de mesure du soutien professionnel est le modèle de R. Karasek, un des outils les plus utilisés pour évaluer les risques psycho-sociaux (Karasek, 1979). Ce modèle prend en compte trois aspects des facteurs psycho-sociaux au travail : la demande psychologique, évaluée par la quantité de travail, son intensité, son caractère plus ou moins morcelé, la latitude décisionnelle, et le soutien social, aide perçue, de la part des collègues ou des supérieurs.

1.4 La régulation conjointe

J.-D. Reynaud (1988, p. 6) aborde l'aspect suivant : « celui du rapport entre les règles qui viennent de la direction, qui descendent du sommet vers la base (nous les appellerons règles de contrôle) et celles qui sont produites, dans l'entreprise, par les groupes d'exécutants eux-mêmes (nous les appellerons règles autonomes) ». D'après la typologie des régulations de J.-D. Reynaud (1993), la régulation autonome est constituée de normes sociales construites à l'intérieur-même du groupe de travail, dans l'informel. Les règles implicites, non officielles, s'offrent à la vue après examen des pratiques, et constituent la régulation autonome. Elles « guident les procédures effectives de travail, de collaboration et de décision, elles assurent le fonctionnement quotidien de l'organisation » (Reynaud, 1988, p. 5). La régulation de contrôle désigne l'influence exercée par la hiérarchie, l'autorité formelle sur le groupe de travail. Il existe

des règles explicites ou officielles, qui fixent les responsabilités en cas de faute, les sanctions applicables, l'arbitrage des différends.

Dans toute organisation se met en place une régulation conjointe, rencontre de la régulation de contrôle et de la régulation autonome (Reynaud, 1988). Ce processus de régulation sociale produit des règles intra-organisationnelles. Les logiques des différents acteurs se confrontent dans la nécessité d'accomplir l'activité. Ainsi, travail prescrit et travail réel se rencontrent : dans le cas du travail prescrit, les consignes sont données par le management. Le travail réel représente le travail qu'exécute vraiment l'opérateur (Reynaud, 1988, p. 15). La régulation conjointe naît des tensions et négociations entre les deux régulations initiales. En émergent des règles négociées par les différentes parties prenantes.

La régulation autonome fait écho à l'organisation informelle (Roethlisberger & Dickson, 1939), « profondément enracinée dans les sentiments et l'affectivité » (Reynaud, 1988, p. 6). Cependant, J.-D. Reynaud précise que la régulation de contrôle implique aussi une logique de sentiments et d'affectivité, et que, de plus, dans la régulation autonome, il ne s'agit pas que de sentiments et d'affectivité. En effet, la régulation autonome produit elle-aussi des normes sociales (Reynaud, 1988, p. 10). J.-D. Reynaud n'évoque pas l'existence de règles sociales émotionnelles dans sa théorie de la régulation sociale. Or, dans les organisations, l'émotion n'est pas toujours spontanée, mais doit être interprétée, réprimée, suscitée, contrôlée (Monier 2014) : « Nous essayons de gérer ce que nous ressentons conformément à des règles implicites » (Hochschild, 2003, p. 45). Selon le point de vue interactionniste de E. Goffman, les individus tentent de se conformer à ces règles sociales de gestion des émotions, à la fois extérieurement et intérieurement (Goffman, 1973). Il est possible de sanctionner le « mauvais sentiment » (Hochschild, 2003, p. 37). « De nombreux emplois demandent une appréciation des règles d'affichage, des règles de sentiments » (Hochschild, 2003, p. 44). Peut-on parler de régulation émotionnelle collective, conjointe ? S'il existe des règles sociales des émotions, alors existe-t-il une régulation sociale émotionnelle ?

2. METHODOLOGIE : LE CAS DES URGENTISTES

Une étude de cas a été menée dans un service d'Urgences d'un hôpital public de grande taille. Le contexte est le suivant : une restructuration implique une future fusion de deux services d'Urgences auparavant séparés, tant géographiquement que concernant les pratiques et l'organisation du travail. A ce changement important dans l'organisation du travail s'ajoute un fort taux de turn-over des cadres et chefs de service. Or, dans le service d'Urgences étudié, la moyenne d'âge des infirmiers est de 42 ans environ, la culture organisationnelle initiale reste encore forte, et le taux de turn-over faible : moins de 6%.

