

Faculté de santé publique

« Compétences émotionnelles et psychosociales chez les professionnels de santé : influence sur la qualité perçue des pratiques et les facteurs influençant leur mise en œuvre »

Mémoire réalisé par
Emeline Devuyst

Promoteur
Walter Hesbeen

Année académique 2025-2026
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

« Compétences émotionnelles et psychosociales chez les professionnels de santé : influence sur la qualité perçue des pratiques et les facteurs influençant leur mise en œuvre »

Mémoire réalisé par
Emeline Devuyst

Promoteur
Walter Hesbeen

Année académique 2025-2026
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Je souhaite adresser mes sincères remerciements à l'ensemble des personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce mémoire.

Tout d'abord, je tiens à remercier mon promoteur, Monsieur Walter Hesbeen, sans qui la conduite de ce mémoire n'aurait été possible. Je le remercie pour son accompagnement bienveillant, ses conseils précieux et éclairés ainsi que sa disponibilité tout au long de ce travail. Sa capacité à susciter la réflexion a grandement enrichi ma vision et la réalisation de ce travail.

Je souhaite également adresser mes remerciements à l'ensemble des professionnels de santé qui ont acceptés de répondre à mes questions et de participer à ma recherche. Leur contribution a été essentielle à la réalisation de ce mémoire.

Je tiens également à adresser des remerciements tout particuliers à mes proches, ma famille, mes amis pour leur soutien et leurs encouragements tout au long de ce parcours universitaire. Leur présence a été précieuse dans les moments de doutes et de réussite.

Merci à toi, qui, à présent, continues d'éclairer mon chemin depuis les étoiles.

Mes remerciements s'adressent également aux lecteurs et aux membres du jury pour l'attention portée à ce travail.

À tous ces intervenants, je présente mon respect et ma gratitude.

Plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant-e-s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Dans le cadre de la rédaction de ce mémoire, le recours à un outil d'intelligence artificielle a été effectué de manière ponctuelle et responsable. Son utilisation s'est limitée à un soutien linguistique, notamment pour la correction orthographique, la grammaire ainsi que la recherche de certains synonymes. Cet outil a également été sollicité pour la traduction d'articles anglophone. Toutefois, il est important de préciser que cet outil n'a, en aucun cas, été utilisé pour la rédaction de ce travail. L'ensemble des analyses, des réflexions et la rédaction relève d'un travail strictement personnel.

Abréviations

CE : Compétences émotionnelles

IE : Intelligence émotionnelle

CP : Compétences psychosociales

HHS : Hypothalamo-hypophyso-surrénalien

Table des matières

1. Introduction	1
2. Contexte	4
2.1. Les émotions.....	4
2.1.1. Étymologie et définition.....	4
2.1.2. Qu'est-ce qu'une émotion.....	4
2.1.3. Origine des émotions	5
2.1.4. Fonctions des émotions	8
Source d'information.....	8
Facilitateur de l'action.....	8
Support à la décision	9
Outil d'adaptation.....	9
2.1.5. La nécessité des émotions	9
2.1.6. Les déclencheurs émotionnels.....	9
2.1.7. Les différentes émotions.....	10
2.2. L'intelligence émotionnelle.....	11
2.3. Les compétences émotionnelles	11
2.3.1. Compétences	12
Étymologie et définition.....	12
Histoire de la notion de compétences émotionnelles	12
2.3.2. Les compétences émotionnelles de base	12
2.3.3. Les catégories.....	13
Identifier.....	13
Comprendre.....	14
Exprimer.....	14
Réguler	14
Utiliser.....	15
2.3.4. Les compétences émotionnelles et la pratique des soins	15
2.3.5. Les compétences émotionnelles et la performance professionnelle.....	16
2.4. Les compétences psychosociales.....	17
2.4.1. Définition.....	17
2.4.2. Compétences cognitives	17
2.4.3. Compétences sociales	18
2.5. La qualité du soin	18
2.6. La qualité des soins	19
2.6.1. Les dimensions de la qualité des soins.....	20
2.6.2. États des lieux en Belgique	21
3. Méthodologie	22
3.1. Introduction	22
3.1.1. Objectif de la recherche.....	22
3.2. Choix des méthodes.....	22
3.2.1. Approche qualitative	23
3.2.1. Recherche documentaire	23
3.3. Rencontre avec les témoins privilégiés	23
3.4. Entretiens semi-directifs.....	24
3.5. Sélection de l'échantillon	25
3.6. Sélection des participants	26
3.7. Considération éthique.....	26
3.8. Test et ajustements du guide d'entretien	27

3.9. Guide d'entretien	27
3.10. Analyse des données : stratégies	27
4. Résultats	28
4.1. Résultats de la recherche documentaire	28
4.1.1. La qualité des soins du point de vue des professionnels	28
4.1.2. La relation soignant-patient : fondement de la qualité	28
4.1.3. Le rôle des compétences émotionnelles et psychosociales	29
4.1.4. Les compétences professionnelles	29
4.1.5. La communication et la collaboration interprofessionnelle	30
4.1.6. Les facteurs organisationnels	30
4.1.7. Les facilitateurs	30
4.1.8. Conclusion	31
4.2. Résultats des entretiens auprès des témoins privilégiés	32
4.2.1. La diversité des émotions au cœur de la pratique professionnelle	32
4.2.2. La régulation émotionnelle (expression, contrôle, adaptation)	33
4.2.3. Le soutien professionnel : la collaboration et la coopération	34
4.2.4. La gestion d'équipe	35
4.2.5. Une relation soignant-soigné centrale dans le soin	35
4.2.6. L'influence des émotions sur les pratiques	36
4.2.7. Les contraintes organisationnelles dans la pratique	37
4.2.8. Le développement des compétences	37
4.2.9. Conclusion	38
4.3. Résultats des entretiens auprès des participants	39
4.3.1. La place des émotions dans le monde des soins	39
Identification des émotions	40
L'adaptation émotionnelle	40
Dissimulation des émotions	41
4.3.2. La relation thérapeutique	41
4.3.3. Les compétences émotionnelles mobilisées par les professionnels de santé	42
4.3.4. Les compétences psychosociales mobilisées par les professionnels de santé	43
4.3.5. Distinctions entre la qualité du soin et la qualité des soins	44
4.3.6. L'influence des compétences émotionnelles et psychosociales sur les soins	45
Mobilisation des compétences	46
Évolution des compétences	46
4.3.7. Les obstacles à la mobilisation des compétences	47
4.3.8. Les ressources à la mobilisation des compétences	48
4.3.9. Les leviers à la mobilisation des compétences	49
4.3.10. Conclusion	50
5. Discussion et préconisations	51
5.1. Penser les mots du soin : une approche humanisante des terminologies du soin	51
5.2. Interprétation des résultats	52
5.2.1. L'omniprésence et la diversité des émotions dans le monde des soins	52
5.2.2. La relation à l'autre comme fondement du lien thérapeutique	53
5.2.3. Les compétences émotionnelles et psychosociales : déterminants des pratiques	54
L'adaptation émotionnelle	56
La communication et la collaboration	57
L'évolution des compétences émotionnelles et psychosociales	57
5.2.4. La qualité du soin et la qualité des soins vus par les professionnels	58
5.2.5. Les contraintes organisationnelles : frein à la mobilisation des compétences	59
5.2.6. Ressources	60
5.2.7. Leviers	61
5.3. Les préconisations	62
5.3.1. Axe individuel	62

5.3.2. Axe collectif et relationnel	62
5.3.3. Axe pédagogique	63
5.3.4. Axe organisationnel	63
5.4. Les forces et les limites	63
6. Conclusion.....	65
7. Bibliographie	67
8. Annexes	74
8.1. Annexe 1 : Guide d’entretien pour participants.....	75
8.2. Annexe 2 : Retranscription d’un entretien avec une témoin privilégiée.....	79
8.1. Annexe 3 : Profil de compétences émotionnelles.....	89
9. Résumé	92
Table des illustrations	
Figure 1 : L'amygdale, le cortex préfrontal et le noyau accumbens.	5
Figure 2 : La voie courte et longue.....	6
Tableau 1 : Présentation des participants et modalité des entretiens.....	26

1. Introduction

L'émergence de cette thématique de recherche s'inscrit dans le prolongement de mon expérience professionnelle ainsi que des enseignements reçus au sein de ma formation universitaire de master en sciences de la santé publique à l'Université Catholique de Louvain.

J'exerce en tant qu'ergothérapeute depuis maintenant quatre ans dans le milieu de la rééducation. Durant ces premières années de ma carrière professionnelle, j'ai constaté et été directement confrontée à des situations de manque d'effectifs au sein des différentes équipes. Ces difficultés structurelles et organisationnelles impactent le déroulement du travail quotidien. Ces situations engendrent généralement de la frustration de ne pas pouvoir exercer son métier dans des conditions idéales et souhaitées, en lien avec nos valeurs. Il y a également le fait d'être confrontée au sentiment de dépassement qui parfois conduit à un sentiment d'impuissance directement lié au manque de ressources. Cela soulève des interrogations quant à l'atteinte que ces éléments peuvent avoir au niveau de la qualité des pratiques et également les ressentis d'une telle situation dans le vécu de chaque professionnel qui y est confronté.

Face à ces constats et à mon vécu personnel, je souhaitais explorer cette thématique de la qualité des pratiques au regard des compétences émotionnelles et psychosociales mais également identifier les potentiels obstacles et leviers dans la mobilisation de ces compétences.

Le souhait d'explorer les compétences émotionnelles et psychosociales a émergé à la suite de plusieurs cours suivis dans l'option « *Comportements et compétences pour la santé* » (I. Aujoulat, WFSP2241). Les compétences émotionnelles et psychosociales présentées lors de ces cours m'ont particulièrement inspirée. Notamment en raison de l'ensemble des éléments que ces compétences regroupent, tels que la capacité à ajuster ses émotions, à gérer son stress et à communiquer efficacement, autant d'éléments qui me semblent importants et indispensables dans un contexte de soins. Ce cours a suscité l'envie d'en savoir plus sur ce sujet, de consulter la littérature afin d'avoir une compréhension plus claire et précise de ce sujet.

Je me suis donc tournée vers la littérature et à la suite de plusieurs lectures, certaines d'entre-elles sont ressorties car elle mettent en avant certains points importants tels que la relation entre ces compétences et la qualité des pratiques.

Certains articles scientifiques mettent en évidence le fait que les personnes exerçant dans les professions de soins sont plus touchées par l'épuisement professionnel (Hashmi et al., 2024). En effet, au sein des structures de soins, l'épuisement professionnel ainsi que le stress, constituent des enjeux majeurs car ils peuvent affecter la santé des soignants et la qualité des soins prodigués (Zixin Li et al., 2024). La qualité des pratiques se caractérise par la complémentarité d'éléments objectivables et non-objectivables. La qualité ne dépend donc pas uniquement de compétences techniques mais peut dépendre de compétences plus complexes à quantifier telles que les compétences humaines. Ces éléments sont complémentaires et jouent un rôle judicieux dans la mise en place de pratiques de qualité (Hesbeen, 2017).

En effet, les professionnels de santé sont constamment exposés à des situations qui sollicitent leurs capacités de reconnaissance, de gestion et de régulation émotionnelle (Hashmi et al., 2024). Les compétences émotionnelles et psychosociales incluent, entre autres, la régulation de soi, la gestion du stress, la coopération et jouent un rôle fondamental dans le développement global de l'individu. Cela influence positivement des domaines importants tels que la santé, le bien-être, performances professionnelles et également les relations thérapeutiques (Karimi et al., 2021 ; OCDE, 2023).

