



Le travail émotionnel qui sous-tend les soins infirmiers: une analyse évolutionnaire de concept

Huynh Truc, Marie Alderson, Mary Thompson

DANS **RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS** 2009/2 N° 97, PAGES 34 À 49
ÉDITIONS **ASSOCIATION DE RECHERCHE EN SOINS INFIRMIERS**

ISSN 0297-2964

DOI 10.3917/rsi.097.0034

Date de mise en ligne : 11/01/2014

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2009-2-page-34?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Association de Recherche en Soins Infirmiers.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

LE TRAVAIL ÉMOTIONNEL QUI SOUS-TEND LES SOINS INFIRMIERS : UNE ANALYSE ÉVOLUTIONNAIRE DE CONCEPT

Article publié initialement dans « *Journal Advanced Nursing* » n° 64 (2) 195-208 -2008, sous le titre *Emotional labour an evolutionary concept analysis*

Huynh TRUC, B. Sc. Inf., M. Sc. (A), Étudiante de 3^e cycle, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal Québec, Canada

Marie ALDERSON, B. Sc. Inf., M. Sc., Ph.D., Professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal Québec, Canada

Mary THOMPSON, B.N., M.N. Conseillère en santé, Opérations internationales, Croix-rouge canadienne, Ontario, Canada

RÉSUMÉ

Le travail émotionnel qui sous-tend les soins infirmiers: une analyse évolutionnaire de concept

Même s'il ne le reconnaît pas toujours, le personnel infirmier a recours au travail émotionnel dans le cadre de ses rapports avec les patients. Le travail émotionnel qui sous-tend les soins infirmiers est invisible. Il est quelquefois associé à l'épuisement professionnel et à la dépersonnalisation. La documentation des secteurs de la psychologie et de la gestion traite abondamment du concept du travail émotionnel alors que ce dernier demeure peu abordé dans les écrits en sciences infirmières. Le présent article tend à remédier à cette situation en présentant une analyse dudit concept sous l'angle de la théorie évolutionnaire de Rodgers. Une recherche documentaire fut effectuée dans les banques de données CINAHL, PsycINFO et REPERE afin de repérer les écrits publiés entre 1990 et 2008 et comportant les mots-clés « *emotional labour* », « *emotional work* », « *emotions* », « *travail émotionnel* » et « *émotions* ». La démarche a permis de sélectionner 72 articles. L'information se rapportant au concept de travail émotionnel fut analysée au moyen de la méthode évolutionnaire d'analyse de concept de Rodgers. Il ressort de l'analyse que le travail émotionnel est un processus d'adoption par l'infirmière d'un « *personnage de travail* » dans le but de réguler et d'exprimer ses émotions (profondes ou superficielles) durant ses rapports avec les patients. Le « *personnage de travail* » adoptée dépend d'événements survenus précédemment lors des rapports avec le patient et a trait à l'une de trois dimensions suivantes: l'organisation (c.-à-d. les normes sociales, le soutien social), le personnel infirmier (c.-à-d. l'identification du rôle, l'engagement professionnel, l'expérience de travail et les aptitudes à la communication interpersonnelle) et l'emploi (c.-à-d. autonomie, routines, exigence sur le plan émotionnel, fréquence des rapports, complexité du travail). Les attributs du travail émotionnel ont deux dimensions: réaction autonome de l'infirmière et stratégies d'adoption d'un personnage de travail (c.-à-d. travail émotionnel de surface ou en profondeur). Les conséquences du travail émotionnel touchent l'organisation (c.-à-d. productivité, « *climat joyeux* ») et le personnel infirmier (c.-à-d. aspects négatifs ou positifs). L'article conclut qu'il importe que le personnel infirmier dispose du temps et du soutien nécessaires pour réfléchir au travail émotionnel requis pour soigner des patients dits « *difficiles* », comprendre ce travail et en discuter de façon à contrer le discours dominant sur les patients « *problématiques* ».

Mots clés : travail émotionnel, *caring*, analyse évolutionnaire de concepts, soins infirmiers, organisation, interdisciplinarité

ABSTRACT

Emotional labour underlying caring : an evolutionary concept analysis

Caring is considered as the essence of nursing. Underpinning caring, the internal regulation of emotions or the emotional labour of nurses is invisible. The concept of emotional labour is relatively underdeveloped in nursing.

Data sources : A literature search using keywords 'emotional labour', 'emotional work' and 'emotions' was performed in CINAHL, psycINFO and REPERE from 1990 to January 2008. We analysed 72 papers whose main focus of inquiry was on emotional labour. **Review methods** : We followed Rodgers' evolutionary method of concept analysis.

Results : Emotional labour is a process whereby nurse adopt a 'work persona' to express their autonomous, surface or deep emotions during patient encounters. Antecedents to this adoption of a work persona are events occurring during patient-nurse encounters, and which consist of three elements : organization (i.e. social norms, social support), nurse (i.e. role identification, professional commitment, work experience and interpersonal skills) and job (i.e. autonomy, task routine, degree of emotional demand, interaction frequency and work complexity). The attributes of emotional labour have two dimensions : nurses' autonomous response and their work persona strategies (i.e. surface or deep acts). The consequences of emotional labour include organizational (i.e. productivity, 'cheerful environment') and nurse aspects (i.e. negative or positive).

Conclusion : the concept of emotional labour should be introduced into preregistration programmes. Nurses also need to have time and a supportive environment to reflect, understand and discuss their emotional labour in caring for 'difficult' patients to deflate the dominant discourse about 'problem' patients.

Key words : Caring, emotional labour, emotional work, evolutionary concept analysis, interdisciplinary, nursing

INTRODUCTION

On s'attend du personnel infirmier – qui fait quotidiennement face à la souffrance humaine – qu'il allège la détresse des patients en prodiguant des soins empreints d'une réelle sollicitude. Une simple intervention centrée sur la tâche à accomplir ne suffit pas (1-3). Cependant Formarier précise que les infirmières sont souvent déchirées entre leurs valeurs professionnelles et les charges de travail à assumer (4). Le travail émotionnel, tel que l'a conçu à l'origine la sociologue Arlie Hochschild (5), fait référence aux efforts déployés par la travailleuse ou le travailleur pour afficher les émotions que lui dictent les normes culturelles et sociales en place plutôt que celles qu'elle ou il éprouve réellement (6-8). Dans le présent article, le concept de travail émotionnel renvoie aux efforts d'autorégulation interne des émotions en milieu de travail.

CONTEXTE

Dans le cadre du concept de travail émotionnel, il peut s'établir une distinction entre les émotions et pensées qui devraient en théorie se manifester chez le personnel infirmier, et les émotions et pensées qui sont perçues mais ne peuvent être exprimées. Selon Fawcett et collaborateurs (9), la « conscience réflexive de soi » du personnel infirmier fait référence au fait de se questionner et de réfléchir aux façons dont on fait preuve ou pourrait faire preuve d'authenticité, tout en restant à l'écoute des pensées et réactions d'autrui. Chinn et Kramer (10) posent les questions suivantes sur la conscience réflexive de soi du personnel infirmier : « Est-ce que je sais ce que je fais ? » et « Est-ce que je fais ce que je sais ? » Il serait éventuellement possible de réduire l'écart entre le savoir et la pratique en raffinant ces questions de manière à orienter la réflexion du personnel infirmier sur ses émotions : « Comment est-ce que je me sens ? », « Que devrais-je faire de mes émotions ? » et « Comment je travaillerai sur mes émotions pour préserver une relation de confiance avec les patients ? ». Le concept de travail émotionnel pourrait alors valider l'authenticité de la conscience réflexive de soi du personnel infirmier en milieu de travail.

La plupart des modèles conceptuels infirmiers exposent les valeurs fondamentales de la profession, ou ce à quoi devraient ressembler les soins infirmiers idéaux (10, 11). Ils offrent des directives générales sur les démarches en soins infirmiers, mais n'abordent pas la dimension humaine de la pratique infirmière. Au travail, le personnel infirmier éprouve des émotions intenses qui constituent des éléments fondamentaux et indissociables de l'action humaine au sein d'organisations (3, 12). Le concept de travail émotionnel englobe toutes les dimen-

sions de l'expérience humaine (13), soit la situation de tous les êtres humains qui nécessitent des soins et du personnel infirmier qui prodigue ces soins. Il reconnaît aussi l'immense effort émotionnel qu'exige la prestation de soins infirmiers, ainsi que la faillibilité humaine (14) du personnel infirmier au moment de prodiguer ces soins.