La collecte de données s'est déroulée en trois périodes chronologiquement distinctes : une immersion de 108 heures d'observation non participante, 23 entretiens semi-directifs et non-directifs, étalés sur trois mois, et une collecte de données secondaires, de documentation interne. Voici un tableau récapitulatif des principales caractéristiques de ces données primaires et secondaires.

Tableau des données primaires et secondaires de l'étude de cas :

Données primaires		Données secondaires
Immersion	Entretiens	Documentation interne
<u>Durée</u> : 9 jours et nuits / 12 heures par service : soit 108 heures d'observation non participante en octobre 2014. <u>Démarche</u> : après obtention de l'aval de la hiérarchie et présentation du projet aux équipes : prise de notes pendant et après les observations. Observations à l'accueil des Urgences : primo contact administratif et infirmier, et dans les box lors de la prise en charge des patients. Echanges et partages de moments informels, pendant les pauses, les repas. <u>Difficultés rencontrées</u> : obtenir la confiance des équipes ; la prise de notes pose des questions : un soignant a arraché le bloc-notes du chercheur pour regarder ce qui était écrit. A cette lecture, sa réaction fut alors positive et les craintes se sont estompées. <u>Le rôle de la blouse blanche</u> : positif concernant l'intégration dans les équipes, et la compréhension du métier, mais face aux patients : cela porte à confusion, certains pensent la chercheuse infirmière.	<u>Treize entretiens semi-directifs</u> avec guide d'entretien thématique d'une heure trente à deux heures, retranscrits et validés par les participants : 7 entretiens avec des urgentistes, 2 entretiens avec les cadres et chefs de service, 3 entretiens avec la médecine du travail, 1 entretien avec le psychologue du service. Lors de ces entretiens : utilisation de la roue des émotions de Plutchik (1980) afin de suggérer des anecdotes et d'identifier les émotions. <u>Difficultés rencontrées</u> : obtenir des volontaires pour les entretiens, en raison de la méfiance envers ce qui est extérieur aux équipes, de la charge de travail, et des plannings. <u>Dix entretiens non directifs</u> avec : le chef médical des services d'Urgences, le responsable paramédical du service, le responsable et chef de service, le psychiatre du service, le directeur référent, la Direction du personnel, le coordinateur risques professionnels, le conseiller conditions de travail, le chargé des relations patients, et affaires générales. <u>Lieu</u> : pendant les heures de service, sur place.	<u>Médecine du travail</u> : taux et causes d'absentéisme 2013-2014, taux de visites sur demande au médecin du travail, tendances chiffrées 2013 de l'observatoire central des situations de violence, rapport annuel du service médical du personnel 2013, bilan des arrêts de travail 2013 tous services, rapport du groupe « souffrance au travail » de l'hôpital : suivi des indicateurs RH 2011 et 2013, documents RPS en milieu de soins, synthèse de l'étude de satisfaction au travail 2012-2013, consultations pour motifs de souffrance au travail 2010-2013. <u>Prévention des risques</u> : rapport de certification 2010 de l'hôpital pour la Haute Autorité de Santé, bilan et perspective par risque 2014, enquête EVREST (Evolution et Relation en Santé Travail) 2014, fiche de signalement d'un incident / accident lié à une situation de violences, taux de violence sur agents, fiche centrale du risque et prévention des risques : travail avec lourde charge psychologique 2014, avec lourde charge mentale 2014, fiche centrale du risque : agression et situations de violences 2014. <u>Gestion des Ressources Humaines</u> : pyramide des âges 2014, taux de rotation des agents, fiche de recrutement, taux de passages 2014, veille réglementaire 2013-2014, bilan social 2013, actions réalisées au service 2013-2014 (par le cadre de proximité), Document Unique.

Cette étude qualitative avec triangulation des données explore une situation particulière. Il s'agit de comprendre une situation, un phénomène réel et sa complexité, dans un contexte précis (Yin, 2002). La posture de recherche est compréhensive, basée sur l'écoute active et la mise à distance, et se rattache à un processus itératif. Lors de cette recherche, les objectifs de l'étude n'ont pas été dissimulés. La masse de données a été réduite et simplifiée afin de créer du sens. Pour l'analyse, les données ont été triées et regroupées en catégories (Langley, 1997),

manuellement, afin de faire émerger les récurrences et les liens entre les acteurs rencontrés et observés ainsi que les concepts mobilisés.