Ces constats ouvrent la réflexion vers une compréhension plus affûtée des compétences émotionnelles et psychosociales, non seulement comme ressource individuelle mais également comme élément déterminant de la qualité des pratiques prodiguées par les professionnels de santé. Ainsi, se pose la question du rôle effectif de ces compétences sur la qualité des pratiques mais également les leviers et/ou obstacles auxquels les professionnels de santé sont confrontés quotidiennement.

Au fil de ma réflexion, plusieurs questionnements ont émergé avant d'aboutir à la question de recherche présentée dans ce mémoire de fin d'études :

- Est-ce que les compétences émotionnelles et psychosociales sont mobilisées au sein des environnements de soins ? Comment sont-elles mises en œuvre ?
- Ces compétences sont-elles consciencisées ?
- Ces éléments ont-ils un impact sur la manière dont les soins sont dispensés?

Je souhaite donc mettre à profit mes connaissances acquises à travers le master en sciences de la santé publique et réaliser un mémoire de type recherche afin d'explorer cette question de recherche qui est la suivante : « *De quelle manière les compétences émotionnelles et psychosociales contribuent-elles à la qualité perçue des pratiques soignantes et quels obstacles et leviers rencontrent les professionnels de santé pour leur mise en œuvre ?* »

Afin d'explorer cette question de recherche, quatre méthodes seront mobilisées tout au long de ce travail. Premièrement, une mise en contexte permettra de préciser ce que sont les émotions, les compétences émotionnelles et psychosociales et les liens que cela peut avoir avec la qualité des pratiques. Deuxièmement, une exploration de la littérature va permettre d'étoffer certains points de vue et ainsi renforcer l'analyse des résultats. Troisièmement, des entretiens auprès de témoins privilégiés vont être menés afin d'apporter un certain éclairage et susciter des interrogations. Quatrièmement, des entretiens semi-directifs seront menés auprès d'acteurs de terrain permettant ainsi de fournir des données qualitatives en lien avec leurs expériences. Ensuite, une discussion des résultats sera menée pour interpréter les données recueillies, les mettre en perspective et les confronter à la littérature. Enfin, les préconisations formulées viendront étayer et renforcer la portée de ce mémoire de fin d'études.

2. Contexte

Comprendre les fondements de la qualité des pratiques, c'est avant tout s'intéresser à ce qui anime le soignant dans la relation à l'autre, à travers les émotions et les compétences qui en découlent. Au cœur de la pratique professionnelle, ces dimensions humaines influencent l'écoute, la communication, la collaboration ainsi que la manière de répondre aux besoins des patients.

Cette partie vise donc à préciser, définir et éclairer des notions fondamentales telles que les émotions, les compétences émotionnelles et psychosociales ainsi que la qualité. Cette mise en perspective offre une meilleure compréhension de leurs fondements théoriques et des liens potentiels qui les unissent. Cela a pour objectif d'éclairer leur rôle au sein de la pratique des professionnels de santé.

2.1. Les émotions

2.1.1. Étymologie et définition

Tout d'abord, il est intéressant de s'arrêter un instant sur le terme « émotion » qui tient une place importante au sein de ce concept ainsi que dans notre vie quotidienne.

Trouvant son origine latine du mot « *emovere* », le mot « émotion » signifie « mettre en mouvement » et « inciter à agir » (Hochner, 2016). Cette origine traduit la capacité d'une émotion à animer un être, générer des pensées, des attitudes et des comportements.

Selon le dictionnaire médical de l'Académie de Médecine, une émotion est un « *mouvement affectif soudain et intense, entraînant un débordement temporaire du contrôle réflexif sous l'effet d'une stimulation du milieu* » (Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine, 2021).

De nombreux chercheurs ont établi des recherches afin de mieux comprendre et expliquer ce que sont les émotions.

2.1.2. Qu'est-ce qu'une émotion

Une émotion est décrite comme un état succédant un stimulus ou une situation spécifique qui ne dure que quelques secondes ou minutes (Luminet, 2002 cité dans Mikolajczak et al., 2023). Il s'agit d'un phénomène à plusieurs composantes. En effet, une émotion génère des modifications à de multiples niveaux. Cela va jouer un rôle dans l'activité neuronale, l'activation physiologique mais aussi au niveau des pensées, des sensations corporelles et des expressions faciales (Mikolajczak et al., 2023).

Un chercheur suisse, Klaus Scherer, a d'ailleurs présenté une manière de catégoriser la façon dont les émotions peuvent se manifester. Il a présenté cinq grandes dimensions, la première se rapporte aux pensées suscitées par la situation. En effet, il arrive fréquemment que lorsque nous sommes dans une situation qui génère des émotions, d'avoir simultanément des pensées qui traversent notre esprit. Il y a la deuxième dimension qui exprime les modifications biologiques qui se produisent. Cela provoque trois types de variations : la modification neuronale, les modifications physiologiques et les manifestations neuro-végétatives. La troisième dimension concerne la tendance à l'action que peut initier une émotion. En effet, chaque émotion initie une action. En quatrième place sont évoquées les modifications expressives et comportementales qui constituent l'élément le plus facile à distinguer auprès de l'interlocuteur. Enfin, il y a l'expérience subjective qui n'est autre que le ressenti face à une émotion (Mikolajczak et al., 2023).

Les émotions constituent la base de nos interactions, de nos actions et de nos décisions. Indispensables à la survie, elles jouent un rôle essentiel dans l'adaptation des individus à leur environnement (Damasio, 1994 cité dans Mikolajczak et al., 2023 ; Thibauville et al., 2017).

2.1.3. Origine des émotions

Les émotions succèdent à un certain nombre de processus neurobiologiques. Les trois structures principales impliquées dans le circuit émotionnel sont présentées à la figure 1. Celles-ci sont l'amygdale, le cortex préfrontal et le noyau accumbens (Mikolajczak et al., 2023).

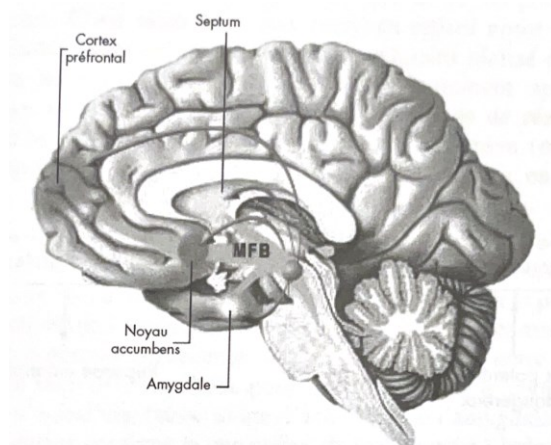


Figure 1 : L'amygdale, le cortex préfrontal et le noyau accumbens.¹

¹ Mikolajczak, M., Quoidbach, J., Kotsou, I., (2023). *Les compétences émotionnelles*. Dunod.

L'amygdale est généralement associée au siège des émotions. En effet, il s'agit de la zone activatrice des émotions. Elle appartient à un ensemble de structures et se situe sous le cortex. Cette zone s'active dès lors qu'une émotion est ressentie. L'amygdale attribue une certaine valeur au stimulus véhiculé à travers un ou plusieurs des cinq sens. Il a été démontré qu'une lésion au niveau de l'amygdale pouvait avoir des conséquences importantes et induire une incapacité à ressentir certaines émotions. En d'autres termes, l'individu est capable de reconnaître une situation dangereuse, joyeuse ou triste mais sera dans l'incapacité de ressentir l'émotion liée à la situation. Cela signifie que les réactions comportementales, cognitives et psychologiques ne seront pas ressenties alors qu'elles sont nécessaires, voire indispensables à la survie de l'individu (Mikolajczak et al., 2023).

Cette activation peut se faire par deux voies, la « voie courte » et la « voie longue », présentées à la figure 2. Lorsque le thalamus active de manière immédiate l'amygdale, à la suite d'un stimulus perçu par l'un des cinq sens, il s'agit de la voie courte qui est rapide mais imprécise. Généralement, la voie courte est déjà prête à nous faire réagir face à un potentiel danger et ce avant même de connaître la nature du stimulus. Pour ce qui est de la voie longue, l'information issue du stimulus passe par le thalamus et le cortex sensoriel. C'est à cet endroit que va être « décidé » d'activer ou non l'amygdale. Celle-ci est plus lente mais plus précise (Mikolajczak et al., 2023).

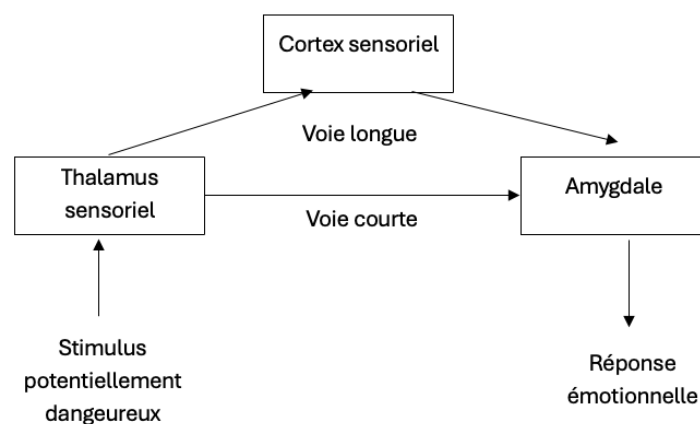


Figure 2 : La voie courte et longue.²

Le temps de réaction entre ces deux voies est très rapproché mais peut tout de même faire la différence en cas de réel danger.

² Mikolajczak, M., Quidbach, J., Kotsou, I., (2023). *Les compétences émotionnelles*. Dunod.

Concernant la régulation des émotions, la zone impliquée dans cette tâche est le cortex préfrontal. Cela est possible car le cortex sensoriel est capable d'adapter l'activité de l'amygdale. Le cortex préfrontal est responsable d'un ensemble de tâches telles que la pensée, la mémoire de travail, l'attention sélective ainsi que la mise en place de réponses motrices adaptées au contexte. Grâce à cette zone, l'individu est en capacité d'élaborer un plan d'action et de mettre en place les étapes nécessaires à sa réalisation. De plus, dans une situation plus complexe, cela va également permettre à l'individu d'analyser la situation afin d'élaborer une stratégie appropriée (Mikolajczak et al., 2023).

La troisième zone impliquée dans les émotions est le noyau accumbens aussi appelé, par les chercheurs « le centre du plaisir ». Ce surnom vient du fait que cette zone s'active principalement lorsque nous sommes en train de manger ou lorsque nous avons des rapports sexuels mais aussi lorsque nous anticipons des activités qui nous procurent un certain plaisir (Mikolajczak et al., 2023).

Il est à noter que lorsqu'une émotion est ressentie, elle s'accompagne de manifestations physiologiques et donc de ressentis corporels. Les deux systèmes permettant ces manifestations physiologiques sont le système orthosympathique ainsi que l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HSS).