Le fait que l'engagement émotionnel des infirmières envers leurs patients transcende les limites des sentiments personnels, contribue à la qualité et à l'excellence des soins infirmiers (15-17). Pour faire face aux situations cliniques difficiles sur le plan moral (p. ex. patients refusant des soins), il est jugé essentiel de pouvoir éprouver des émotions et établir des rapports à la fois éthiques et significatifs avec les personnes en détresse (18-20).

Les citations suivantes illustrent le travail émotionnel en profondeur effectué par une infirmière expérimentée ; celle-ci transcende l'apparence « rébarbative » et les comportements « dérangeants » présentés par certains résidents hébergés en unité de soins de longue durée. Cette infirmière relate qu'une collègue récemment arrivée dans l'unité lui avait fait remarquer le tableau plutôt effrayant qu'elle avait découvert : « *Il y en a qui crachent, d'autres qui ont la langue qui pend, [...] je n'ai jamais vu ça* ». L'infirmière chevronnée note : « *De tels témoignages te font prendre conscience que tu ne vois plus du tout ce que les autres voient* ». Elle ajoute que les infirmières ayant une plus longue expérience des soins de longue durée ont, en quelque sorte, apprivoisé l'apparence physique des résidents ; la relation affective et de proximité établie avec les résidents amène celles-ci à passer outre, à transcender l'apparence physique : « *On a apprivoisé ces attitudes pour le peu inhabituelles et on ne les voit plus* ». « *On apprend à connaître les résidents au-delà de leur apparence physique* » (17)

Les émotions sont vues comme un des déterminants sociaux de la santé du personnel de l'organisation (21-24). Les ouvrages récents, traitant de la conscience qu'ont les infirmières du travail émotionnel, laissent entendre que ce travail n'est pas tenu en haute estime (2, 25) et est souvent passé sous silence (26). Si le personnel infirmier est conscient des coûts personnels rattachés au *caring* (2), il ne reconnaît pas encore les coûts personnels et professionnels de son travail émotionnel. Le manque de reconnaissance de ce travail au sein de la profession et, par conséquent, le peu d'estime qui lui est accordé, dans et par la majorité des organismes de santé (13), peut expliquer en partie le lien empirique qui existe entre le travail émotionnel, l'épuisement émotionnel et l'épuisement professionnel (24, 27). Or, il a été démontré que l'épuisement émotionnel du personnel infirmier mène à la dépersonnalisation des patients (13, 28, 29).

On pourrait dire du travail émotionnel qu'il s'agit d'une construction occidentale dans la pure tradition de Descartes, qui séparait la pensée rationnelle du corps émotionnel, contrairement à la manière orientale de

joindre pensées et sentiments (6, 30). Cependant, dans le cadre de leur étude de questionnaires chinois, Krome et Morgan (31) en sont arrivés à la même conclusion que les chercheurs occidentaux, c'est-à-dire que l'accroissement de la conscience émotionnelle mène au renouvellement personnel et organisationnel (32). Le travail émotionnel est de plus en plus reconnu en Europe et en Asie. Par exemple, il est perçu comme une fonction infirmière précieuse dans deux milieux palliatifs suédois (33). Selon le questionnaire japonais sur le travail émotionnel à l'intention du personnel infirmier (34) et le questionnaire néerlandais sur le travail émotionnel (35), il s'agirait également d'un phénomène empirique mesurable. Le travail émotionnel était l'une des variables qui, jumelées à l'implication au travail, constituaient des prédicteurs de l'épuisement émotionnel chez un groupe d'infirmières allemandes (36), des infirmières, médecins et techniciens italiens (29), des travailleurs chinois (37) et des enseignants néerlandais (24).

ANALYSE DU CONCEPT

Objectif

Cette étude avait pour objectif d'analyser le concept de travail émotionnel, tel qu'il est décrit dans quatre disciplines (soins infirmiers, médecine, psychologie et gestion), sous l'angle et l'éclairage de la théorie évolutionnaire de Rodgers.

Méthode évolutionnaire d'analyse de concept de Rodgers

Les analyses de concept ont généralement pour objectif d'examiner un concept en procédant à la synthèse systématique des données extraites de la documentation. La méthode évolutionnaire de Rodgers (38) est différente en ce qu'elle préconise le recours à une documentation interdisciplinaire et à l'identification des antécédents, des attributs et des conséquences du concept à l'étude, et ce, à l'intérieur de délais bien établis.

Les activités primaires cycliques ou itératives d'analyse de concept de Rodgers sont les suivantes: 1) identification du concept à l'étude et des expressions connexes (dont les termes substitués); 2) identification et sélection d'une sphère appropriée (environnement et échantillon) pour la collecte de données; 3) collecte des données pertinentes en vue d'identifier les attributs et les fondements contextuels du concept, y compris ses variations interdisciplinaires, socioculturelles et temporelles; 4) identification d'un exemple, au besoin; et 5) identification des implications laté-

rales, hypothèses et conséquences pour l'évolution future du concept.

SOURCES DE DONNÉES

L'interrogation des bases de données CINAHL, PsycINFO, MEDLINE et REPERE à l'aide des termes « *emotional labour* », « *emotional work* », « travail émotionnel » et « émotions » nous a permis de repérer 317 articles pour la période 1990-2007. Nous avons lu les résumés de ces articles. Nous avons choisi l'année 1990 étant donné qu'aucun article contenant les mots-clés sélectionnés n'avait été indexé avant cette date. Rodgers (2000) recommande de passer en revue 20 p. 100 des ouvrages de chacune des disciplines de façon à en arriver à un consensus. Nous avons regroupé les articles selon la discipline des premiers auteurs, puis les avons numérotés aléatoirement de un à quatre. Le chiffre trois a été choisi au hasard, ce qui signifiait que nous allions passer en revue tous les troisièmes articles. Les articles sélectionnés devaient satisfaire à deux critères précis: ils devaient avoir été publiés en français ou en anglais et porter principalement sur le travail émotionnel. Cela a donné respectivement 30, 5, 20 et 17 articles des secteurs des soins infirmiers, de la médecine, de la psychologie et de la gestion.

Comme le suggère Rodgers (38), nous avons tenté de répondre aux questions suivantes afin de brosser un portrait de l'évolution du concept de « travail émotionnel » et de classer les données selon qu'il s'agit d'antécédents, d'attributs ou de conséquences: « Comment a-t-on décrit le "travail émotionnel" et comment ce concept a-t-il évolué? », « Quelles en sont les caractéristiques? », « Qu'est-il arrivé avant, durant et après le travail émotionnel? ».

Nous avons produit une matrice comportant ces catégories (*c.-à-d.* antécédents, attributs, conséquences, valeurs aberrantes et termes substitués) en fonction des données recueillies. Par souci de rigueur et d'objectivité, nous avons documenté judicieusement chacune des décisions méthodologiques prises concernant le choix des mots-clés, l'inclusion ou l'exclusion d'articles, la sélection aléatoire d'articles, l'extraction et l'analyse de données, et la préparation des matrices (39, 40).

Sur une grande affiche, nous avons ensuite préparé une matrice globale, telle que décrite par Morse (41), qui intégrait différentes matrices (soins infirmiers, médecine, psychologie et gestion). Le Tableau 1 présente la grande variété des facteurs considérés comme des antécédents ou conséquences du travail émotionnel par les auteurs des quatre disciplines visées.

CONSTATS

L'historique du travail émotionnel en tant que concept

La documentation fait brièvement état du concept de « présentation de soi » de Goffman (42). Celui-ci décrit les efforts déployés par les individus lors des interactions sociales pour dissimuler leurs vraies émotions derrière une façade, comme des acteurs, afin de préserver leur visage en conformité avec les normes sociales telles perçues par eux (43). S'inspirant du travail de Goffman, Hochschild (5-2) est reconnue comme étant la première à avoir mis en avant et raffiné le concept de « travail émotionnel » lors de ses recherches auprès de personnel de bord. Elle décrit le « travail émotionnel » comme les efforts déployés en milieu de travail en vue de gérer ses sentiments et d'adopter une façade ou une apparence physique acceptable aux yeux d'autrui. Les attributs de l'effort émotionnel agissent en profondeur (*c.-à-d.* modifier les émotions ressenties pour les faire correspondre aux émotions exprimées) et en surface (*c.-à-d.* émotions non éprouvées ou suppression des émotions ressenties) (44).