3. RESULTATS ET ANALYSES DES DONNEES

Les émotions déplaisantes les plus courantes et récurrentes recensées résultent de la désorganisation du travail et des pratiques de management. Les émotions plaisantes proviennent du « travail bien fait ». Face à un management absent et une organisation du travail peu adaptée à la réalité du terrain, contrariété et colère se profilent principalement. Le soutien social des collègues peine à réguler collectivement les émotions au travail. Le soutien social de l'encadrement concerne surtout la régulation émotionnelle individuelle. L'encadrement, « aspiré » dans des problématiques de « grand sens », peine à créer le « petit sens » au quotidien (Detchessahar, 2013), pourtant générateur d'émotions plaisantes en ce qu'il permet le « travail bien fait ».

3. 1. Emotions plaisantes et déplaisantes au travail, organisation du travail, pratiques de management

Nous relevons que les émotions plaisantes au travail proviennent en particulier des conséquences d'un « travail bien fait ». Or, le travail bien fait ne se réalise qu'à condition que l'organisation du travail soit adaptée au travail réel : « *Là, c'était de la satisfaction totale ! Je dirais que c'était du travail bien fait.* » ; « *J'aime bien quand il y a une bonne prise en charge... Tu prends un peu le temps, tu fais les choses bien, c'est un truc que j'aime bien faire.* ». Ce « travail bien fait », nécessite de passer plus de temps avec le patient, ce qui n'est pas faisable en raison de l'organisation du travail actuelle. Tous les entretiens avec les urgentistes s'accordent sur ce point : « *En fin de compte, on va trop vite dans nos soins (...). Tu n'es pas assez disponible.* ».

Les règles d'organisation du travail et les règles sociales émotionnelles ne semblent pas adaptées au travail réel, ni traduites dans une régulation conjointe (Reynaud, 1988), et provoquent alors un sentiment de travail empêché, d'impuissance, de méfiance menant à de la contrariété, de la colère, du mécontentement : « *Le fait qu'on soit en forte charge de travail, on est contrarié* » ; « *C'est plus l'organisation qui nous agace* » ; « *C'est plus de l'organisation, de la manière dont on gère le travail...* ». Cette nouvelle organisation du travail est imposée presque telle quelle par le management, ce qui provoque alors des émotions déplaisantes : « *Ils mettent en place des choses, mais il n'y a pas de suivi derrière, et ça, c'est très très très agaçant* ». « *On nous demande beaucoup plus de choses* » ; « *Il n'y a pas de traces écrites* » ; « *Il y a plein d'informations comme ça qui volent, d'équipe en équipe, et qui se déforment, forcément, en plus, et il y a des choses qui ne passent pas bien, qui passent pas, parce qu'il faut deviner quoi...* ». « *Il faut qu'on fasse des réunions* » ; « *Je dis : c'est à vous cadre aussi de nous informer et d'imposer des outils qu'on a maintenant, comment est l'organisation, etc.* ».

Au-delà d'un problème de traduction des règles de contrôle et de l'organisation du travail prescrite, l'encadrement est qualifié d'absent, en ce qu'il est « aspiré » dans des enjeux de « grand sens », et ne peut constituer alors un soutien social : on retrouve cet aspect dans tous les entretiens effectués avec les urgentistes : « *Ils sont très très absents, trop absents. Ils sont beaucoup dans leur bureau. Ils ont plein de réunions aussi... C'est pas qu'il font rien, mais... je pense vraiment qu'ils n'ont pas une vision réelle de ce qui se passe dans le service* ». L'encadrement en a conscience, mais ressent de l'impuissance : « *Tu aides les gens mais en fait ça ne se voit jamais. C'est du travail complètement invisible (...), même si tu as fait plein de démarches pour eux (...) ils ne le voient pas et ont souvent l'impression qu'on est là que pour*

tendre le bâton » (encadrement) ; « J'ai été trop sur d'autres dossiers, et du coup le management de proximité, c'était plus compliqué de le faire donc, pour le coup, c'est plutôt absent » (encadrement). Les projets de « grand sens », qui absorbent le temps de l'encadrement, empêchent ce dernier de traduire les règles d'organisation et les règles sociales prescrites, et limitent sa présence au quotidien dans les équipes.