Premièrement, le système orthosympathique permet la libération de l'adrénaline ainsi que de la noradrénaline. La libération de ces substances agit au niveau cardiopulmonaire afin de concentrer un maximum d'énergie en direction des tissus. L'activation du système orthosympathique ainsi que l'action fournie sont très bénéfiques à court terme. Cependant, une suractivation de ce système à long terme peut être néfaste. En d'autres termes, si un individu ressent des émotions très intenses, de manière fréquente et durant un long laps de temps, il est davantage exposé à une augmentation des facteurs de risque et d'une aggravation de maladies cardiovasculaires (Mikolajczak et al., 2023).

Deuxièmement, l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien contribue également à l'expression physique des émotions. Cependant, il ne s'active pas à chacune des émotions ressenties. Il intervient principalement pour certaines émotions telles que la peur, le stress et l'anxiété. Il s'active donc principalement lorsque l'organisme perçoit une menace extérieure. Lorsque ce système s'active, les mécanismes mis en place sont destinés à permettre à l'individu de fuir. Pour ce faire, certaines hormones sont libérées et métabolisées en énergie qui est immédiatement redirigée vers les organes essentiels à la fuite d'un danger, tels que le cerveau et certains muscles. À contrario, les autres organes moins utiles à la fuite sont temporairement

mis au repos dans le but d'économiser de l'énergie. Comme le système orthosympathique, son action est bénéfique dans des circonstances bien précises et à court terme mais une suractivation de l'axe HHS entraîne un excès de cortisol et peut ainsi engendrer des troubles immunitaires, métaboliques, digestifs et sexuels. Cette partie axée sur la physiologie démontre que les émotions sont réellement utiles dans leur rôle adaptatif car elles fournissent une multitude d'informations précieuses. Elles orientent nos comportements et soutiennent la prise de décision. Grâce à ces mécanismes, nous sommes également en mesure d'avoir des réactions rapides et efficaces dans certaines situations (Mikolajczak et al., 2023).

Il est donc important de retenir que l'amygdale ainsi que le noyau accumbens participent à la production des émotions (négatives et positives). Pour ce qui est de la régulation des émotions, le cortex préfrontal remplit cette fonction qui est également un élément essentiel pour obtenir une certaine harmonie.

2.1.4. Fonctions des émotions

Source d'information

L'émotion est inévitablement et systématiquement porteuse d'un message, il s'agit d'une véritable source d'information. En effet, une émotion positive traduit le fait que l'objectif visé est atteint ou en bonne voie de l'être. Tandis qu'une émotion négative signale la présence d'un obstacle entravant la réalisation des objectifs escomptés (Mikolajczak et al., 2023).

Facilitateur de l'action

Comme énoncé précédemment, les émotions, dont l'origine étymologique souligne la tendance à susciter l'action, permettent de faciliter ou inhiber certains comportements dépendants du contexte. Chacune des émotions de base remplit une fonction spécifique d'action guidant ainsi nos comportements selon le contexte dans lequel elles se produisent. Par exemple, la peur nous incite à fuir face à un danger, la colère nous pousse à nous défendre tandis que la tristesse nous pousse à pleurer et à chercher du soutien. La surprise, quant à elle, nous invite à nous arrêter et la joie nous donne envie de célébrer et de partager ce moment. Enfin, l'amour nous motive à prendre soin de l'autre, à partager et à créer des liens. Ces exemples démontrent bien le fait que les émotions facilitent et motivent le passage à l'action (Mikolajczak et al., 2023).

Support à la décision

Damasio a mené des recherches avec des patients présentant des lésions cérébrales (localisées au niveau du cortex orbito-frontal et du cortex préfrontal ventro-médian), auprès desquels les fonctions cognitives étaient intactes. Le chercheur a observé que ces individus éprouvaient des difficultés à s'adapter à leur environnement. Malgré leurs capacités intellectuelles préservées, leurs relations sociales se détérioraient tout comme leur vie professionnelle, et ils prenaient systématiquement des décisions qui leur étaient défavorables. Bien qu'ils étaient aptes à identifier les informations nécessaires à une prise de décision rationnelle, les patients étaient tout de même incapables de prendre des décisions adéquates et adaptées au contexte. Cela s'explique par la présence de lésions cérébrales au sein desquelles siègent les émotions. De ce fait, ils étaient incapables d'obtenir une réponse physiologique via une situation émotionnelle. Ils n'étaient donc plus en possession des messages véhiculés par les émotions, ni des réponses physiologiques que cela engendre. En conséquence de cela, les patients étaient dépourvus d'informations indispensables leur permettant d'adapter leurs comportements ainsi que leur prise de décision. Cela illustre donc que les émotions sont indispensables à une prise de décision adaptée (Damasio, 1992, cité dans Mikolajczak et al., 2023).

Outil d'adaptation

Pour l'être humain, les émotions sont indispensables à sa survie et à l'adaptation à son environnement (Mikolajczak et al., 2023).

2.1.5. La nécessité des émotions

La capacité à identifier ses émotions constitue une compétence fondamentale et représente un atout majeur dans le développement des compétences émotionnelles. Cela permet aux individus d'optimiser la qualité de leurs interactions avec autrui mais également l'adaptation à l'environnement dans lequel ils évoluent (Mikolajczak, 2014). Les émotions sont indispensables et constituent un atout majeur dans le monde des soins car ils contribuent à la qualité des pratiques (Nightingale et al., 2018).

2.1.6. Les déclencheurs émotionnels

Les émotions sont déclenchées par un stimulus ou une situation donnée et sont décrites comme étant des états relativement succincts (Luminet, 2002, cité dans Mikolajczak et al., 2023).

Les émotions se manifestent généralement dans deux cas de figure. Premièrement, certaines émotions se présentent lorsque l'individu rencontre des obstacles à la réalisation de ses objectifs. En d'autres termes, une émotion négative sera ressentie si un élément vient menacer

l'atteinte des buts et objectifs de la personne. À l'inverse, une émotion positive sera ressentie lorsque l'individu est en phase d'atteindre ses objectifs ou lorsqu'ils ont abouti. Il est important de préciser que ces objectifs ne sont pas forcément conscientisés et que l'intensité des émotions ressenties dépendra de la signification que la personne rattache à ces objectifs. Deuxièmement, certaines émotions peuvent survenir lorsque certains événements viennent ébranler nos croyances sur le monde, notre environnement physique ou social (Mikolajczak et al., 2023).

2.1.7. Les différentes émotions

Il existe une catégorie d'émotions dites « primaires », telles que : la joie, la colère, la peur, la tristesse, le dégoût et la surprise. On qualifie de « secondaires » la combinaison de ces émotions « primaires » telles que la jalousie, la déception et le mépris (Thibauville et al., 2017).

Il existe les émotions dites de « base » appelées ainsi, car elles sont présentes dans toutes les cultures et auraient des similitudes en termes d'expressions faciales et physiologiques.

On distingue sept émotions dites « de base » :

- La peur qui est déclenchée par un stimulus perçu comme étant une menace. Cette émotion a pour fonction la protection.
- La colère se déclenche à la suite d'une injustice ou d'un obstacle. Cette émotion engendre une concentration de l'énergie au niveau des muscles dans le but de permettre à l'individu de fuir ou de se défendre.
- La tristesse est ressentie à la suite de plusieurs situations, par exemple, un échec ou encore à la perte d'une personne aimée. Cela impacte la motivation à effectuer les activités de la vie quotidienne.
- Le dégoût qui est ressenti lorsque nous sommes en contact avec quelque chose que nous qualifions d'immonde et qui engendre des nausées. Cela reflète ainsi l'utilité primitive de cette émotion servant à rejeter les aliments néfastes et toxiques.
- La surprise est ressentie lorsque la personne vit quelque chose de surprenant et d'inattendu. Cette émotion génère généralement une augmentation du rythme cardiaque et induit un haussement des sourcils.
- La joie survient habituellement lorsque nos désirs, nos besoins sont satisfaits et nous procurent un sentiment de plaisir et de bonheur. Elle s'exprime généralement par une augmentation de l'énergie et d'expressions corporelles telles que l'apparition d'un sourire, des larmes de joie ainsi qu'une augmentation du niveau d'énergie.

- L'amour se déclenche lorsqu'une connexion profonde se développe envers une autre personne développant ainsi un sentiment d'attachement fort envers l'autre. Cela entraîne généralement un désir de proximité physique, intellectuelle ou émotionnelle.

2.2. L'intelligence émotionnelle

Certains auteurs parlent d'intelligence émotionnelle (IE) et la désignent comme la capacité à percevoir, comprendre et gérer efficacement les émotions. Cette notion d'intelligence émotionnelle se rapproche des compétences émotionnelles. Selon Mikolajczak, l'IE englobe la capacité à comprendre, utiliser, exprimer et réguler ses émotions mais également celles des autres (Mikolajczak, 2009 citée dans Dugué, 2021).

Certains auteurs mentionnent le fait que les professionnels de santé dotés d'une intelligence émotionnelle supérieure seraient plus aptes à gérer des situations stressantes et seraient plus performants au travail (Hashimi et al., 2024).

L'intelligence émotionnelle est donc impliquée dans la réussite professionnelle en raison de son influence sur les interactions, la gestion des conflits et du stress. Les personnes présentant une IE élevée sont donc plus habiles pour décoder leurs émotions ainsi que celles des autres. Cela contribue donc à une collaboration plus efficace et constitue donc un atout majeur dans la performance au travail et dans la qualité des soins (Karimi et al., 2021).

Un auteur, Daniel Goleman, a également démocratisé et étendu ce terme d'intelligence émotionnelle via son livre s'intitulant « *L'intelligence émotionnelle* » publié la première fois en mille neuf-cent nonante-cinq (Goleman, D, 1995). Cependant, le terme « *d'intelligence émotionnelle* » a engendré des controverses au sein de la communauté scientifique car ces derniers attribuaient plutôt le terme « *intelligence* » aux habiletés cognitives (Mikolajczak et al., 2023). Dès lors, nous allons nous intéresser aux compétences émotionnelles.

2.3. Les compétences émotionnelles

Le concept qui tient une place centrale au sein de ce mémoire est celui des compétences émotionnelles. Ce concept connaît un essor au cours des années nonante. Ce concept fait suite à celui de l'intelligence émotionnelle.

2.3.1. Compétences

Étymologie et définition

Les compétences émotionnelles définissent la capacité à identifier, comprendre, exprimer, gérer et utiliser ses émotions ressenties ainsi que celles des autres. Ces compétences ont un rôle indispensable dans la santé physique, mentale, les relations sociales ainsi que la performance professionnelle (Mikolajczak et al., 2023).

Histoire de la notion de compétences émotionnelles

Nous pouvons citer différents précurseurs de ce concept. En effet, dès mille neuf-cent vingt, l'importance de « *l'habileté à identifier ses propres états internes, motivations et comportements (ainsi que ceux des autres), et à interagir avec autrui de manière optimale sur base de ces informations* » est mise en évidence (Mikolajczak et al., 2023). De plus, selon Gardner, il est intéressant d'ajouter, au terme « *intelligence classique* », le terme « *d'intelligence personnelle* » qui se subdivise en intelligence interpersonnelle et intrapersonnelle. Cette dernière se caractérise par la capacité à différencier et nommer les émotions pour obtenir une meilleure compréhension de son comportement et ainsi mieux l'orienter (Gardner, 1983). Pour ce qui est de l'intelligence interpersonnelle, elle se caractérise par la capacité à distinguer ce qui différencie les individus en termes d'humeurs, de tempérament, de motivation et d'intention. Cette intelligence-ci permet à l'être humain de pouvoir identifier les désirs de l'autre, même si ceux-ci sont dissimulés.