Au début des années 1990, Smith (45) a utilisé le cadre conceptuel de Hochschild pour décrire le travail de gestion des émotions effectué par les élèves-infirmières et infirmières-chefs au profit des patients. À la fin des années 1990, diverses études sur le travail professionnel du personnel infirmier ont tenu compte du concept de travail émotionnel (33, 46-50). Même si les psychologues et chercheurs du secteur de la gestion se sont mis à discuter de l'évaluation du travail émotionnel à partir de l'an 2000 (28, 29, 51-55), les chercheurs du secteur des soins infirmiers abordent rarement la question de l'identification et de l'évaluation empirique du travail émotionnel à l'aide de questionnaires ou d'échelles.

Termes substituts

Les termes substituts sont un moyen d'exprimer sémantiquement un concept autrement qu'à l'aide du terme choisi en vue de l'analyse (38). Hochschild (5-3) fait une distinction entre la gestion personnelle des émotions dans la sphère privée, qu'elle appelle *emotional work*, et la régulation des émotions au travail, qu'elle appelle *emotional labour*. Néanmoins, les termes anglais *emotional labour* et *emotional work* sont souvent utilisés de façon interchangeable (56-58).

Termes connexes

Les termes connexes sont des concepts qui entretiennent un lien quelconque avec le concept à l'étude sans avoir en commun les mêmes attributs (38).

L'identification des termes connexes situe le concept de travail émotionnel dans le contexte plus large du savoir en soins infirmiers. Parmi les termes connexes figurent « être présent(e) », « compatissant(e) », « intelligence émotionnelle » (32, 59), « *caring* » (60) et « empathie » (61). Selon (62), les deux premiers termes renvoient à des caractéristiques clés de la sage-femme compétente. « Intelligence émotionnelle » fait référence à la capacité de reconnaître et de réguler ses émotions et celles des autres (32). Cette notion se distingue sur le plan conceptuel du travail émotionnel, qui met uniquement l'accent sur la régulation de ses propres émotions. L'« intelligence émotionnelle » est considérée comme un processus cognitif et rationnel de manipulation des sentiments d'autrui en vue d'augmenter l'efficacité en milieu de travail (32, 63). Brilowski et Wendler (60) ont constaté que le *caring* ne se résume pas à une série d'actions. Il s'agit plutôt d'une façon d'être et de se comporter, ou l'ontologie du personnel infirmier. Dans son analyse du concept de l'« empathie », Formarier (4-2) conclut que l'empathie qui est la capacité cognitive et affective des soignants à comprendre la perspective subjective de l'autre personne tout en gardant leur distance émotionnelle, s'avère être le socle d'une relation de confiance entre soignant et soigné.

Antécédents

Les antécédents sont des événements qui doivent précéder le travail émotionnel (64) et survenir pendant que les infirmières assument leurs fonctions au sein d'organisations. Pour qu'un travail émotionnel ait lieu et puisse être observé, ses antécédents (*c.-à-d.* caractéristiques de l'infirmière; aspects liés à l'emploi et à l'organisme) doivent être présents et interactifs.

L'organisation

Selon les spécialistes de la gestion, les règles organisationnelles sont les principaux déterminants du travail émotionnel (28, 65). Les organisations fournissent aux travailleuses et travailleurs des modèles d'intervention auprès des clients qui régissent l'expression de leurs émotions interpersonnelles (53). Les règles organisationnelles ont cependant moins d'impact sur le travail émotionnel que les normes sociales liées au professionnalisme (66, 67). La documentation laisse entendre que le soutien social de collègues, de superviseurs (54) ou de membres de la famille (68) précède le travail émotionnel. On y établit aussi un lien entre le soutien social des collègues et le travail émotionnel menant à la satisfaction au travail (57).

Le personnel infirmier

Dans le contexte de la pratique infirmière, le travail émotionnel est précédé des expériences de travail et en subit les influences, et est plus susceptible d'être accompli par des infirmières chevronnées (29, 69, 70).

Selon les psychologues, le travail émotionnel accompli par des fournisseurs de services (*p. ex.* personnel infirmier ou agents de police) exige des aptitudes à la communication interpersonnelle (*p. ex.* diplomatie et empathie). Les chercheurs des professions de la santé soutiennent plutôt que l'identification au rôle de médecin ou d'infirmière, et non les règles organisationnelles, est le principal déterminant du travail émotionnel (2, 15, 61, 71).

L'emploi

La documentation du secteur de la gestion montre que les caractéristiques de l'emploi (*p. ex.* fréquence des rapports interpersonnels, exigence sur le plan émotionnel, routines et complexité du travail) sont les principaux antécédents du « travail émotionnel » (1, 72, 73). L'autonomie au travail est réputée précéder le travail émotionnel, et en détermine la durée et la fréquence; elle est également à la base de chaque contact entre la personne qui fournit les services et celle qui en bénéficie. Comparativement au personnel non professionnel, les professionnels ont plus d'autonomie lorsqu'il s'agit de s'engager émotionnellement ou non auprès de leurs patients. La participation ou l'engagement au travail constitue un antécédent chez les professionnels de la santé (27). Dans le contexte de la profession infirmière, cela signifie que les membres dévoués du personnel sont plus susceptibles que leurs collègues moins dévoués d'accomplir un travail émotionnel (74).

Attributs

La documentation décrit souvent les attributs comme des caractéristiques associées au concept qui contribuent à sa clarté, à sa portée et à sa profondeur (64). Tel qu'il est décrit dans la documentation, le « travail émotionnel » est un concept transdisciplinaire (75-77) On le définit de façon transdisciplinaire comme un processus humain se manifestant lors de rapports de personne à personne qui exigent de la part de la travailleuse ou du travailleur une dépense d'énergie intense pour transformer des émotions négatives en démonstration d'émotions acceptables sur le plan social et organisationnel, et ce, afin d'améliorer le bien-être de la personne qui bénéficie des services (61, 72, 78).

Les recherches menées par Hochschild (5) sur du personnel de bord mettent en lumière deux attributs du travail émotionnel: le travail superficiel et le travail en profondeur. Plusieurs échelles sur le travail émotionnel assurent l'opérationnalisation de ces deux attributs (29, 73, 79). Hochschild a créé une controverse en associant le travail émotionnel à un « travail », laissant entendre qu'il s'agit d'une démonstration fallacieuse des émotions, dont il convient de douter (61, 74, 80-82). Cependant, la documentation en soins infirmiers présente le travail émotionnel comme une expression d'émotions sincères (83).

Deux attributs du travail émotionnel se retrouvent dans l'ensemble de la documentation interdisciplinaire: 1) la manifestation autonome et spontanée d'émotions (44, 84), aussi connue sous le nom de régulation autonome des émotions (Zapf 2002); 2) la représentation du soi en tant que personnage de travail qui opère un travail en profondeur (*c.-à-d.* exprime des émotions profondes) (67, 68, 85) ou un travail superficiel (*c.-à-d.* exprime des émotions superficielles) (68).

Nous partons du principe que le personnel infirmier pose en milieu de travail des gestes délibérés. Les infirmières disposent d'une conscience autonome et individuelle (86) qui contribue à façonner leurs comportements et environnement. Durant les rapports patient-infirmière, elles font preuve d'agencéité (*c.-à-d.* volonté et responsabilité personnelle) dans l'expression de leurs émotions superficielles ou profondes (1, 27, 74).

Les ouvrages de médecine et de soins infirmiers ne classent pas les stratégies utilisées durant les rapports avec les patients selon les attributs bien connus (travail superficiel ou en profondeur) du travail émotionnel. Cela pourrait être dû en partie au fait que, pour certains, « travail » rime avec manque d'authenticité. Le Tableau 3 illustre ces stratégies.

Une « facade souriante » est un exemple de « travail superficiel » en ce sens que l'infirmière donne l'impression d'être présente et tente d'aligner ses émotions sur celles du patient (69). Inversement, le « travail en profondeur » signifie que l'infirmière établit un lien avec le patient, et devient un instrument thérapeutique (69). Dans l'étude de Bolton (2001), les « façades » du personnel infirmier relèvent peut-être du « travail superficiel », mais des preuves empiriques montrent que les infirmières avaient maintenu leur moi intérieur et, par conséquent, faisaient preuve d'authenticité dans leurs rapports avec les patients (87). Dans le secteur des soins infirmiers, le travail émotionnel consiste à exprimer des émotions qui sont à la fois conformes au rôle professionnel et en harmonie avec celles des patients (1, 15).