3. 2. Une régulation émotionnelle collective limitée : un manque de soutien social

Le soutien social de l'encadrement s'axe en particulier sur la régulation émotionnelle individuelle : *« La dernière fois je me suis mise à pleurer dans la salle de repos, mon cadre est rentré à ce moment-là, il m'a demandé ce qu'il y avait, (...) il m'a trouvé une remplaçante et m'a dit (...) vous partez, c'est pas la peine de rester ; donc ça, c'est bien » ; « Souvent les gens pleurent dans mon bureau (...). Je suis dans l'écoute, je donne un mouchoir, un verre d'eau, et puis discuter (...) j'essaye de booster cette personne » (encadrement).*

En revanche, aucune référence à un soutien social de l'encadrement régulant collectivement les émotions n'est mentionnée. Face à un management absent et à une organisation du travail mal traduite par l'encadrement, le soutien social des collègues peine à se mettre en place. On relève pour certains soignants un manque de soutien social, de la part de la hiérarchie mais aussi entre collègues : *« Surtout, tu vois le manque de solidarité. On était en sous-effectifs, la collègue se fait agresser violemment verbalement, pendant pas mal de temps, le soignant derrière ne bougeait pas. Tout est laissé en plan. Elle a craqué, elle s'est retrouvée vraiment toute seule. Elle reprochait à son équipe » ; « La solidarité, c'est vraiment ce qui manque » ; « Le type te laisse te démerder tout seul !... alors que techniquement, il peut répondre à ma question » ; « On n'aide pas l'infirmier... il n'y a pas de solidarité » ; « Il n'y a pas de collectif, c'est chacun pour sa gueule ». D'une part, ce manque de soutien social des collègues provient du manque d'implication de certains urgentistes, au niveau médical et paramédical : « Il faut que tout le monde fasse son boulot (...) que tout le monde travaille dans le même sens et en même temps » ; « Il y en a qui esquivent (...) Il n'y a pas d'implication » ; « On veut qu'ils mettent des gens qui ont envie de bosser, c'est tout » ; « Je dis, si tout le monde est là, c'est gérable ». D'autre part, le manque d'espace et de temps empêche de mettre en discussion le travail et d'exprimer collectivement les émotions : « Il nous faut une salle de pause commune » ; « Il y a eu des abus dans les vestiaires (...), il faut que ce soit à la vue de tout le monde » ; « La salle de repos est très mal foutue, elle est petite, elle est derrière l'accueil, il faut fermer la porte » ; « C'est inadmissible qu'on n'ait pas une vraie salle de repos » ; « La salle de repos n'est pas une vraie salle de repos parce que c'est la cuisine du service ».*

Malgré ces aspects, les urgentistes relèvent la présence de soutien social s'exprimant dans le cadre de la régulation autonome. A ce propos, dans tous les entretiens, il s'agit du soutien de trois à quatre collègues, considérés comme des amis : *« Il y a des choses qu'on fait en cachette, qu'on ne montre pas, entre nous... Entre nous, il n'y a pas vraiment de règles, on peut être en colère » ; « On s'appelle au téléphone en dehors du service, on communique » ; « Des fois aux vestiaires... on a besoin de se décharger. Et on se contrôle, on se corrige ».*

Le manque de solidarité, l'absence d'espaces et de temps, l'absence de l'encadrement, empêchent le soutien social et donc la régulation émotionnelle collective. Cela génère un certain mécontentement dont nous relevons trois formes d'expression (Hirschmann, 1970) : la plupart des urgentistes emploient la stratégie « voice » : *« Je suis allée voir le patron, je suis allée lui dire » ; « On a bien compris qu'ici faut être silencieux pour être apprécié en fin de compte. C'est ce qu'on va essayer d'adopter, mais on n'y arrive pas, parce qu'on est une équipe justement qui l'exprime. Du coup ça peut porter préjudice ».* Plus rarement, on relève des

expressions de cynisme : « *C'est très cynique* » ; « *ce genre de vanne (...), si je peux les insulter de cette manière, je le fais* », et d'apathie : « *Je ne me sens pas très bien, donc ça ne me gêne pas non plus de ne pas participer... Je m'en fous totalement, en fait* » ; « *T'as plus envie de communiquer. Tu fais ton taf et puis c'est tout* ». Le risque ici est l'impact de la charge émotionnelle sur la santé des professionnels et sur la qualité de service. Le cynisme, lui, provoque du stress, néfaste pour la santé (Cook & Medley, 1954), et le principal facteur d'accident au travail provient de l'apathie (Robens, 1972).