Ces avancées conduisent Salovey et Mayer à proposer le concept d'« *intelligence émotionnelle* » qui engloberait « *la capacité à identifier les émotions, à générer les émotions adéquates pour faciliter la pensée, à comprendre les émotions et à gérer ses émotions de manière à promouvoir la croissance émotionnelle et intellectuelle* » (Mayer, Salovey et Caruso, 2004, p.197 cités dans Mikolajczak et al., 2023).

2.3.2. Les compétences émotionnelles de base

La plupart des chercheurs s'accordent sur l'idée que les compétences émotionnelles se rattachent à cinq grandes compétences. Celles-ci étant la manière dont les individus identifient, comprennent, expriment, régulent et utilisent leurs émotions et celles des autres. Ces compétences se subdivisent en trois niveaux distincts : les connaissances, les habiletés et les dispositions (Mikolajczak et al., 2023). Le premier niveau des connaissances correspond à l'ensemble des connaissances explicites et implicites qu'un individu possède. Le second niveau se rattache à la capacité à appliquer des connaissances dans une situation qui suscite des

émotions. Le troisième niveau concerne la manière dont un individu va se comporter dans des situations émotionnelles. Ces trois niveaux sont interconnectés mais ne sont pas entièrement corrélés.

2.3.3. Les catégories

Identifier

La notion de compétence émotionnelle est importante car il s'agit de la capacité à identifier et à nommer les émotions ressenties ainsi que celles des autres (Mikolajczak et al., 2023). L'identification des émotions constitue une compétence fondamentale pour permettre à un individu de s'ajuster à son environnement. De nombreuses recherches soulignent que l'alexithymie, qui se traduit par des difficultés à identifier, comprendre et exprimer ses émotions, impacte à la fois la santé mentale, physique mais également les relations sociales. Cela sous-tend donc le fait que la capacité à identifier ses émotions et celles des autres constitue une dimension transversale indispensable à l'épanouissement social et à la santé (Nélis, D., 2014 citée dans Mikolajczak et al., 2023). Les personnes éprouvant des difficultés à identifier et à exprimer leurs émotions sont plus à risque de souffrir de dépression que les personnes qui y parviennent (Mikolajczak et al., 2023).

Identifier ses propres émotions

Il s'agit ici d'une compétence fondamentale car le fait de pouvoir identifier ses émotions est indispensable pour permettre ensuite de les gérer. Pour reconnaître ses émotions, il est aussi important d'être attentif à ce que l'on ressent et aux signes physiologiques (Mikolajczak et al., 2023). En effet, les émotions peuvent être considérées comme un indicateur de satisfaction de nos besoins car elles nous permettent d'identifier si nos besoins sont satisfaits ou non (Kotsou, 2014a).

Identifier les émotions d'autrui

Le fait de pouvoir identifier les émotions d'autrui est précieux car cela nous indique l'état émotionnel dans lequel se trouve notre interlocuteur. Il s'agit d'un indicateur de la qualité et de l'état des relations que nous entretenons avec autrui. En effet, des émotions négatives peuvent indiquer des tensions tandis que lorsqu'elles sont positives, elles reflètent le fait que la relation a une bonne dynamique. Les émotions de l'interlocuteur sont souvent le reflet de ses besoins et attentes. La faculté à identifier les émotions d'autrui joue un rôle clé dans l'adaptation sociale (Mikolajczak et al., 2023).

Comprendre

La capacité de comprendre ses émotions ou celles d'autrui est très précieuse car elle permet de pouvoir identifier quel est l'élément déclencheur d'une émotion ainsi que les effets qu'elle peut produire. Cela permet également de relier certaines émotions ressenties à une situation et ainsi mieux anticiper les éventuelles émotions qui vont être engendrées (Mikolajczak et al., 2023). Dans une situation stressante, la majorité des individus vont éprouver des émotions négatives. Les émotions ressenties vont dépendre des croyances et du contexte dans lequel elles surviennent (Predatu, David et Maffei, 2020).

Exprimer

Pour construire et établir des liens affectifs, il est important d'exprimer et de partager ses émotions avec les autres (Kotsou, 2014b). L'émotion tient une fonction informative car elle permet de véhiculer un message.

Réguler

La régulation émotionnelle consiste à modifier son émotion à travers différents processus. Cela permet notamment de modifier différents éléments tels que le type d'émotion, son intensité, sa durée et d'autres composantes spécifiques. La régulation émotionnelle est utile pour diminuer mais aussi augmenter l'intensité des émotions (Gross, 2008 cité dans Mikolajczak et al., 2023). La régulation des émotions, notamment négatives est la forme la plus courante et est destinée, entre autres, à conserver un fonctionnement optimal. Ces diverses modifications ne servent pas uniquement à réguler des émotions négatives, elles permettent aussi de contrôler les émotions positives. À ce jour, il existe quatre types de régulation émotionnelle dont les deux principaux sont l'augmentation des émotions positives et la diminution des émotions négatives (Gross et al., 2006 cités dans Mikolajczak et al., 2023). Cependant, dans des cas plus rares, certains individus pratiquent l'augmentation des émotions négatives et la diminution des émotions positives. Cela leur permet de répondre au mieux à certaines normes sociales, personnelles ou professionnelles afin de s'adapter de manière adéquate à la situation.

La régulation émotionnelle joue donc un rôle essentiel au sein de cinq domaines de la vie quotidienne que voici (Mikolajczak et al., 2023) :

- Les relations sociales : Selon Lopes, Schutte et Gross, les personnes ayant des difficultés de régulation émotionnelle sont plus susceptibles d'expérimenter des conflits interpersonnels. Ils sont également moins appréciés et plus souvent isolés sur le plan

social et n'ont pas beaucoup d'amis (Gross, 2002 ; Lopes et al., 2005 ; Schutte et al., 2001 ; cités dans Mikolajczak et al., 2023).

- La performance : Il a été constaté que les étudiants et les travailleurs moins performants, rencontrent des difficultés à réguler les émotions qu'ils ressentent. En effet, ne pas pouvoir gérer son anxiété, l'enthousiasme ou encore l'ennui peut avoir un impact majeur sur la performance. Ainsi, certains individus, éprouvant des difficultés de gestion émotionnelle, sont plus à risque de se retrouver au chômage ou d'échouer dans leur cursus scolaire (Mikolajczak, Luminet, Leroy et Roy, 2007 cités dans Mikolajczak et al., 2023).
- Le bien-être : Dans la même lignée que les éléments énoncés ci-dessus, la qualité de vie est inférieure auprès des personnes ayant des difficultés à gérer leurs émotions et sont généralement moins épanouies. Aussi, ces mêmes personnes sont plus à risque de faire un burn-out (Gross 1995 ; Mikolajczak 2007 cités dans Mikolajczak et al., 2023).
- La santé physique : La façon dont les émotions s'expriment physiquement et biologiquement a un impact sur la santé en tant que telle. En effet, éprouver des difficultés à gérer ses émotions négatives peut entraîner une aggravation du risque de développer certaines maladies telles que les maladies cardiovasculaires, gastro-intestinales, le diabète et même certains cancers. En effet, la libération d'agents chimiques intervenant dans certaines émotions peut être positive à court terme mais délétère à long terme (Mikolajczak et al., 2023).
- La gestion des ressources : Généralement, les personnes sachant gérer leurs émotions sont plus aptes à poser des décisions judicieuses (Mikolajczak et al., 2023).

Utiliser

L'utilisation des émotions est un élément vaste et important car les émotions influencent les processus cognitifs. Elles influencent tant nos pensées que nos comportements. La nature de l'émotion va influencer la tâche à réaliser (Mikolajczak et al., 2023).

2.3.4. Les compétences émotionnelles et la pratique des soins

Les compétences émotionnelles permettent aux soignants de communiquer plus efficacement avec les patients notamment grâce à leur capacité à comprendre et à utiliser les émotions dans les prises de décisions. Cette forme d'intelligence peut être perçue comme un facteur protecteur de la santé car elle permet de diminuer le stress en augmentant la résistance aux situations qui

le génèrent. De plus, les personnes qui parviennent à établir et maintenir des relations saines avec leurs collègues ressentent généralement plus d'émotions positives que celles qui n'ont pas de réelles relations ou de liens établis avec leurs pairs. Ces derniers sont donc moins performants au travail et ressentent donc moins de satisfaction dans l'accomplissement de ce qu'ils exercent. Cela montre à quel point les émotions sont indispensables dans les interactions humaines. Cela permet, dans le cadre des soins de santé, d'établir un lien thérapeutique et d'instaurer une confiance mutuelle. Parfois même jusqu'à déterminer certains comportements de santé. La qualité des pratiques ainsi que le bien-être peuvent être impactés par un manque de discrimination des émotions et ainsi induire le risque d'épuisement ou encore de désengagement. Comme énoncé précédemment, l'intelligence émotionnelle permet aux individus de mieux gérer leurs émotions et répondre de manière plus adéquate et adaptée aux exigences quotidiennes. Dans le monde des soins de santé, les soignants ayant une intelligence émotionnelle développée sont aptes à faire face à des situations stressantes ou anxiogènes. Malgré ces émotions, ils restent capables de se concentrer sur leurs tâches et prendre soin du patient car ils parviennent à ajuster leurs comportements après avoir traité l'information émotionnelle ressentie. Ce type de soignant est donc plus apte à adapter son comportement instantanément et ainsi limiter le risque de détresse psychologique. La détresse émotionnelle peut avoir une corrélation avec l'administration de mauvais soins aux patients ainsi qu'à des pratiques professionnelles non optimales. Ces éléments peuvent avoir des effets délétères sur la santé des soignants (Tagne et al., 2021).

Machado et al. (2025) mettent en évidence l'importance d'intégrer les compétences émotionnelles au sein des soins afin d'en améliorer la qualité, la sécurité et également de les humaniser. Ces compétences s'avèrent précieuses puisqu'elles facilitent une prise de décision éthique et empathique face à des situations complexes.

2.3.5. Les compétences émotionnelles et la performance professionnelle

Les compétences émotionnelles tiennent un rôle indispensable dans la réussite professionnelle et personnelle (Khademi et al., 2021). Généralement, on observe une meilleure performance au travail auprès des personnes qui sont aptes à gérer efficacement leurs émotions (Hashmi et al., 2024 ; Mehralian et al., 2025 ; Mikolajczak et al., 2023). Cela contribue donc également à prodiguer des soins de meilleure qualité (Quoidbach et al., 2009 cités dans Mikolajczak et al., 2023). Il est aussi intéressant de mentionner le fait que les compétences émotionnelles sont également nécessaires pour améliorer la fidélisation des patients (Mai, P.T., et al., 2024).

D'autres recherches vont plus loin en concluant que l'implémentation de formations sur les compétences émotionnelles dans les programmes de soins de santé représente un véritable atout, notamment pour réduire l'épuisement professionnel et accroître la satisfaction au travail (Hashimi et al., 2024 ; Mehralian et al., 2025).

2.4. Les compétences psychosociales

2.4.1. Définition

Dans les années mille neuf-cent nonante, ce concept a été défini par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Les compétences psychosociales (CPS) se définissent comme « *la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est la capacité d'une personne à maintenir un état de bien-être subjectif qui lui permet d'adopter un comportement approprié et positif à l'occasion d'interactions avec les autres, sa culture et son environnement. La compétence psychosociale joue un rôle important dans la promotion de la santé dans son acception large renvoyant au bien-être physique, psychique et social* ».