Lorsque le personnel infirmier affiche des émotions alignées sur celles du patient, mais non sincères, il n'a pas recours au « travail émotionnel de surface ». Il « peine » plutôt à établir un rapport authentique et significatif avec le patient. Fait intéressant, la documentation établit à ce chapitre une distinction entre les différents professionnels de la santé. Elle laisse entendre que le « personnage de travail » des infirmières cherche à établir un contact authentique avec les usagers du système de santé, tandis que celui des médecins comporte des stratégies visant à limiter l'investissement émotionnel dans la vie des patients (27, 88).

Conséquences

Des données empiriques tirées d'études de psychologie, de gestion et de laboratoire attribuent des conséquences négatives au travail émotionnel dont, chez les travailleuses et travailleurs qui expriment des émotions superficielles, des cas de détresse émotionnelle pouvant mener à l'épuisement émotionnel et à la dépersonnalisation (89). Parmi les effets positifs du travail émotionnel figurent l'amélioration du rendement sur le plan des services ou de la productivité à l'échelle organisationnelle, ou les deux (90, 91), ainsi qu'un environnement de soins « joyeux » (77, 92, 93). La documentation du secteur des soins infirmiers fait état d'autres effets positifs pour le personnel infirmier à l'échelle individuelle, comme le rapprochement avec le patient dû à l'engagement émotionnel (94), ainsi qu'un sentiment de réussite personnelle et professionnelle et de satisfaction au travail (59, 85).

Théorie intermédiaire du travail émotionnel

Il existe plusieurs modèles du travail émotionnel dans les secteurs de la médecine (61), de la psychologie (44, 95-97) et de la gestion (44). Ces modèles ont en commun un lien conceptuel ou empirique linéaire entre les éléments antécédents (p. ex. engagement, caractéristiques de l'emploi), d'une part, et le recours au concept et ses conséquences. Le tableau 2 présente cependant des différences observées entre les disciplines sur le plan des antécédents et des conséquences.

Fawcett (98) indique que les théories descriptives intermédiaires peuvent couvrir un concept. De nos travaux d'analyse de concept s'est dégagée une théorie descriptive intermédiaire sur le travail émotionnel, qui est conforme aux conclusions de Hunter et Smith (13). Cette théorie intermédiaire peut venir compléter la théorie de Watson sur le *caring* ou s'inscrire dans la théorie du savoir personnel (9).

Le travail émotionnel est alors décrit comme un processus d'adoption, par l'infirmière, d'un « personnage de travail » dans le but d'exprimer ses émotions profondes ou superficielles autonomes durant ses rapports avec les patients. Même si cette théorie intermédiaire semble donner au travail émotionnel un caractère linéaire et statique, l'interaction d'éléments antécédents est essentielle à la création de ce phénomène multidimensionnel (99). Dans la Figure 1, cette interaction est représentée par la flèche bidirectionnelle reliant le point de chevauchement des trois cycles d'antécédents au cycle des attributs du travail émotionnel. Les conséquences du travail émotionnel ne font pas que se chevaucher et agir les unes sur les autres; elles agissent également sur les attributs et antécédents du travail émotionnel, comme le démontre la deuxième flèche bidirectionnelle.

Comme l'indique la théorie intermédiaire du travail émotionnel, le travail émotionnel de surface et en profondeur sont des composantes du personnage de travail (70, 100). D'avis que cela fait partie de son rôle professionnel de soignante, l'infirmière veut adopter une attitude de *caring* authentique (80). Par conséquent, elle se donne des « personnalités de travail » qui sont parties intégrantes de l'agencéité ou du soi holistique et non réductible au travail (82). Ces personnalités de travail permettent aux infirmières de présenter une attitude professionnelle qui les protège des situations éprouvantes tout en assurant leur présence et engagement émotionnels dans le processus (87).

Ce personnage de travail est appelé « autre » (1) et « infirmière idéale » (101), et est le reflet du *caring* sincère de l'infirmière (1, 2). La théorie intermédiaire du travail émotionnel attribue à ce travail un différent but ultime selon qu'on examine la documentation du secteur de la médecine, des soins infirmiers, de la gestion ou de la psychologie. Cela s'explique par le fait que la vision du monde des spécialistes de la gestion et de la psychologie s'articule autour des résultats organisationnels tandis que la perspective infirmière s'articule autour de la santé du patient (usager) et du personnel infirmier. La documentation médicale révèle que l'organisation a peu d'effet, sinon aucun, sur le travail émotionnel du médecin.

Exemple

Selon Rodgers (38), il est essentiel d'utiliser un exemple pour illustrer une application concrète du concept en contexte approprié. Un tel exemple peut provenir d'études qualitatives ou de situations réelles (60). L'exemple ci-après décrit le travail émotionnel accompli par Johanne en contexte clinique. Il met en lumière les attributs du travail émotionnel et certains de ses antécédents et conséquences. Les noms ont été changés pour protéger l'anonymat des personnes concernées. Mère de trois jeunes enfants, Annie avait divorcé quelques mois auparavant et venait d'apprendre que son mari s'était remarié. Annie élevait seule ses deux fils de dix et trois ans. On lui avait enlevé la garde de son fils de 10 mois, qui souffrait d'un handicap congénital de la moelle épinière, en raison d'allégations de négligence parentale. Annie l'accueillait à la maison une fois par semaine, lors de visites supervisées. Daniel, le fils aîné d'Annie, souffrait également d'anomalies congénitales multiples: son bras gauche était constitué d'un moignon auquel était rattachée une main fonctionnelle et sa jambe gauche était constituée d'une cuisse et d'un genou joints directement au pied (le tibia était manquant). Pour marcher, Daniel devait déplacer son poids de sa grande jambe à sa petite jambe, ce qui appliquait une pression énorme sur sa hanche.

Johanne était infirmière employée par une organisation de santé communautaire. Son *identification de rôle*, jumelée à son *expérience* auprès d'enfants vulnérables de différents milieux culturels et à son *engagement* envers ces enfants, ont aidé à façonner le *travail émotionnel* sur lequel reposaient ses rapports avec Annie et ses enfants. Johanne disposait de *l'autonomie au travail* et du *soutien de la part de collègues* requis pour mettre en œuvre son plan d'intervention auprès de la famille. Son objectif était de préserver le bien-être physique et psychologique de Daniel et des autres membres de la famille. Le *soutien social* offert par ses collègues se manifestait aussi sous forme de reconnaissance des *aptitudes à la communication interpersonnelle* lui permettant de composer avec un cas *complexe (au travail)* et exigeant sur le *plan émotionnel* comportant des *contacts fréquents* avec Annie.

La *réaction autonome* de sympathie manifestée par Johanne à l'endroit du sort d'Annie, une mère célibataire élevant seule deux enfants lourdement handicapés, était aussi une conséquence du travail émotionnel, tout comme sa *réaction autonome* aux difficultés de Daniel à la maison et à l'école en raison de son handicap physique. Ces *réactions autonomes* ont inclut le fait d'écouter avec empathie Annie, qui se voyait « stigmatisée en raison de l'abandon de son mari », et de négocier des accommodements spéciaux avec les enseignants et la direction de l'école de Daniel.

Pour intervenir auprès d'Annie, Johanne a dû adopter son *personnage de travail*. Un chirurgien orthopédiste avait informé Annie qu'à moins d'obtenir une prothèse de jambe, son fils aurait besoin d'un fauteuil roulant pour se déplacer. Annie avait expliqué à Johanne que son fils n'avait pas obtenu de prothèse parce qu'elle n'avait pas de moyen de le conduire chez l'ajusteur et parce qu'elle avait beaucoup d'autres questions importantes à régler (p. ex. acheter des meubles pour son nouveau logement et planifier la visite de son plus jeune fils). Elle avait ajouté que Daniel se débrouillait bien sans prothèse et n'en voulait pas.