4. DISCUSSION

Dans un premier temps, nous examinons les préconisations managériales issues de l'étude. Nous insistons en particulier sur le rôle du soutien social de l'encadrement et sur l'instauration d'un management par la discussion. Dans un second temps, nous proposons un modèle théorique faisant émerger la question d'un management de la régulation émotionnelle collective, dans le cadre de la régulation conjointe de J.-D. Reynaud (1988).

4. 1. Manager la régulation émotionnelle collective : par le soutien social et un management par la discussion

Premièrement, il convient de redéfinir le rôle et la mission de l'encadrement. Pour que le cadre de proximité soit au centre de l'activité, sur le terrain, auprès des équipes de travail, il est nécessaire de repenser son agenda. Alléger l'agenda du cadre, absorbé par les réunions et enjeux de « grand sens », repositionne le cadre sur le terrain, favorisant ainsi l'implication des collaborateurs. En effet, un management absent fragilise et met en difficultés les équipes (Detchessahar, 2013).

Deuxièmement, une fois sur le terrain, le cadre remplit un rôle de traducteur des règles d'organisation du travail et des règles sociales émotionnelles prescrites (Desmarais & Abord de Chatillon, 2010), primordial dans le cadre de la régulation conjointe (Reynaud, 1988). L'encadrement permet au collectif d'adapter les règles prescrites à la réalité du terrain. Il traduit, trouve des compromis, adapte, hiérarchise les règles prescrites, face aux paradoxes et contradictions de la réalité. Dans ce but, un management par la discussion semble pertinent en ce qu'il permet de mettre en discussion le travail dans les équipes, afin de retrouver le « petit sens », de lever les incertitudes, d'adapter le prescrit au réel, de réinventer l'organisation locale. Les limites de l'organisation formalisée, prescrite, officielle (Reynaud, 1988) se compensent. Un management par la discussion peut se concevoir (Detchessahar, 2013) : le cadre, régulateur de discussion, recense les espaces d'échanges existants, et les aménage. Il s'agit de permettre l'appropriation d'un territoire propre au collectif, de trouver des espaces et des moments de remise en cause concertée, porteurs d'amélioration, afin d'élaborer des compromis locaux, de trouver et comprendre ensemble le sens des actions menées, de concevoir une cohérence et une vision du travail partagée. Le « travail bien fait » découlant de ces adaptations et compromis locaux, provoque des émotions plaisantes aux équipes, préservant ainsi leur santé (Gross & Munoz, 1995 ; Van Hoorebeke, 2008) et la qualité du service rendu (Barsade et Gibson, 2007 ; Van Hoorebeke, 2008).