Elles sont reconnues comme étant des compétences déterminantes pour le bien-être, la santé physique et psychique ainsi que pour la réussite (Lambooy, 2021).

En d'autres termes, les compétences psychosociales sont un ensemble de compétences et de capacités permettant de faire face aux situations quotidiennes, favorisant ainsi le bien-être physique, psychologique et social. Ces différentes compétences contribuent donc à une meilleure insertion professionnelle et à prévenir certains comportements défavorables. Une multitude de recherches a démontré que les CPS ont des effets bénéfiques et sont aujourd'hui intégrées dans certaines politiques publiques (Santé publique France, 2022).

Un peu plus tard, dans les années deux-mille, l'OMS décide de regrouper les CPS en trois grandes catégories, selon les composantes psychologiques. Il y a les compétences cognitives, émotionnelles et sociales (Lambooy, 2021). Il est important de préciser que ces compétences et capacités sont interconnectées (Santé publique France, 2022).

2.4.2. Compétences cognitives

Ces compétences correspondent à la capacité d'une personne à prendre des décisions, résoudre des problèmes, avoir une pensée critique et faire preuve d'auto-évaluation (Lambooy, 2021). Ces compétences renforcent donc les capacités de conscience de soi, de choix et de résolution de problème (Santé publique France, 2022).

Compétences émotionnelles

Comme explicité précédemment en détail, ces compétences englobent la capacité d'identification, de compréhension, d'expression, de gestion et d'utilisation de ses émotions et celles des autres (Lamboey, 2021 ; Santé publique France, 2022).

2.4.3. Compétences sociales

Ces compétences comprennent la capacité d'une personne à communiquer de manière efficace, à faire preuve d'empathie, à faire preuve de coopération et de collaboration. Ces compétences nécessitent donc d'utiliser sa capacité à dialoguer, tenir une discussion avec un interlocuteur et développer des interactions ainsi que des liens positifs avec autrui (Lamboey, 2021). Ces compétences contribuent donc à établir, développer des relations et avoir une communication efficace et constructive (Santé publique France, 2022).

2.5. La qualité du soin

La qualité du soin est une forme de complémentarité entre des éléments qui sont objectivables et non-objectivables. La qualité dépend à la fois de critères mesurables et de compétences humaines, plus difficilement quantifiables. Ces deux dimensions sont complémentaires et jouent un rôle judicieux dans la mise en pratique de soins de qualité (Hesbeen, 2017).

Actuellement, la qualité peut se définir comme la conformité aux exigences préétablies pour un service. Il s'agit d'une approche qui doit s'ancrer dans des repères concrets, opérationnels, susceptibles d'être reliés, par les professionnels, à leur pratique quotidienne. Développer cette culture de la qualité suppose donc d'identifier collectivement les exigences qui permettent de guider les pratiques et d'en soutenir l'évolution. Certaines exigences imposées par la législation constituent un socle sur lequel viennent se greffer des actions d'amélioration de la qualité (Hesbeen, 2024).

En d'autres termes, la qualité est une forme de conformité aux exigences établies mais elle dépasse cette simple dimension normative et devient ainsi un cadre d'action, d'évaluation et d'amélioration continue des pratiques professionnelles. Cette notion peut être comprise à travers trois niveaux complémentaires qui participent à la qualité du soin : les prescriptions légales et réglementaires, les bonnes pratiques fondées sur des données probantes et la dimension éthique, qui permet de relier ces exigences à la réalité humaine du soin (Hesbeen, 2024).

Selon David L. Sackett (cité dans Hesbeen, 2024), la qualité du soin naît de l'articulation entre les connaissances scientifiques, le jugement clinique et les besoins du patient. Ainsi, la qualité éthique se situe au croisement de la conformité, des compétences et de l'humanité, traduisant ainsi la responsabilité partagée des professionnels dans la construction d'une pratique à la fois rigoureuse et porteuse de sens

Dans les métiers centrés sur la relation humaine, la qualité de la pratique ne dépend pas uniquement des connaissances ou de l'application de techniques spécifiques. Elle repose aussi sur une démarche réflexive et éthique, développée collectivement au sein des équipes. Chaque situation, singulière et complexe, exige une adaptation constante ainsi qu'une capacité d'analyse de la situation. Ainsi, la qualité dépend autant des compétences mobilisées que de la capacité des professionnels à exercer leur discernement et à agir de manière juste, responsable et éthique dans leur pratique quotidienne. La recherche collective de la qualité s'inscrit avant tout dans une démarche éthique qui dépasse la simple maîtrise de connaissances techniques ou scientifiques. Elle repose sur une attention partagée ainsi que sur l'engagement des professionnels à donner du sens à leurs pratiques quotidiennes. Cette réflexion commune autour du « bien faire ensemble » favorise la cohésion des équipes et renforce la volonté de rendre les pratiques plus humaines et adaptées aux besoins des personnes. En valorisant la place et la contribution de chacun, cette culture de la qualité nourrit un sentiment de reconnaissance et de satisfaction professionnelle, en lien avec un engagement collectif fondé sur des valeurs communes et porteuses de sens pour la personne accompagnée (Hesbeen, 2024).

Dans cette perspective, les approches plus humanistes du soin rejoignent les définitions plus institutionnelles, dans la mesure où toutes visent à garantir à la fois l'efficacité, la pertinence et le sens des pratiques professionnelles (Hesbeen, 2024).

2.6. La qualité des soins

Avant de poursuivre, il est intéressant de s'arrêter également sur la qualité des soins. Cette notion a longtemps été définie par les professionnels de santé ainsi que par les chercheurs en sciences de la santé. Aujourd'hui, la qualité des soins évolue progressivement vers une approche davantage centrée sur les patients. Cette évolution de point de vue reflète une reconnaissance croissante accordée aux valeurs, aux besoins et aux attentes des personnes dans l'évaluation des soins (Busse et al., 2019).

2.6.1. Les dimensions de la qualité des soins

La qualité repose sur six dimensions complémentaires (Gerken et al., 2024) :

- L'efficacité correspond au degré d'atteinte des résultats de santé souhaités grâce à la mise en place de prestations de soins appropriées. Elle vise à assurer que les interventions réalisées produisent les effets escomptés sans exposer inutilement les patients à des traitements non pertinents.
- L'adéquation désigne la capacité des soins de santé à répondre de manière appropriée aux besoins cliniques des patients tout en s'appuyant sur les données probantes. Cela renvoie à la pertinence et à la conformité des interventions médicales par rapport aux recommandations de pratique clinique et traduit la capacité du système de santé à dispenser des soins adaptés aux besoins des patients.
- La sécurité renvoie à la capacité du système à éviter tout préjudice au patient, c'est-à-dire dispenser des soins qui ne nuisent pas au patient. Cela vise donc à réduire les risques ainsi que les événements indésirables liés à la prestation de soins.
- La continuité correspond à la capacité du système de santé à assurer un parcours de soins cohérent, fluide et coordonné pour chacun, et ce, entre les différents prestataires, institutions et niveaux de soins. En d'autres termes, il s'agit d'organiser des soins de santé continus, sans rupture ni entre les différents professionnels, ni dans le temps. Cette continuité repose sur quatre dimensions : la continuité de l'information, la continuité relationnelle, la continuité entre l'hôpital et les soins de première ligne ainsi que la continuité de la coordination.
- Le soin centré sur la personne renvoie à une approche holistique qui reconnaît les besoins, préférences et objectifs personnels de chaque individu. Elle vise donc à donner à chacun le pouvoir de prise de décisions éclairées sur sa santé et contribue ainsi activement à la gestion de son bien-être. Cette approche repose sur une collaboration étroite entre les professionnels de santé afin d'adapter les soins aux capacités, modes de vie et valeurs de chacun. Elle contribue ainsi à améliorer l'expérience globale du patient tout en réduisant les risques de fragmentation des soins.
- L'équité signifie une absence de disparités dans l'accès et la manière de prodiguer les soins de santé. En d'autres termes, il s'agit d'une distribution juste dans l'accès et la manière dont les soins sont dispensés.

Dans ce cadre, les approches contemporaines mettent l'accent sur des soins personnalisés, accessibles et centrés sur la personne, des dimensions étroitement liées à la satisfaction des patients (Stavropoulou et al., 2022). D'ailleurs, au sein de l'étude menée par Stavropoulou et al. (2022), les participants ont décrit la qualité des soins infirmiers comme approche holistique centrée sur le patient. Elle se manifeste par une communication efficace, la recherche de meilleurs résultats cliniques, la mobilisation de compétences et de connaissances appropriées, ainsi que par la satisfaction et la réponse aux besoins du patient.

2.6.2. États des lieux en Belgique

La Belgique se distingue par un système de santé performant et reconnu pour la qualité des soins médicaux. La population témoigne d'une certaine confiance à l'égard du système de santé du pays, perçu comme sûr et efficace. Cette confiance repose notamment sur des procédures d'accréditation³ et des démarches d'amélioration continue de la qualité au sens large (Groupe d'experts de la Conférence interministérielle Santé publique, 2025).

Certaines recherches établissent un lien significatif entre le niveau d'intelligence émotionnelle des soignants et la qualité des soins. En effet, comme discuté précédemment, des compétences émotionnelles élevées favorisent des soins dispensés de manière plus efficace et plus qualitative (Khademi et al., 2021). Les compétences émotionnelles sont essentielles à l'amélioration de la qualité des pratiques ainsi que la satisfaction des patients. Il est important de mentionner que la fidélisation des patients repose aussi sur la qualité des pratiques fournies. En effet, les auteurs font le rapprochement entre les compétences émotionnelles et la qualité des soins. Selon leur recherche, les CE contribuent à permettre aux professionnels de santé de fournir des interventions bienveillantes notamment à travers la manière de gérer leurs interactions (Mai, P. T., et al., 2024). Les compétences émotionnelles sont cruciales dans l'amélioration de la qualité des pratiques (Karimi et al., 2021 ; Qweidat et al., 2024).

L'une de ces études souligne également que ces compétences contribuent positivement à obtenir un meilleur engagement des soignants, favorisant une efficacité organisationnelle supérieure ainsi qu'un meilleur accompagnement thérapeutique. En effet, ces compétences émotionnelles réduisent les comportements indésirables ainsi que les conflits (Qweidat et al., 2024). D'autres études ont confirmé que l'ensemble des dimensions des compétences émotionnelles est lié à la

³ Il s'agit d'une déclaration formelle rédigée et délivrée par un organisme national d'accréditation. Cela permet d'attester qu'une organisation répond à des normes préétablies de conformité.

perception des patients concernant la qualité des pratiques (Askari et al., 2020 ; Nightingale et al., 2018, cités dans Dugué et al., 2018).

Pour conclure, l'amélioration des compétences émotionnelles au sein des soins de santé pourrait favoriser la qualité des pratiques et ainsi accroître la satisfaction des patients. Cela peut également permettre de réduire les coûts hospitaliers. Les professionnels sont considérés comme des indicateurs importants concernant la qualité des pratiques. Évaluer la qualité auprès de ces intervenants est intéressant car cela permet de mesurer la qualité des soins d'un autre point de vue que celui des patients (Khademi et al., 2021).