Selon la *règle organisationnelle*, les professionnels doivent respecter les valeurs culturelles des patients. Johanne a dû recourir au travail émotionnel de surface pour affirmer qu'Annie était la mieux placée pour savoir ce dont avait besoin son fils, conformément à ses valeurs culturelles. L'*identification* par Johanne de son *rôle* d'aidante professionnelle au sein de son organisation particulière l'a incitée à adopter un *personnage de travail* et l'a aidée à faire appel au *travail émotionnel en profondeur* afin de comprendre l'impression de difficultés insurmontables que ressentait Annie.

Pour Johanne, le *travail en profondeur* signifiait d'*approfondir intérieurement ses émotions* en conciliant, d'une part, sa tristesse pour Daniel et son sentiment d'im-

puissance et de frustration avec, de l'autre, la sympathie qu'elle éprouvait pour la situation, telle que perçue par Annie. Lors de nombreux contacts, Johanne a eu recours au *travail superficiel* en se montrant préoccupée par les problèmes d'Annie, auxquels cette dernière accordait plus d'importance qu'au bien-être de Daniel. Annie a enfin accepté d'obtenir une prothèse pour son fils. Johanne a éprouvé une *tension émotionnelle* et un *stress lié à l'emploi* lorsqu'Annie a manqué la première séance de physiothérapie de Daniel avec sa nouvelle prothèse.

Au moment de fermer le dossier, Johanne avait le *sentiment du travail accompli sur le plan personnel et professionnel*. Les contacts téléphoniques réguliers entre Annie et elle témoignaient du *rapprochement effectué entre les deux femmes*. Lorsque Daniel est entré dans le bureau de Johanne avec sa prothèse, il régnait un climat organisationnel *joyeux*. Johanne et ses collègues ont célébré l'événement en compagnie d'Annie et de Daniel.

DISCUSSION

Le principal inconvénient de cette analyse de concept est qu'elle accorde peu d'importance au comportement des patients dans leurs rapports avec les infirmières. L'impact de la perspective du patient sur le travail émotionnel du personnel infirmier n'est jamais abordé. Des facteurs propres aux patients (p. ex. détresse émotionnelle) peuvent contribuer au caractère variable du travail émotionnel des infirmières. Nous sommes cependant d'avis que, dans la plupart des cas cliniques, le comportement des patients n'affecte pas le travail émotionnel du personnel infirmier (1, 2008). Le fait que les travaux aient porté uniquement sur des ouvrages de langue française et anglaise représente un autre inconvénient, puisque des études pertinentes ont pu être omises de l'analyse.

Le troisième inconvénient de l'analyse menée est de type ontologique (102). Notre analyse de concept peut ajouter foi à la perception selon laquelle une application universelle du travail émotionnel du personnel infirmier transcende le contexte. Nous soutenons néanmoins que cette théorie intermédiaire du travail émotionnel illustre une représentation probable du travail intrapersonnel des infirmières en matière de *caring*, sur lequel agit le contexte social.

Cet article clarifie le concept de « travail émotionnel » d'une discipline à l'autre et démontre qu'il est enchâssé de façon complexe dans des contextes sociaux, culturels et organisationnels (96). Comme l'explique Rodgers (38), la notion du concept n'est pas « tout à fait claire »; issue de la phase d'analyse conceptuelle (103), elle a été testée à

LE TRAVAIL ÉMOTIONNEL QUI SOUS-TEND LES SOINS INFIRMIERS: UNE ANALYSE ÉVOLUTIONNAIRE DE CONCEPT

l'aide de corrélations statistiques entre les antécédents (prédicateurs), les attributs (104) et les conséquences (résultats) (54, 105) du travail émotionnel. Les participants aux études des secteurs de la gestion et de la psychologie se chiffrent habituellement dans les centaines contrairement aux participants aux études en soins infirmiers, généralement moins nombreux (de 3 à 35). Les chercheurs du secteur des soins infirmiers ont plutôt tendance à publier des études décrivant différents attributs stratégiques du concept, comme le montre le Tableau 3 (2, 15, 48, 69). Mazhindu (101) est peut-être la première chercheuse du secteur à avoir examiné le concept du travail émotionnel en fonction des dimensions suivantes: direction, intensité, symptômes et impact.

Au sein de la profession infirmière, le travail émotionnel est associé étroitement à la conscience de soi (106) et à l'identification du rôle (70, 77) de l'infirmière, comme le rapportent les études qualitatives. Le travail émotionnel peut être basé sur des normes sociales, mais est conditionné par des variables personnelles (p. ex. âge, capacité d'adaptation émotionnelle) et le système de soutien émotionnel mutuel dont l'organisation fait activement la promotion (2, 96).

Implications pour la pratique

Le fait de définir le concept de travail émotionnel favorise sa reconnaissance au sein de la profession infirmière et pourrait en bout de ligne favoriser le recours au *caring* authentique dans les rapports patient-infirmière. Par conséquent, nous recommandons l'inclusion du concept de travail émotionnel dans les programmes collégiaux et universitaires de formation de base du personnel infirmier (107). Semblable formation devrait augmenter la conscience de soi des élèves-infirmières quant à leur vécu émotionnel au travail et le travail émotionnel accompli dans le cadre de leur emploi. Dans la pratique, le travail émotionnel fait appel à l'agencité humaine (81), est peu reconnu et entraîne des coûts (108, 109). Le travail émotionnel n'est pas récompensé, partiellement en raison du discours social, qui y voit un travail naturel de femme (91).

Par conséquent, nous demandons aux cadres supérieurs de prévoir des séances interactives sur le « travail émotionnel » (110) et de les inclure aux activités d'orientation des nouvelles infirmières et ateliers réguliers de formation du personnel. Le personnel infirmier doit disposer du temps et du soutien nécessaire pour réfléchir au travail émotionnel requis pour soigner des patients « difficiles », le comprendre et en discuter, qu'il travaille dans le contexte euro-américain du Nord (111) ou en Amérique du Sud (112). Ces discussions entre collègues favorisent la pratique réflexive (15) et contrent le discours dominant de la profession infirmière à l'endroit des patients « problématiques » (113).

CONCLUSION

Peu de recherches en soins infirmiers se penchent sur le concept du travail émotionnel, qui pourrait être approfondi davantage dans le cadre d'études servant à en codifier et mesurer les attributs. La recherche transdisciplinaire parmi les spécialistes des secteurs des soins infirmiers, de la médecine, de la gestion et de la psychologie pourrait cerner des facteurs contextuels spécifiques au sein des environnements organisationnel, intrapersonnel et interpersonnel, et entre ceux-ci, permettant d'améliorer le travail émotionnel du personnel infirmier, en corrélation avec ses effets positifs. Tout comme le *caring* constitue le pivot holistique de la pratique infirmière (114), le travail émotionnel reconnaît l'humanité et le professionnalisme du personnel infirmier.

RÉFÉRENCES

1. Bolton SC. Women's work, dirty work: the gynaecology nurse as "other". *Gender, Work & Organisation*. 2005; 19 (4): 685-703.
2. McCreight BS. Perinatal grief and emotional labour: a study of nurses' experiences in gynaecology wards. *Int J Nurs Stud*. 2005 May; 42 (4): 439-48.
3. Eide D. Emotions: From "Ugly Duckling" via "Invisible Asset" Towards an Ontological Reframing. In: Hartel CE, Zerbe WJ, Ashkanasy NM, editors. *Emotions in Organizational Behavior*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum; 2005.
4. Formarier M. La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*. 2007; 89: 33-41.
5. Hochschild A. *The Managed Heart*. Berkeley, CA: University of California; 1983.
6. Fineman S, editor. *Emotion in organisations*. London: Sage; 2000.
7. Newbold D. Rival research programmes and their influence on nursing practice. *Journal of Nursing Management*. 2004; 12 (2): 97-104.
8. Turner JH. *Human Emotions. A sociological study*. London: Routledge; 2007.
9. Fawcett J, Watson J, Neuman B, Walker PH, Fitzpatrick J. *On Nursing Theories and*

Evidence. *Journal of Nursing Scholarship*. 2001; 33 (2): 115-9.

10. Chinn PL, Kramer MK. Integrated knowledge development in nursing. St. Louis, Missouri: Mosby; 2004.

11. Allen D. What do you do at work? Professional building and doing nursing. *International Nursing Review*. 2007; 54: 41-8.

12. Fields J, Copp M, Kleinman S. Symbolic Interactionism, Inequality, and Emotions. In: Stets JE, Turner JH, editors. *Handbook of the Sociology of Emotions*. New York: Springer; 2006.