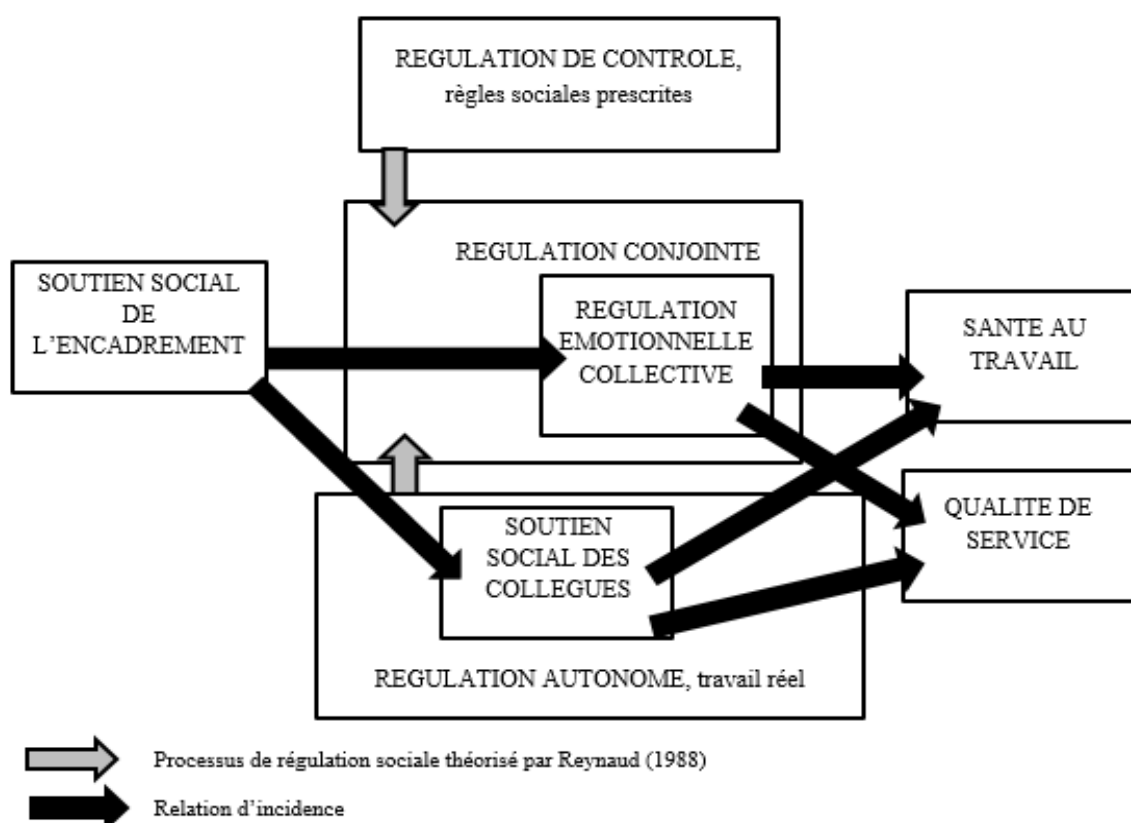
Troisièmement, le soutien social professionnel, dont le questionnaire de R. Karasek (1979) évalue la perception, préserve la santé de l'individu : les professionnels évacuent les émotions, collectivement, de manière formelle ou informelle. Le soutien social de l'encadrement permet à la fois le soutien social des collègues, dans le cadre de la régulation autonome, et la régulation émotionnelle individuelle et collective, dans le cadre de la régulation conjointe. D'une part, des groupes de paroles formels et informels peuvent se constituer, être prévus, encadrés, afin

d'évacuer collectivement les émotions au travail. Les soignants pourront exprimer leurs émotions, les mettre en récits, exprimer leurs difficultés, décompresser, avoir des moments de vie collective. En effet, l'émotion, donnant une information consciente de la situation émotionnelle, doit être évacuée assez rapidement, afin de ne pas parasiter l'individu. La constitution de groupes de paroles au sein de services infirmiers, recommandée, permet l'expression d'un ressenti collectif et individuel et de contenir les tensions au travail (Mellier, 2003). Le soutien socio-émotionnel autorise l'évacuation et la reconnaissance des émotions déplaisantes, mais aussi la manifestation d'affects positifs. Ce soutien émotionnel a des conséquences sur la performance de l'organisation (Barsade & Gibson, 2007). D'autre part, les soignants trouvent leur sens au travail grâce à la proximité du management, pour répondre aux exigences d'efficacité (Ruiller, 2012). Le positionnement du cadre de proximité est primordial. S'il est trop distant d'un point de vue relationnel et émotionnel, les équipes pourront se sentir abandonnées, avoir l'impression que personne ne les guide, ni ne donne un sens à leur travail quotidien. Dans ce cas, l'auto-régulation, ou régulation du groupe, ne peut se mettre en place (Ruiller, 2012, p. 28) : « le comportement du cadre détermine le climat soutenant du service par l'exemplarité de son comportement ».