3. Méthodologie

3.1. Introduction

Les recherches établies en première partie de ce travail m'ont permis d'approfondir ma compréhension des différentes thématiques abordées telles que les émotions, les compétences émotionnelles et psychosociales ainsi que la qualité du soin et la qualité des soins. Par la suite, je me suis intéressée aux liens possibles entre ces compétences et l'influence que cela peut avoir sur la qualité des pratiques perçue par les professionnels de santé.

3.1.1. Objectif de la recherche

Au sein de cette partie, l'objectif est d'établir un lien entre les éléments théoriques et les données récoltées afin d'en proposer une compréhension approfondie et représentative du terrain. Dans un premier temps, la méthodologie utilisée sera présentée, puis, l'élaboration du guide d'entretien, la collecte des données et leur analyse seront exposées. Cette démarche permettra d'obtenir des résultats susceptibles de répondre à la question de recherche initialement posée : *« De quelle manière les compétences émotionnelles et psychosociales contribuent-elles à la qualité perçue des pratiques soignantes et quels obstacles et leviers rencontrent les professionnels de santé pour leur mise en œuvre ? »*

3.2. Choix des méthodes

Afin d'isoler des pistes de réponse à la question de recherche, il est préférable d'avoir recours à une recherche exploratoire qualitative. En effet, cela va permettre d'obtenir les ressentis et le vécu des professionnels. Pour ce faire, trois méthodes complémentaires ont été mobilisées : une recherche documentaire, des entretiens avec des témoins privilégiés ainsi que des entretiens semi-directifs auprès d'acteurs de terrain issus de différentes professions du secteur des soins.

À l'issue de ces entretiens, les résultats obtenus seront répartis sous différentes thématiques afin de pouvoir présenter les résultats les plus saillants pour ensuite analyser ces données le plus précisément et fidèlement possible.

3.2.1. Approche qualitative

L'approche qualitative est particulièrement pertinente dans la cas d'une recherche exploratoire de ce type étant donné qu'elle repose sur le vécu et les perceptions subjectives des participants. Il est important de mentionner qu'aucune hypothèse préalable n'a été émise, ce sont les données recueillies qui permettront de faire émerger certains éléments de réponse afin de tenter de répondre à la question de recherche émise préalablement.

Centrée sur les expériences et perceptions, cette approche permet d'explorer un sujet encore peu étudié sous cet angle dans la littérature scientifique. Elle contribue ainsi à mieux comprendre les comportements et expériences des professionnels et ainsi potentiellement mettre en évidence des éléments de réponse pouvant établir des liens entre les thématiques analysées.

3.2.1. Recherche documentaire

Dans le contexte de cette recherche exploratoire, une recherche documentaire a tout d'abord été menée afin d'identifier l'existence de littérature scientifique portant sur cette thématique et, au-delà de cela, si celle-ci apportait des éléments de réponse à la question de recherche.

Des mots-clés ont été introduits dans les bases de données scientifiques adaptées afin d'isoler des données scientifiques pertinentes. Les bases de données consultées sont PubMed, Science Direct, Cinahl et Cairn avec des dates de publication comprises entre 2016 et 2026. Les articles en anglais et en français ont été retenus.

Les mots-clés encodés sont : *psychosocial competencies, psychosocial care, emotional competencies, emotional expression, emotional intelligence, emotion, regulation, quality care, quality of healthcare.*

3.3. Rencontre avec les témoins privilégiés

Afin d'enrichir l'analyse et d'élargir la réflexion sur la problématique étudiée, des entretiens ont été réalisés auprès de témoins privilégiés. Sélectionnés en raison de leur expertise et de leur expérience professionnelle, ces intervenants ont apporté un éclairage approfondi et contextualisé sur la thématique étudiée. Cela a ainsi favorisé une meilleure compréhension des enjeux développés dans ce mémoire.

La prise de contact a été effectuée par courrier électronique, dans lequel le sujet de recherche ainsi que les objectifs de la démarche ont été présentés en vue de solliciter leur accord de participation. Les entretiens ont été enregistrés avec leur consentement préalable, puis intégralement retranscrits afin de garantir une restitution fidèle de leurs propos et d'assurer la rigueur de l'analyse.

Les quatre témoins privilégiés sont présentés ci-après, selon l'ordre chronologique de réalisation des entretiens. Les fonctions exercées sont également mentionnées dans l'ordre dans lequel elles ont été occupées.

- **Témoin 1** : Infirmière, infirmière en chef dans un service de revalidation.
- **Témoin 2** : Infirmière (en pédiatrie, auprès d'adultes et de personnes âgées), infirmière en chef, cadre adjointe à la direction. Elle a exercé un rôle central dans la coordination pluriprofessionnelle, la formation continue et le management d'équipe.
- **Témoin 3** : Infirmière dans les urgences psychiatriques, puis infirmière urgentiste dans un hôpital général, elle exerce ensuite comme coordinatrice de formation aux logiciels de gestion des dossiers patients.
- **Témoin 4** : Assistante sociale, responsable adjointe du service social et coordinatrice du trajet de soin du patient.

Un guide d'entretien spécifique a été élaboré pour chacun des témoins, en prenant en compte leur domaine d'activité professionnelle et d'expertise. Les différents guides présentaient tous des questions ouvertes afin de permettre aux participants de s'exprimer librement et ainsi favoriser un échange et une discussion spontanée.

L'analyse de chacun des entretiens a été réalisée à l'aide de la méthode d'analyse thématique.

3.4. Entretiens semi-directifs

Dans le cadre de cette recherche, des entretiens semi-directifs ont été menés auprès de participants issus du milieu des soins de santé, exerçant des professions différentes dans des contextes de pratiques variés et présentant des niveaux d'ancienneté distincts. Cette diversité d'expériences professionnelles visait à recueillir des perspectives complémentaires afin d'enrichir et de confronter différents vécus et points de vue. Dans ce cas-ci, le recours aux entretiens semi-directifs est particulièrement pertinent étant donné le souhait d'obtenir des données contextualisées.

Les entretiens ont été menés à partir d'un guide d'entretien structuré et basé sur les thématiques principales qui structurent ce travail de recherche. Les questions, formulées de manière ouverte visaient à ne pas induire de réponse et à permettre une certaine liberté d'expression aux participants. Cette approche permet d'adapter le questionnement à l'interlocuteur, à son vécu et de faciliter le partage de points de vue et d'expériences propres à chacun.

3.5. Sélection de l'échantillon

La sélection des participants s'appuie sur des critères d'inclusion spécifiques, définis en amont de la collecte de données. Les participants qui ont pris part à cette étude répondaient à plusieurs critères d'inclusion préétablis. Tout d'abord, seuls les professionnels de santé ayant une expérience professionnelle d'au moins trois ans ont été retenus. Ce critère permettait de s'assurer d'une prise de recul suffisante pour la thématique étudiée. Ensuite, les participants devaient être quotidiennement en contact étroit et direct avec les patients. Plus précisément, ils devaient assurer un suivi régulier des patients s'inscrivant dans une temporalité allant de plusieurs semaines, à plusieurs mois, sans interruption de suivi. Cette exigence visait à inclure des professionnels engagés dans une relation thérapeutique continue, propice au développement et à l'expression des compétences psychosociales et émotionnelles. Enfin, les hommes et les femmes étaient invités à participer à cette étude. Par ailleurs, l'étude était ouverte à l'ensemble des professionnels de santé, dès lors que les critères précédemment énoncés étaient respectés.

Afin d'assurer l'homogénéité de l'échantillon, les professionnels dont l'activité principale repose sur une approche psychologique ou neuropsychologique ont été exclus. Ce choix méthodologique vise à limiter les biais dans l'évaluation des compétences émotionnelles et psychosociales. En effet, ces professionnels bénéficient d'une formation initiale et continue spécifiquement centrée sur les dimensions relationnelles, émotionnelles et cognitives, ce qui était susceptible d'influencer les résultats.

Ces éléments ont permis d'identifier et de sélectionner des participants disposant d'une expérience pertinente au regard de l'objectif de la recherche. Ce mode d'échantillonnage, intentionnel et sélectif, a été privilégié afin de répondre de manière plus précise à la question de recherche et ainsi enrichir l'analyse des résultats.

L'échantillon est présenté ci-dessous dans le « *tableau 1* ». Il se compose majoritairement de femmes âgées de 25 à 40 ans. Seulement deux hommes, âgés entre 25 et 50 ans, ont pris part à cette recherche. La prédominance féminine observée au sein de l'échantillon n'est en aucun cas liée à une exclusion volontaire des hommes mais semble potentiellement associée au secteur professionnel étudié, majoritairement occupé par des femmes. L'expérience professionnelle des participants varie de 3 à 25 ans.

Participants	Sexe	Âge	Profession	Milieu de pratique	Ancienneté	Modalité de l'entretien
A	♀ Femme	25 ans	Ergothérapeute	Hôpital de jour en neurologie	3 ans	Face à face
B	♀ Femme	28 ans	Ergothérapeute	Cardiologie	5 ans	Face à face
C	♀ Femme	27 ans	Ergothérapeute	Multi-secteurs / volante	4 ans	Face à face
D	♂ Homme	25 ans	Kinésithérapeute	Cabinet / Domicile / MRS	3 ans	Face à face
E	♂ Homme	50 ans	Kinésithérapeute	Cardiologie	25 ans	Face à face
F	♀ Femme	28 ans	Infirmière	Neuro-locomoteur	4 ans	Face à face
G	♀ Femme	35 ans	Infirmière	Domicile / Neurologie	10 ans	Face à face

Tableau 1 : Présentation des participants et modalité des entretiens.

3.6. Sélection des participants

Le recrutement des participants s'est premièrement déroulé au sein de mon réseau professionnel construit sur base de mes expériences professionnelles passées et actuelles. Cela a permis d'obtenir des participants issus de différentes institutions et secteurs d'activité. Par ailleurs, la méthode dite « boule de neige » a permis d'obtenir davantage de réponses. En effet, cette méthode consiste à demander à chacun des participants, en fin d'entretien, si ceux-ci connaissent des personnes intéressées et correspondant aux critères d'inclusion, qui pourraient apporter un éclairage à cette recherche.

3.7. Considération éthique

La sollicitation du comité éthique n'a pas été requise dans le cadre de cette recherche. En effet, l'étude porte exclusivement sur les données récoltées auprès de professionnels de santé. De ce fait, ce travail n'inclut aucune donnée médicale, ni implication de patients. Par conséquent, aucune procédure spécifique auprès d'un comité éthique n'a été nécessaire.

3.8. Test et ajustements du guide d'entretien

Après son élaboration, le guide d'entretien a fait l'objet d'un pré-test avant la réalisation des entretiens, dans le but d'en évaluer la pertinence, la clarté des questions et d'identifier d'éventuelles limites ou lacunes. Cela m'a permis de me familiariser avec le guide, facilitant ainsi la conduite des entretiens et la capacité à rebondir sur les propos des participants, tout en privilégiant la qualité de la relation et de l'échange. Grâce à cela, je me suis sentie plus à l'aise en menant les entretiens.