13. Hunter B, Smith P. Emotional labour: Just another buzz word? *Int J Nurs Stud*. [Guest Editorial]. 2007 August 2007; 44 (6): 859-61.

14. Archer M. *Making our Way through the World*. Cambridge: Cambridge University Press; 2007.

15. Henderson A. Emotional labor and nursing: an under-appreciated aspect of caring work. *Nurs Inquiry*. 2001 Jun; 8 (2): 130-8.

16. Meier M. The invisibility of emotional labor: A case study of faculty members at small liberal arts colleges: Meier, Marjorie: U Illinois At Springfield, US; 2005.

17. Alderson M. Lorsque l'organisation du travail en unité des soins de longue durée menace la santé mentale des infirmières: une enquête en psychodynamique du travail. *Revue canadienne de santé mentale communautaire*. 2006; 25 (2): 105-19.

18. Benner P. The roles of embodiment, emotion and lifeworld for rationality and agency in nursing practice. *Nursing Philosophy*. 2000; 1 (5): 5-19.

19. Glannon W. *Biomedical ethics*. New York: Oxford University Press; 2005.

20. Soares A. La charge émotive du travail infirmier. *Objectif Prévention*. 2000; 23:10-1.

21. Brotheridge CM. Emotions in the workplace: Research, theory, and practice/Managing emotions in the workplace. *Human Relations*. [Review]. 2004 Oct; 57 (10): 1334-7.

22. Rumens N. Extended Review: Emotion in Work Organizations. *Management Learning*. 2005; 36: 117-28.

23. Miller K, Considine J. "Let me tell you about my job". Exploring the terrain of emotions in workplace. *Management Communication Quarterly*. 2007; 20 (3): 231-60.

24. Naring G, Briet M, Brouwers A. Beyond demand-control: Emotional labour and symptoms of burnout in teachers. *Work & Stress*. 2006; 20 (4): 303-15.

25. Merkel CK. Professional ideology and the practice of work: nurses' caring work in a surgical intensive care unit [Ph.D.]. New York: City University of New York; 2002.

26. Mercadier C. Le travail émotionnelle des soignants: la face cachée du soin. *Soins Cadres de santé*. 2008; 17 (65): 19-22.

27. Mann S, Cowburn J. Emotional labour and stress within mental health nursing. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2005 Apr; 12 (2): 154-62.

28. Grandey A, Fisk G, Steiner D. Must "Service With a Smile" Be Stressful? The Moderating Role of Personal Control for American and French Employees. *Journal of Applied Psychology*. [Original]. 2005 Sep; 90 (5): 893-904.

29. Zammunier V, Galli C. Wellbeing: Causes and consequences of emotion regulation in work settings. *International Review of Psychiatry*. [Original]. 2005 Oct; 17 (5): 355-64.

30. Mesquita B, Albert D. The Cultural Regulation of Emotions. In: Gross JJ, editor. *Handbook of Emotion Regulation*. New York: Guilford; 2007.

31. Krome KJ, Morgan J.-M. Emotion Metaphors in Management: The Chinese Experience. In: Fineman S, editor. *Emotions In Organizations*. Philadelphia, PA: W.B. Saunders; 2000. p. 83-96.

32. Reeves A. Emotional Intelligence. Recognizing and Regulating Emotions. *American Association of Occupational Health Nurses*. 2005; 53 (4): 172-6.

33. Rasmussen BH, Sandman PO. Nurses' work in a hospice and in an oncological unit in Sweden. *Hospice Journal - Physical, Psychosocial, & Pastoral Care of the Dying*. 2000; 15 (1): 53-75.

34. Katayama Y. Development of Emotional Labor Inventory for Nurses. *J Japan Acad Nurs Sci*. 2005; 25 (2): 20-7.

LE TRAVAIL ÉMOTIONNEL QUI SOUS-TEND LES SOINS INFIRMIERS: UNE ANALYSE ÉVOLUTIONNAIRE DE CONCEPT

35. Briet M, Naring G, Brouwers A, van Droffelaar A. Emotional labor: Development and validation of the Dutch Questionnaire on Emotional Labor (D-QEL). *Gedrag: Tijdschrift voor Psychologie & Gezondheid*. [Original]. 2005 Dec; 33 (5): 318-30.
36. Bussing A, Glaser J, editors. *Interaction work: Concept, measurement, and results from nursing*. Munich, Germany: Rainer Hampp Verlag; 2001.
37. Wu T-Y, Cheng B-S. The Effect of Interactions among Job Involvement, Ability of Regulating Other's Emotion, and Emotional Labor on Emotional Exhaustion. *Chinese Journal of Psychology*. [Original]. 2006 Mar; 48 (1): 69-87.
38. Rodgers BL. Concept Analysis: An Evolutionary View. In: Rodgers BL, Knafel KA, editors. *Concept Development in Nursing Foundations, Techniques, and Applications*. 2nd edition ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 2000.
39. Rodgers BL, Knafel KA, editors. *Concept Development in Nursing. Foundations, Techniques, and Applications*. Philadelphia: W.B. Saunders; 2000.
40. Gallant MH, Beaulieu MC, Carnevale FA. Partnership: an analysis of the concept within the nurse-client relationship. *J Adv Nurs*. 2002; 40 (2): 149-57.
41. Morse J. Exploring Pragmatic Utility: Concept Analysis by Critically Appraising the Literature. In: Rodgers BL, Knafel KA, editors. *Concept Development in Nursing*. Philadelphia: W.B. Saunders; 2000.
42. Goffman E. *Interaction Ritual: Essays in Face-to-Face Behavior*. Chicago: Adelaide Publishing Company; 1967.
43. Traverso V. Pratiques communicatives en situation: Objets et méthode d'analyse d'interaction. *Recherche en soins infirmiers*. 2007; 89: 21-32.
44. Diefendorff JM, Croyle MH, Gosserand RH. The dimensionality and antecedents of emotional labor strategies. *Journal of Vocational Behavior*. 2005; 66 (2): 339-59.
45. Smith P. *The Emotional Labor of Nursing* London: Macmillan; 1992.
46. Wharton AS, Erickson RJ. The consequences of caring: Exploring the links between women's job and family emotion work. *Sociological Quarterly*. 1995 Spr; 36 (2): 273-96.
47. Wharton AS. The affective consequences of service work: Managing emotions on the job. *Work and Occupations*. 1993 May; 20 (2): 205-32.
48. Froggatt K. The place of metaphor and language in exploring nurses' emotional work. *J Adv Nurs*. 1998 Aug; 28 (2): 332-8.
49. Jones J.-R. An examination of the emotional labor construct and its effects on employee outcomes. Lincoln: The University of Nebraska 1999.
50. Martschinke D. Emotional labour of nurses. *Contemp Nurse*. 1996 Mar; 5 (1): 22-5.
51. Beal DJ, Trougakos JP, Weiss HM, Green SG. Episodic Processes in Emotional Labor: Perceptions of Affective Delivery and Regulation Strategies. *Journal of Applied Psychology*. [Original]. 2006 Sep; 91 (5): 1053-65.
52. Wolcott-Burnam SB. Examining emotional labor from an interactionist perspective: The impact of work conditions on the relationship between emotional labor and outcomes: Central Michigan University; 2004.
53. Grandey A, Kern J, Frone M. Verbal Abuse From Outsiders Versus Insiders: Comparing Frequency, Impact on Emotional Exhaustion, and the Role of Emotional Labor. *Journal of Occupational Health Psychology*. [Original]. 2007 Jan; 12 (1): 63-79.
54. Bono JE, Vey MA. Toward understanding emotional management at work: A quantitative review of emotional labor research. In: Hartel CE, Zerbe WJ, Ashkanasy NM, editors. *Emotions in organizational behavior*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2005. p. 213-33.
55. Van Hoorebeke D. Le management des émotions au travail: Une reconsidération des pratiques organisationnelles. *Revue de Gestion des Ressources Humaines*. 2003; 49.
56. Hunter B. Emotion work in midwifery: a review of current knowledge. *J Adv Nurs*. 2001; 34 (4): 436-44.
57. Zapf D. Emotion work and psychological well-being: A review of the literature and some conceptual considerations. *Human Resource Management Review*. 2002; 12 (2): 237-68.