4. 2. Proposition de modèle théorique

D'une part, le soutien social de l'encadrement permet de réguler collectivement les émotions de l'équipe, dans le cadre de la régulation conjointe. Cette régulation émotionnelle collective sauvegarde la santé du professionnel ainsi que la qualité de ses interventions (Gross & Munoz, 1995, Van Hoorebeke, 2006, 2008). D'autre part, nous proposons que le soutien social de l'encadrement organise, autorise et encourage le soutien social au sein-même des équipes de travail, dans le cadre de la régulation autonome. Ces aspects induisent un retour de l'encadrement sur le terrain de l'activité, ne se limitant pas à un rôle de régulation émotionnelle individuelle. Nous proposons le schéma suivant, inspiré des schémas illustrant la théorie de la régulation conjointe.

Manager la régulation émotionnelle collective :



Cette recherche pose la question de l'existence et de la portée d'un management de la régulation émotionnelle collective, dans le cadre de la régulation conjointe de J.-D. Reynaud (1988, 1993). La régulation émotionnelle individuelle (Gross, 1998), bien qu'encouragée et permise par l'encadrement, paraît trop limitée quant à son influence sur la santé du professionnel, la qualité de vie au travail et la qualité de service. Le collectif de travail, dans le cas étudié, celui des urgentistes, s'acquitte périlleusement de l'expression, de l'évacuation et du partage des émotions au travail. Le soutien social de l'encadrement doit permettre d'une part la régulation émotionnelle collective et la mise en discussion des règles prescrites, et d'autre part doit encourager et instaurer un soutien social entre collègues, dans le cadre de la régulation autonome. Au-delà du rapprochement théorique entre régulation émotionnelle (Gross, 1998) et régulation sociale (Reynaud, 1988), manager ou non la régulation émotionnelle collective a des retentissements sur la santé des professionnels ainsi que sur la qualité de leurs interventions, et la performance organisationnelle.

L'étude pourrait être poursuivie en diagnostiquant le degré de soutien social perçu (Karasek, 1979) par les soignants. La validité externe de la recherche, restreinte, mérite de s'étendre en menant une étude similaire dans un autre service d'Urgences, dans un objectif de comparaison, puis de généralisation. Une approche longitudinale dans deux organisations permettrait aussi de pouvoir comparer les aspects de régulation émotionnelle collective au plus long terme, au-delà du contexte très précis de réorganisation du cas étudié.

Enfin, cette recherche pose la question de la redéfinition du rôle et du contenu des missions du cadre de proximité dans le secteur de la santé. Cet aspect implique de se pencher sur le contenu des formations initiale et continue : dans ces formations, est-il question de réguler les émotions du collectif de travail ? Dans un contexte de formalisation des risques psycho-sociaux au sein des organisations publiques, depuis le protocole d'accord de 2013 relatif à la prévention de ces risques dans la fonction publique, l'enjeu de gestion collective des émotions est-il discuté ? La fonction Ressources Humaines prend-elle en compte les compétences émotionnelles (Salovey & Mayer, 1990) des managers lors de leur recrutement ? La gestion des carrières dans le secteur de la santé prend-elle en compte l'importance de la stabilité de l'encadrement dans le temps ? Quelle fiche de poste est proposée aux cadres de proximité, et de quelle présence ces derniers disposent-ils officiellement auprès de leurs équipes ?

BIBLIOGRAPHIE

Barsade S.G. & Gibson D.E. (2007), « Why does affect matter in organizations? », *Academy of Management Perspectives*, p. 36-59.

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

Blau G., Bentley M.A. & Eggerichs-Purcell J. (2012), « Testing the impact of emotional labor on work exhaustion for three distinct emergency medical service (EMS) samples », *Career Development International*, vol. 17, p. 626-645.

Bruchon-Schweitzer M. (2002), *Psychologie de la santé, modèles, concepts et méthodes*, Paris, Dunod.

Cintas C. & Sprimont P.A. (2011), « Soutien social et violence au travail : quels effets sur le burn-out ? », *Actes de congrès AGRH*, Reims, 22.

Cook W. & Medley D. (1954), « Proposed hostility and pharisaic-virtue scales for the MMPI », *Journal of Applied Psychology*, 22, p. 615-627.