3.9. Guide d'entretien

Le guide d'entretien a été réalisé sur base de grandes thématiques issues du sujet de recherche et de la mise en contexte. La rédaction a débuté par une partie d'introduction destinée à instaurer un climat de confiance, de me présenter ainsi qu'à présenter le sujet de recherche, de garantir l'anonymat et d'obtenir le consentement à l'enregistrement. Ensuite, les grandes catégories qui guident ce travail ont permis de le structurer et de maintenir un fil conducteur entre chacune des questions. Des questions ouvertes et des questions de relances ont permis une certaine liberté de réponse durant l'entretien. Chacun des entretiens a été clôturé par une question ouverte invitant le participant à aborder une réflexion qui n'aurait pas été abordée ou des pistes d'amélioration. Ceci permettant ainsi de laisser une place aux éventuels ajustements ou apports personnels qui auraient potentiellement été omis.

3.10. Analyse des données : stratégies

Les entretiens réalisés auprès des professionnels de santé ont permis de collecter des données qualitatives riches et approfondies. Cependant, avant de pouvoir être présentées et exploitées dans le cadre de l'analyse, ces informations doivent faire l'objet d'un traitement rigoureux. Grâce au consentement oral des participants, les entretiens ont pu être enregistrés via l'application « *dictaphone* ». L'intégralité des entretiens a donc ensuite pu être intégralement retranscrit sous forme de verbatim. Ensuite, les entretiens ont été lus à de multiples reprises. Les résultats les plus saillants ont été mis en évidence et classés par thématiques pour ensuite être présentés dans la rubrique « *résultats* » qui succédera celle-ci. Il est important de préciser que les résultats obtenus ne sont pas généralisables à l'ensemble de la population étant donné le contexte d'étude défini. Cependant, ces résultats peuvent être transférables à la population dont les caractéristiques se rapprochent de celles de l'échantillon étudié permettant ainsi une perspective applicable dans des contextes comparables.

4. Résultats

Ce chapitre permet de structurer et de présenter les résultats obtenus. Ceux-ci sont divisés en trois parties distinctes afin d'en faciliter la compréhension. Premièrement, les résultats issus de la littérature scientifique, deuxièmement ceux issus des entretiens auprès de témoins privilégiés et troisièmement, ceux obtenus auprès des participants. Les résultats ont été examinés en profondeur et les éléments importants qui en ressortent sont présentés ci-après.

4.1. Résultats de la recherche documentaire

4.1.1. La qualité des soins du point de vue des professionnels

Dans l'étude menée par Stravropoulou et al. (2022), la qualité des soins est majoritairement définie comme une approche holistique du patient. Les participants de cette étude soulignent que les soins de qualité impliquent un accompagnement spécifique, ne se limitant pas à des aspects techniques, mais qui intègre les dimensions psychologiques et sociales. Comme l'illustre un participant, *« des soins de qualité sont des soins holistiques, cela signifie être capable de répondre à tous les besoins du patient, pas seulement s'occuper de son traitement »*. D'après cette étude, la qualité des soins englobe plusieurs aspects tels que la communication, l'efficacité, les compétences, les connaissances, la satisfaction et la réponse aux besoins du patient sans oublier les aspects managériaux et l'engagement personnel (Stravropoulou et al., 2022). Dans cette même idée, les résultats obtenus par Qweidat et al., (2024) évoquent que les compétences émotionnelles seraient déterminantes dans la qualité. En effet, selon cette recherche, les soignants disposant d'un niveau plus élevé d'intelligence émotionnelle, seraient plus susceptibles de fournir des soins de meilleure qualité. Ces éléments sont soutenus par une autre étude qui a relevé une corrélation positive entre les compétences émotionnelles et la qualité des soins (Karimi et al., 2021). Pour les auteurs, la qualité des pratiques est associée à un accompagnement particulier du patient, intégrant les dimensions physiques et émotionnelles.

4.1.2. La relation soignant-patient : fondement de la qualité

Dans cette perspective, les résultats de l'étude menée par Stravropoulou et al., (2022) mettent en évidence l'importance de la relation soignant-patient dans la qualité des pratiques. Les participants de cette étude insistent sur l'importance de la compréhension, de la confiance et de la qualité de la relation thérapeutique. Pour ces soignants interrogés au sein de cette même étude, la capacité à considérer le patient dans sa globalité et à faire preuve de compréhension sont décrits comme des éléments liés à la qualité des pratiques soignantes. Ainsi, un des

participants affirme : *« des soins de qualité consistent à prendre soin du patient dans sa globalité avec intérêt et compréhension, en répondant à tous ses besoins »*.

4.1.3. Le rôle des compétences émotionnelles et psychosociales

Les résultats issus de l'étude de Stravropoulou et al., (2022) et de Toluk et al., (2025) mettent en évidence la place des compétences émotionnelles et psychosociales dans la pratique des soins. Plus précisément, dans l'étude de Stravropoulou et al., (2022), les participants évoquent l'empathie, l'écoute et la capacité à entrer en relation avec le patient. À ce sujet, un participant explique : *« répondre aux besoins du patient, qu'ils soient psychologiques ou physiques, pour établir une relation de confiance avec lui »*.

Les résultats obtenus par Toluk et al. (2025) montrent que l'expression émotionnelle est décrite comme un élément clé dans l'amélioration des compétences psychosociales. Ces éléments sont également mis en évidence par les résultats obtenus au sein de plusieurs études qui démontrent une corrélation significative entre l'intelligence émotionnelle et la qualité des pratiques. Cela illustre donc que les soignants ayant des niveaux élevés d'intelligence émotionnelle sont plus susceptibles de fournir une meilleure qualité de soins (Karimi et al., 2021 ; Qweidat et al., 2024). Dans cette même perspective, les résultats de l'étude menée par Machado et al., (2025) mettent en évidence le rôle central des compétences émotionnelles dans la qualité des soins. En effet, un lien fort entre l'IE et les indicateurs de sécurité et de qualité a été observé. Les soignants disposant d'un niveau supérieur d'IE développent de meilleures compétences en communication ainsi qu'une plus grande adaptabilité, favorisant ainsi le travail d'équipe et l'intégration des pratiques dans les soins quotidiens. Par ailleurs, l'IE contribue de manière significative à l'amélioration du raisonnement clinique et à la prise de décision. Elle permet aux soignants de mieux gérer leurs émotions, d'interagir efficacement avec les patients et les collègues et d'adopter des décisions centrées sur les besoins du patient, renforçant ainsi la qualité globale des pratiques.

4.1.4. Les compétences professionnelles

Les résultats montrent que la qualité des pratiques repose également sur des compétences professionnelles solides. Dans l'étude menée par Stravropoulou et al. (2022), les participants soulignent l'importance de posséder des compétences pratiques et des connaissances théoriques adéquates. L'un d'eux précise : *« la qualité, c'est posséder des compétences pratiques nécessaires pour fournir des soins pertinents... et en même temps disposer des connaissances théoriques requises »*. Des données quantitatives, issues de l'étude de Mehralian et al. (2025)

et Hashimi et al. (2024) viennent compléter ces résultats. En effet, les chercheurs ont obtenu des données mettant en évidence une corrélation positive entre l'intelligence émotionnelle et la performance professionnelle. En d'autres termes, les résultats démontrent que les compétences émotionnelles permettent une meilleure adaptation aux exigences de travail.

4.1.5. La communication et la collaboration interprofessionnelle

Selon les participants de l'étude menée par Stravropoulou et al. (2022), la qualité des soins repose aussi sur une communication efficace et une collaboration étroite entre les professionnels de santé. La coordination des soins et le travail en équipe sont décrits comme des éléments déterminants d'une pratique cohérente et globale. Ainsi, l'un des participants en témoigne : *« des soins de qualité doivent être bien coordonnés afin de pouvoir fournir des soins holistiques et significatifs »*. Ces résultats sont renforcés par ceux obtenus au sein de l'étude de Machado et al. (2025) qui démontrent que les compétences émotionnelles favorisent la collaboration interprofessionnelle et qu'elles améliorent la communication entre les professionnels de santé. D'après les résultats, ces compétences facilitent le travail en équipe, notamment en renforçant l'adaptabilité et la compréhension des autres (Machado et al., 2025). Ainsi, les résultats de ces études mettent en évidence l'influence des compétences émotionnelles sur les compétences psychosociales, indispensables au sein de la coordination des soins (Stravropoulou et al., 2022 ; Machado et al., 2025).

4.1.6. Les facteurs organisationnels

Les résultats de l'étude de Stravropoulou et al. (2022) mettent en évidence plusieurs facteurs organisationnels associés à la qualité des pratiques. Les participants évoquent le manque de temps, la charge de travail élevée et les ressources limitées. L'un d'eux indique : *« je n'ai pas assez de temps pour m'occuper de mon patient comme je le devrais...cela me rend malheureux et affecte la qualité de mon travail »*. Un autre participant ajoute : *« nous sommes tous épuisés par le manque de personnel...nous sommes épuisés physiquement et émotionnellement »*.

4.1.7. Les facilitateurs

Au-delà des contraintes organisationnelles, les participants mettent en évidence des éléments qui, selon eux, favorisent la qualité des pratiques. Dans l'étude de Stravropoulou et al. (2022), les participants évoquent la formation et le développement des compétences. L'un d'eux indique : *« le personnel doit être formé pour faire face aux situations critiques, acquérir les connaissances et les compétences nécessaires, cela permettrait d'améliorer la qualité des soins »*. La coopération entre les professionnels de santé est également mentionnée : *« c'est*

notre devoir personnel de construire une coopération solide entre tous ces professionnels...afin que rien ne puisse nuire à notre travail ni à nos soins » (Stravropoulou et al., 2022).

Les résultats obtenus par Qweidat et al., (2024) montrent que le niveau d'éducation ainsi que les compétences émotionnelles constituent des déterminants importants de la qualité des pratiques, soulignant l'importance de leur développement.

Par ailleurs, au sein d'une autre étude, les participants identifient également les conditions de travail, le leadership, la formation professionnelle et la collaboration interprofessionnelle comme des facteurs déterminants dans l'amélioration de la qualité des pratiques (Stravropoulou et al., 2022).

4.1.8. Conclusion

En conclusion, la qualité des pratiques, du point de vue des professionnels, repose sur une approche globale et multidimensionnelle du patient, intégrant à la fois des dimensions physiques, psychologiques et sociales (Stravropoulou et al., 2022). Elle ne se limite pas aux compétences techniques mais s'appuie également sur la qualité de la relation soignant-patient, fondée sur la communication, la confiance et la compréhension.

Les résultats issus de la littérature mettent en évidence le rôle central des compétences émotionnelles et psychosociales dans la qualité des pratiques. Selon les professionnels, ces compétences influencent positivement la qualité des soins et des pratiques professionnelles. Ces compétences sont associées à la performance professionnelle, au raisonnement clinique, à la prise de décision, ainsi qu'à une communication, une collaboration et une adaptation efficace (Karimi et al., 2021 ; Machado et al., 2025 ; Mehralian et al., 2025 ; Qweidat et al., 2024).

Enfin, d'après les résultats obtenus dans la littérature scientifique analysée, la qualité des pratiques est influencée par des facteurs organisationnels tels que la charge de travail et les ressources disponibles, mais peut être soutenue par des leviers tels que la formation, le développement des compétences et la coopération entre les professionnels.

Ainsi, ces résultats soulignent l'importance d'intégrer ces compétences émotionnelles et psychosociales dans les formations et les organisations de soins, afin d'améliorer durablement la qualité des pratiques.