58. Dollard M, Skinner N, Tuckey M, Bailey T. National surveillance of psychosocial risk factors in the workplace: An international overview. *Work & Stress*. 2007; 21 (1): 1-29.
59. McQueen ACH. Emotional intelligence in nursing work. *J Adv Nurs*. 2004 Jul; 47 (1): 101-8.
60. Brilowski GA, Wendler MC. An evolutionary concept analysis of caring *Journal of Advanced of Nursing*. 2005; 50 (6): 641-50.
61. Larson EB, Yao X. Clinical Empathy as Emotional Labor in the Patient-Physician Relationship. *Jama*. [Original]. 2005 Mar; 293 (9): 1100-6.
62. Nicholls L, Webb C. What makes a good midwife? An integrative review of methodologically diverse research. *J Adv Nurs*. 2006; 56 (4): 414-29.
63. Wong C-S, Wong P-M, Law KS, editors. The interaction effect of emotional intelligence and emotional labor on job satisfaction: A test of Holland's classification of occupations. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2005.
64. Walker LO, Avant KC. Letter to the editor "Beyond concept analysis in Holistic Nursing". *Journal of Holistic Nursing*. 2005; 23 (11): 12.
65. Chu KH-L. The effects of emotional labor on employee work outcomes [PH. D]: Virginia Polytechnic Institute and State University; 2004.
66. Ogbonna E, Harris LC. Work Intensification and Emotional Labor Among UK University Lecturers: An Exploratory Study. *Organizational Studies*. 2004; 25 (7): 1185-203.
67. Kramer MW, Hess JA. Communication rules for the display of emotions in organizational settings. *Management Communication Quarterly*. 2002; 16 (1): 66-80.
68. Boyle M. "You wait until you get home": Emotional regions, emotional process work, and the role of onstage and offstage support. In: Hartel C, Zerbe W, Ashkanasy N, editors. *Emotions in organizational behavior*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2005. p. 45-65.
69. Staden H. Alertness to the needs of others: a case study of the emotional labour of caring. *J Adv Nurs*. 1998; 27: 147-56.
70. MacKintosh C. Protecting the self: A descriptive qualitative exploration of how registered nurses cope with working in surgical areas. *Int J Nurs Stud*. 2007; 44 (6): 982-90.
71. Froggett L, Richards B. Exploring the biopsychosocial. *European Journal of Psychotherapy, Counseling and Health*. [Original]. 2002 Sep; 5 (3): 321-6.
72. Gosserand R, Diefendorff J. Emotional display rules and emotional labor: the moderating role of commitment. *Journal of Applied Psychology*. 2005 Nov; 90 (6): 1256-64.
73. Morris J, Feldman DC. The dimensions, antecedents, and consequences of emotional labor. *Academy of Management Review*. 1996 Oct; 21 (4): 986-1010.
74. Smith P, Lorentzon M. Is emotional labour ethical? *Nursing Ethics*. 2005 Nov; 12 (6): 638-42.
75. Cropanzano R. Foreword: Workplace Emotion: Where We've Been, Where We're Going, and Where We Ought to Be. In: Hartel CE, Zerbe WJ, Ashkanasy NM, editors. *Emotions in Organizational Behavior*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum; 2005.
76. Gross JJ, editor. *Handbook of Emotional Regulation*. New York: Guilford; 2007.
77. Fineman S, editor. *The emotional organization: passions and power*. Malden, MA: Blackwell; 2008.
78. Li S. Doing criticism in "symbiotic niceness": A study of palliative nurses' talk. *Social Sciences and Medicine* 2005; 60 (9): 1947-59.
79. Brotheridge CM, Lee RT. Development and validation of the Emotional Labour Scale. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*. 2003; 76: 365-79.
80. de Raeve L. The modification of emotional responses: a problem for trust in nurse-patient relationships. *Nursing Ethics*. 2002; 9: 465-71.
81. Bolton SC, Boyd C. Trolley dolly or skilled emotion manager? Moving on from Hochschild's Managed Heart. *Work, Employment and Society*. [Original]. 2003 Jun; 17 (2): 289-308.

LE TRAVAIL ÉMOTIONNEL QUI SOUS-TEND LES SOINS INFIRMIERS: UNE ANALYSE ÉVOLUTIONNAIRE DE CONCEPT

82. Lopez SH. Emotional labor and organized emotional care. *Work and Occupations*. [Original]. 2006 May; 33 (2): 133-60.
83. Lewis P. Suppression or expression: an exploration of emotion management in a special care baby unit work. *Work, Employment & Work* 2005; 19 (3): 565-81.
84. Shuler S. Talking community at 911: The centrality of communication in coping with emotional labor. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2001.
85. Mann S. A health-care model of emotional labour. An evaluation of the literature and development of a model. *Journal of Health Organisation and Management* 2005; 19 (4 mai): 304-17.
86. Kemp M. Hearts and minds: agency and discourse. *Anthropology and Medicine*. 2003; 10 (2): 187-205.
87. Bolton SC. Me, Morphine, and Humanity: Experiencing the Emotional Community on Ward B. In: Fineman S, editor. *The Emotional Organizational Organization Passions and Power*. Malden, MA: Blackwell 2008.
88. Wear D. Making fun of patients: Medical students' perceptions and use of derogatory and cynical humor in clinical settings. *Academic Medicine*. 2006; 81 (5): 454-62.
89. Hess U. Les émotions au travail. Montreal: Université de Québec à Montréal; 2003 Contract No.: Document Number].
90. Pugh SD. Emotional regulation in individuals and dyads: Causes, costs and consequences In: Lord R, Klimski R, Kanfer R, editors. *Emotions in workplace*. San Francisco: Jossey-Bass; 2002.
91. Meier KJ, Mastracci SH, Wilson K. Gender and emotional Labor in public organizations: An empirical examination of the link to performance *Public Administration Review*. 2006; 66 (6): 899-909.
92. Mitchell D, Smith P. Learning from the past: Emotional labour and learning disability nursing. *Journal of Learning Disabilities*. 2003 Jun; 7 (2): 109-17.
93. Hennig-Thurau T, Groth M, Paul M, Gremler DD. Are All Smiles Created Equal? How Emotional Contagion and Emotional Labor Affect Service Relationships. *Journal of Marketing*. [Original]. 2006 Jul; 70 (3): 58-73.
94. Allan H, Barber D. Emotional boundary in advanced fertility nursing roles. *Nursing Ethics*. 2005; 15 (4): 392-403.
95. Grandey AA. Emotional regulation in the workplace: A new way to conceptualize emotional labor. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2000 Jan; 5 (1): 95-110.
96. Schaubroeck J, Jones J. Antecedents of workplace emotional labor dimensions and moderators of their effects on physical symptoms. *Journal of Organizational Behavior*. 2000 Mar; 21: 163-83.
97. Giardini A, Frese M. Reducing the Negative Effects of Emotion Work in Service Occupations: Emotional Competence as a Psychological Resource. *Journal of Occupational Health Psychology*. [Original]. 2006 Jan; 11 (1): 63-75.
98. Fawcett J. *Contemporary Nursing Knowledge. Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. second edition ed. Philadelphia: F. A Davis 2005.
99. Callahan J.-L. Reversing a conspicuous absence: Mindful inclusion of emotion in structuration theory. *Human relations*. 2004; 57 (11): 1427-48.
100. Sharpe EK. "Going Above and Beyond: The Emotional Labor of Adventure Guides. *Journal of Leisure Research*. [Original]. 2005; 37 (1): 29-50.
101. Mazhindu D. Ideal nurses: the social construction of emotional labor. *European Journal of Psychotherapy, Counselling & Health*. 2003; 6 (3): 243-62.
102. Duncan C, Cloutier JD, Bailey PH. Concept analysis: the importance of differentiating the ontological focus *J Adv Nurs*. 2007; 58 (3): 293-300.
103. Morris J, Feldman DC. Managing emotions in the workplace. *Journal of Managerial Issues*. 1997 Fal; 9 (3): 257-74.
104. Brotheridge CM, Lee RT. Testing a conservation of resources model of the dynamics of emotional labor. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2002 Jan; 7 (1): 57-67.
105. Zammuner VL, Galli C. The relationship with patients: "Emotional labor" and its correlates in hospital employees. In: Fineman S,

editor. *Emotions in organizational behavior*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2005. p. 251-85.

106. K rouac S, Pepin J, Ducharme F, Major F. *La pensée infirmière*. Laval: Beauchemin; 2003.

107. Freshwater D, Stickley T. The heart of the art: emotional intelligence in nurse education. *Nurs Inquiry*. 2005; 11 (91-98).