- Desmarais C. & Abord de Chatillon E. (2010), « Le rôle de traduction du manager, entre allégeance et résistance », *Revue Française de Gestion*, vol. 205, p. 71-88.
- Detchessahar M. (2013), « Faire face aux risques psycho-sociaux : quelques éléments d'un management par la discussion », *Négociations*, vol. 19, p. 57-80.
- Ekman P. (1972), « Universal and cultural differences in facial expressions of emotion », in Cole J. (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation 1971*, Vol. 19, Lincoln : University of Nebraska Press, p. 207-282.
- Estryn-Behar M. (2004), « Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant », *Etude PRESST-NEXT Partie I*, Janvier 2004.
- Goffman E. (1973), *La mise en scène de la vie quotidienne*, Paris, Editions de Minuit.
- Gross J. & John O. (2003), « Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being », *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, p. 348-362.
- Gross J. (1998), « The emerging field of emotion regulation : an integrative review », *Review of General Psychology*, 2, p. 271-299.
- Gross J. & Munoz R. (1995), « Emotion regulation and mental health », *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, p. 151-164.
- Hirshmann A. (1970), *Exit, Voice, and Loyalty : responses to decline in firms, organizations, and states*, Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Hochschild A.R. (2003), *The Managed Heart : Commercialization of Human Feeling*, Twentieth Anniversary Edition, With a New Afterword, University of California Press.
- Karasek R. (1979), « Job demands, job decision latitude and mental strain : Implications for job redesign », *Administrative Science Quarterly*, vol. 24, p. 285-306.
- Langley A. (1997), « Stratégies d'analyse de données processuelles », *Recherches qualitatives*, 17, p. 206-231.
- La Rocco J.M. & Jones A.P. (1978), « Co-workers and leader support as moderators of stress-strain relationships in work situations », *Journal of Applied Psychology*, 63, p. 629-634
- Mellier D. (2003), « Précarité du lien, détresse sociale et dispositifs de "contenance" », *Psychologie clinique*, 16, Ruptures des liens cliniques des altérités, Paris, L'Harmattan, p. 87-100.
- Monier H. (2014), « La gestion des émotions au travail : le cas des policiers d'élite », *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme(s) & Entreprise*, 13, p. 105-121.
- Plutchik, R. (1980), *Emotion : a psychoevolutionary synthesis*, Harper & Row.
- Reynaud J.-D. (1993), *Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale*, Paris, Armand Colin.
- Reynaud J.-D. (1988) « Les régulations dans les organisations : régulation de contrôle et régulation autonome », In : *Revue Française de Sociologie*, 29-1. Travail : d'autres jalons, p. 5-18.
- Rimé B. (1993), « Emotional information processing after emotional experience : Impact upon recovery and adaptation », in Stroebe M. et Stroebe W. (Convenors), *Social Psychology and Health. Symposium conducted at the 3d European Congress of Psychology*, Tampere, Finland.

- Rivolier J. (1992), « Stress et émotion, aspects biologiques et cognitifs », *Psychologie Médicale*, 24, 3, p. 257-260.
- Robens A. (1972), *Safety & Health at Work : Report of the Committee 1970-72*, HMSO London.
- Roethlisberger F. J. & Dickson W. J. (1939), *Management and the Worker*, Cambridge, Harvard University Press.
- Ruiller C. (2012), « Le caractère socio-émotionnel des relations de soutien social à l'hôpital », *Management & Avenir*, vol. 52, n°2, p. 15-34.
- Ruiller C. (2010), *Le soutien social à l'hôpital et son influence sur les comportements*, Editions Presses Universitaires Européennes.
- Salovey P. & Mayer J.D. (1990), « Emotional Intelligence », *Imagination, Cognition, and Personality*, n°9, p. 185-211.
- Sendelands L. & St Clair (1993), « Toward an empirical concept of group », *Journal for the Theory of Social Behavior*, 23, p. 423-458.
- Van Hoorebeke D. (2008), « La gestion des émotions au travail : une revue vers une nouvelle conception du management », *Humanisme et Entreprises*, 289, p. 82-103
- Van Hoorebeke D. (2006), « La contagion émotionnelle : problème ou ressource pour les relations interpersonnelles dans l'organisation ? » *Humanisme et Entreprises*, 279, p.53-70.
- Yin R.K. (2002), *Case Study Research, Design and Methods*, 3rd ed. Newbury Park, Sage Publications.