108. Guy ME, Newman MA. Women's Jobs, Men's Jobs: Sex Segregation and Emotional Labor. *Public Administration Review*. [Original]. 2004 May; 64 (3): 289-98.

109. John V, Parsons E. Shadow work in midwifery: Unseen and unrecognised emotional labour. *British Journal of Midwifery*. 2006; 14 (5): 266-71.

110. Opengart R. Emotional intelligence and emotion Work: examining constructs from an interdisciplinary framework. *Human Resource Management Review*. 2005; 4 (1): 49-62.

111. Roos JH. Nurses perceptions of difficult patients. *Health SA Gesondhand* 2005; 10 (1): 52-61.

112. Chalco K, Wu DY, Mestanza L, Munoz M, Llaro K, Guerra D, et al. Nurses as providers of emotional support to patients with MDR-TB. *International Journal of Nursing Review*. 2007; 55: 253-60.

113. MacDonald M. Seeing the cage: Stigma and its potential to inform the concept of the difficult patient. *The Journal Of Advanced Nursing Practice*. 2003; 17 (6): 305-12.

114. Watson J. Can an ethic of caring be maintained? *J Adv Nurs*. 2006; 54 (3): 257-9.

115. Diefendorff JM, Richard EM. Antecedents and consequences of emotional display rule perceptions. *Journal of Applied Psychology*. 2003; 88 (2): 284-94.

116. Fujimoto Y, Hartel CE, Panipucci D, editors. *Emotional Experience of Individualist-Collectivist Workgroups: Findings From a Study*

of 14 Multinationals Located in Australia. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum; 2005.

117. Kruml SM, Geddes D. Exploring the dimensions of emotional labor. *Management Communication Quarterly*. 2000; 14 (1): 8-49.

118. Liu Y, Perrew  PL. The role of Emotion in Employee Counterproductive Work Behavior: Integrating the Psychoevolutionary and Constructivist Perspective. Hartel CE, Zerbe WJ, Ashkanasy NM, editors. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum; 2005.

119. Rubin RS, Tardino VMS, Daus CS, Munz DC, editors. *A reconceptualization of the emotional labor construct: On the development of an integrated theory of perceived emotional dissonance and emotional labor*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; 2005.

120. Shanafelt TD, West C, Zhao X, Novotny P, Kolars J, Habermann T, et al. Relationship between increased personal well-being and enhanced empathy among internal medicine residents. *Journal of General Internal Medicine*. 2005 Jul; 20 (7): 559-64.

121. Curtis JR, Engelberg RA, Wenrich MD, Shannon SE, Treece PD, Rubenfeld GD. Missed opportunities during family conferences about end-of-life care in the intensive care unit. *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine*. 2005; 171: 844-9.

122. Panagopoulou E, Montgomery A, Benos A. Burnout in internal medicine physicians: Difference between residents and specialists. *European journal of Internal Medicine*. 2006; 17 (30): 195-200.

123. Shanafelt T, West C, Kolars J, Habermann T. "Relationship Between Increased Personal Well-Being and Enhanced Empathy Among Internal Medicine Residents": Reply. *Journal of General Internal Medicine*. [Comment/Reply]. 2006 Apr; 21 (4): 402.

124. Martin SE. Police force or police service? Gender and emotional Labor. *The Annals of the American Academy*. 1999; 561: 111-26.

LE TRAVAIL ÉMOTIONNEL QUI SOUS-TEND LES SOINS INFIRMIERS: UNE ANALYSE ÉVOLUTIONNAIRE DE CONCEPT

Tableau 1
Tableau 1 Antécédents et conséquences du travail émotionnel selon la discipline

Caractéristiques	Soins infirmiers	Gestion	Psychologie	Médecine
Antécédent	Organisation: Modèle de comportement du superviseur (2, 45),	Organisation: Soutien social (21)	Organisation: Règles de présentation (115), Environnement de travail (116), Règles organisationnelles (54), Soutien social (54, 57, 68)	Organisationnel: Ne ressort pas de la documentation médicale
Antécédents	Infirmière: Altruisme (83), Bénéfice commercial (83), Aptitudes particulières à la communication (Li 2005), Expérience de vie (69), Expérience de travail (70)	Personne: Sexe (91, 108) Services altruistes (84), Caractéristiques personnelles (âge, perception du contrôle personnel) (117) Adaptabilité émotionnelle (96)	Personne: Intériorisation du rôle (57), Traits de personnage (115), Stabilité émotionnelle (118), Auto-surveillance (54) Discordance émotionnelle (119)	Personne: Caractéristiques médecin/patient (61, 120)
Antécédents	Emploi: Exigences professionnelles (1, 83) Pratiques courantes (2)	Emploi: Caractéristiques du poste (c.-à-d. formation, autonomie au chapitre de l'expression des émotions) (117) Normes sociales (81)	Emploi: Fréquence et durée des interactions émotionnelles (95, 103, 119)	Emploi: Situations cliniques (c'est-à-dire fin de vie) (121)
Conséquences	Organisation: Climat « joyeux » (92)	Organisation: Travail d'équipe déficient (66)	Organisation: Ne ressort pas de la documentation du secteur de la psychologie	Organisation: Aucune conséquence rapportée
Conséquences	Infirmière: établissement d'un lien avec le patient résultant d'un engagement émotionnel (94), Sentiment d'épanouissement personnel et professionnel et Satisfaction au travail (59, 85)	Personne: Effet négatif: stress considérable Effet positif: avancement professionnel (67)	Personne: satisfaction au travail (44)	Personne: Effet positif: épanouissement professionnel (61) Effet négatif: épuisement professionnel (122) et durcissement (123)

Tableau 2
Concept du travail émotionnel : différences observées entre les disciplines

<p>Contrairement aux ouvrages du secteur des soins infirmiers, une étude de psychologie laisse entendre que l'expérience de travail ne précède pas le travail émotionnel chez le personnel des hôpitaux (p. ex. infirmières, etc.).</p>
<p>Selon les spécialistes du secteur de la psychologie, le travail émotionnel est précédé d'une dissonance émotionnelle (85, 119); mais d'autres chercheurs affirment qu'il s'agit d'une conséquence du travail émotionnel, et plus particulièrement la stratégie du « travail superficiel » (54)</p>
<p>Le travail émotionnel est précédé du fait d'être une femme (108); mais d'autres spécialistes ne sont pas d'avis que le travail émotionnel varie selon le sexe (68, 124).</p>
<p>La documentation médicale met l'accent sur l'« empathie » ou le « souci empathique » qui, dans le secteur des soins infirmiers, est plus proche du <i>caring</i> que du travail émotionnel sur le plan conceptuel puisque l'« empathie » est davantage une expression d'un souci envers le patient que d'un travail émotionnel intérieur accompli par le médecin.</p>

Tableau 3
Stratégies de travail émotionnel présentées dans les ouvrages sur les soins infirmiers et la médecine

Froggatt (1998)	<p>« Allumer/Éteindre »</p> <p>« Mettre ses limites »</p> <p>« Prendre du recul »</p> <p>« se durcir »</p>
Staden (1998)	<p>« Façade souriant- aligner ses émotions sur celles du patient</p> <p>Servir d'instrument thérapeutique»</p>
Bolton (2001)	<p>« Façade souriante »</p> <p>« Façade comique »</p> <p>« Façade professionnelle »</p> <p>« Façade sévère »</p> <p>« Façade cynique »</p>
Goodman (2001)	<p>« Ne pas semer le trouble »</p> <p>« Lever les voiles »</p> <p>« Adopter le rythme »</p> <p>« Ne pas faire de vagues »</p> <p>« Équilibre entre la négociation et l'accommodement »</p>
Henderson (2001)	<p>Engagement émotionnel</p> <p>Détachement</p>
Mazhindu (2003)	<p>Engagement complet, suivi actif, pilote automatique, examen des aspects émotionnels, suivi passif (voyeurisme), retrait complet</p>
McCreight (2005)	<p>Endiguement</p> <p>Éviter d'aimer « trop » ou de ne pas aimer « assez »</p>
Larson et coll. (2005)	<p>Attitude chaleureuse et rassurante</p>
Wear et coll. (2006)	<p>Humour cynique</p>

Figure 1
Théorie intermédiaire du concept de travail émotionnel