4.2. Résultats des entretiens auprès des témoins privilégiés

Dans le cadre de cette recherche exploratoire, j'ai eu l'opportunité de rencontrer quatre témoins privilégiés. Les entretiens menés auprès de cette population ont été réalisés grâce aux différents guides d'entretien personnalisés à chacun, sur base de leur expérience professionnelle. La réalisation de ces entretiens, et la richesse de ceux-ci m'ont permis d'élargir ma vision des éléments importants de ma recherche et ainsi approfondir ma réflexion. L'analyse des entretiens avec les témoins a permis d'isoler plusieurs thématiques principales.

Parmi les témoins privilégiés interrogés, deux pratiquent encore dans le milieu des soins tandis que deux autres ne pratiquent plus. L'une a réalisé une reconversion professionnelle et l'autre est à présent pensionnée.

4.2.1. La diversité des émotions au cœur de la pratique professionnelle

Les émotions décrites sont variées et liées aux situations vécues et aux contextes de soins.

La tristesse est évoquée, notamment lorsqu'il s'agit d'un contexte de pathologie grave ou de situations sociales ou familiales difficiles. Une des témoins relate ainsi : « *c'était quand même triste d'avoir ce genre de patient* » (Témoin 2) tandis qu'une autre souligne être touchée par certaines situations sociales complexes rencontrées dans sa pratique. (Témoin 4). La colère est également mentionnée, surtout face à des situations perçues comme évitables ou injustes : « *c'était la colère...vraiment pas de chance pour lui* » (Témoin 2). Le sentiment d'impuissance est également partagé face à certaines limites dans l'accompagnement du patient : « *le professionnel a un sentiment d'impuissance* » (Témoin 2). D'autres émotions positives sont également ressenties telles que la joie, la satisfaction et la fierté lorsque des démarches aboutissent : « *je ressens une certaine joie quand j'arrive à aller au bout des démarches* » (Témoin 4). Une autre témoin évoque également le fait que des émotions positives sont liées à son activité : « *la plupart du temps, c'est quand même des émotions qui sont positives parce que je suis quand même épanouie dans ma fonction* » (Témoin 1). Un autre témoignage, que l'une des témoins souhaitait évoquer est le caractère variable des émotions. Ainsi, elle explique : « *la tristesse était submergée par la colère* » (Témoin 2).

Ces informations obtenues auprès des différents témoins illustrent que les émotions sont diverses et qu'elles peuvent évoluer au cours d'une même situation, elles ne sont donc pas figées.

4.2.2. La régulation émotionnelle (expression, contrôle, adaptation)

Les témoins insistent sur la nécessité de réguler leurs émotions afin de garantir une posture professionnelle adéquate. Cette régulation passe par l'adaptation de l'expression émotionnelle, comme en témoigne l'une d'elles : *« je ne vais pas pleurer avec vous, ça ne vous aidera pas, mais ça me touche beaucoup ce qui vous arrive »* (Témoin 3). L'objectif est de ne pas accentuer la détresse des patients ou de leurs proches : *« ne pas alourdir ce qui est déjà difficile »* (Témoin 3). Dans cette même vision, la témoin 4 met en évidence le fait que les émotions ne sont pas forcément occultées mais ajustées. Elle insiste sur cet équilibre en disant : *« je dois rester authentique, montrer que ça me touche mais pas aller trop loin »* en soulignant : *« les familles n'attendent pas que je pleure avec elles, elles attendent que je puisse les soutenir »*. Pour une autre témoin, les émotions sont tout de même importantes et indispensables à sa pratique : *« je pense que tant qu'on est vivant et qu'on est soignant, on doit avoir des émotions, si on n'en a plus, on n'est plus soignant »* (Témoin 3).

Le rôle professionnel est décrit comme un élément facilitateur de cette régulation, jusqu'à faire le lien entre l'uniforme que portent ces soignants et un bouclier : *« quand je mettais mon uniforme, j'étais dans ma fonction d'infirmière »* et précise au sujet de cet uniforme, *« c'est un bouclier émotionnel, vous restez authentique mais avec une certaine protection »* (Témoin 3). Elle explique que cette protection n'est pas perçue comme une mise à distance mais plutôt comme étant un ajustement permettant de rester professionnelle et disponible dans la fonction du soin et dans la relation thérapeutique. Cette régulation est également évoquée par la témoin 2, qui affirme : *« on doit rester à ce moment-là professionnel »*, et souligne donc l'importance du contrôle de ses émotions en tant que soignant et aussi en tant que responsable. À ce sujet, la témoin 3 explique que la régulation émotionnelle lui est indispensable dans la pratique, surtout dans des contextes plus complexes, elle explique : *« cacher mon émotion, je pense que souvent on doit la cacher »* et précise que cela s'inscrit dans une posture professionnelle : *« garder une position professionnelle, une espèce de distance thérapeutique »*. Dans ce même sens, la témoin 1 exprime : *« il faut parfois mettre des filtres »*. En parallèle de cela, la témoin 3 précise aussi que cela est nécessaire pour protéger le patient : *« on doit cacher certaines émotions à certains moments pour ne pas blesser la personne »*. À ce sujet, la témoin 1 dit : *« ça ne sert à rien de s'énervier sur la personne »* et ajoute : *« il ne faut pas perdre ses moyens »*.

Plusieurs stratégies personnelles ont été identifiées. La focalisation sur une tâche précise en cas de situation critique est présentée comme étant un moyen permettant de réguler et de mettre temporairement à distance les émotions : *« j'étais dans un tunnel...pour être dans mon*

efficacité » (Témoignage 3). Cette dernière ajoute aussi dans ce sens : « *le mental devait prendre le dessus pour permettre de fonctionner et pour éviter que cet émotionnel ne vienne m’envahir* ». Cependant, l’une d’elles ajoute un élément important sur la régulation émotionnelle. Elle précise que l’expression des émotions n’est pas systématiquement évitée car il est aussi important, même en tant que responsable, de pouvoir montrer une certaine forme de vulnérabilité : « *mon équipe m’a déjà vu pleurer, c’est important de montrer que nous aussi, nous ne sommes pas des surhumains* » (Témoignage 1). L’une d’entre elles ajoute qu’il est important de ne plus penser à tout cela après avoir quitté le lieu de travail : « *il est important de fermer la porte à tout cela quand on rentre chez soi* » (Témoignage 3). La témoin 4 partage certaines ressources permettant de réguler ses émotions : « *prendre l’air, penser à autre chose* » ou encore « *avoir des occupations pour me vider la tête* ».

Ces résultats mettent en avant l’équilibre entre le contrôle, l’expression et l’adaptation. Cela renvoie au développement des compétences émotionnelles et psychosociales, notamment la capacité d’adaptation et de connaissance de soi, qui sont mobilisés dans les situations de soin.

4.2.3. Le soutien professionnel : la collaboration et la coopération

Malgré leurs positions de responsables, les témoins privilégiés identifient les collègues comme étant des ressources notables. Le travail en équipe représente pour elles un élément central dans la régulation émotionnelle. Les témoins insistent sur l’importance du partage du vécu et du ressenti entre collègues. Cela est décrit comme un moyen de verbaliser les émotions et contribue à réduire la charge émotionnelle. En effet, les échanges informels, les temps de pause ainsi que les espaces de discussions permettent de déposer les émotions : « *je vidais mon sac, je savais que c’était un espace dans lequel je suis protégée* » (Témoignage 4). L’une d’elles ajoute à ce propos : « *on raconte pour faire déposer l’autre* » (Témoignage 2). Toutefois, la témoin 1 émet une certaine nuance concernant la fonction de responsable en expliquant que cela entraîne une certaine limite au soutien professionnel : « *je n’ai pas vraiment quelqu’un qui va venir me voir en aparté* » (Témoignage 1).

Le recours au soutien des collègues est aussi décrit comme un soutien spontané mais aussi comme une stratégie de régulation émotionnelle. À ce sujet, l’une des témoins explique : « *ce que je faisais, c’était d’en parler à mes collègues* » (Témoignage 4). Cette démarche s’accompagnait, d’après elle d’une prise de conscience du travail en équipe : « *je ne suis pas seule, je suis en équipe* » et ajoute : « *il fallait activer ces ressources humaines, qui sont mes autres collègues au sens très large du terme* » (Témoignage 2). Une témoin ajoute que toutefois la

collaboration n'est pas toujours aisée : *« collaborer avec d'autres personnes, ce n'est pas toujours facile »* (Témoignage 4).

Une variabilité est observée dans la capacité des professionnels à partager leurs émotions. Certaines témoignages indiquent que certains membres de leurs équipes ne s'expriment pas de la même manière, certains ont plutôt tendance à garder leurs émotions pour eux.

4.2.4. La gestion d'équipe

La variabilité de la capacité de régulation émotionnelle peut avoir des répercussions sur l'organisation du travail. D'ailleurs, l'un des témoignages a souligné le fait que tous les professionnels ne disposent pas des mêmes compétences ni de la même capacité à exprimer et partager leurs émotions (Témoignage 1). À ce sujet, elle évoque, à propos de l'équipe qu'elle dirige : *« quatre personnes sur les dix-sept ont du mal à gérer leurs émotions »*. Elle explique également que, dès que possible, la composition des équipes est réalisée sur base des capacités d'ajustement émotionnel, de collaboration et de coopération : *« si je mets ces quatre personnes le même jour, on sent vraiment l'impact que ça a aussi bien sur les patients que sur le groupe »* et ajoute immédiatement : *« du coup, j'essaie au possible de ne pas mettre ces quatre personnes-là ensemble le même jour »* (Témoignage 1). Dans cette même idée, la témoignage 2 explique spontanément : *« si je mets untel avec untel, les soins seront fait à temps mais il n'y aura pas cette humanité dans la relation »* et ajoute qu'au sein d'une équipe : *« une qui est plus technicienne et l'autre plus relationnelle »*.

Ces résultats illustrent le rôle des compétences émotionnelles et psychosociales dans la gestion d'équipe, en termes de communication, de collaboration, de régulation émotionnelle et d'adaptation organisationnelle. Ces ajustements organisationnels témoignent d'un lien entre les compétences émotionnelles, les compétences psychosociales et la qualité des pratiques.

4.2.5. Une relation soignant-soigné centrale dans le soin

La relation avec le patient et leurs proches est décrite comme étant centrale dans la pratique. Elle est présentée comme étant un élément qui englobe à la fois le patient et son entourage : *« c'est quand même le patient et tout ce qui entoure le patient »* (Témoignage 3). Cette vision est partagée par la témoignage 2 car, selon elle, l'accompagnement et la relation ne se limitent pas au patient mais incluent l'entourage : *« accompagner non seulement la personne soignée, mais aussi sa famille, ses proches »*. Cette relation est perçue comme une force d'échange : *« c'est un échange permanent »* pouvant amener des interactions plutôt marquantes : *« ce sont des cadeaux de la vie »* (Témoignage 3).

L'empathie est identifiée comme une composante importante dans la relation. L'une des témoins exprime le fait que pour elle, cela permet de reconnaître et d'accompagner les émotions des patients : « *être là en leur disant que c'est normal d'avoir peur* » (Témoin 3). Une autre témoin, nuance la notion d'empathie en précisant : « *je n'aime pas dire qu'on se met à la place de l'autre, parce que si on se met à sa place, il n'a plus de place* ». Elle explique qu'elle privilégie plutôt la posture d'accompagnement : « *cheminer avec lui* » (Témoin 2).

Cette dernière décrit les soins comme nécessitant une adaptation constante à la personne : « *le soin, il est réalisé à une personne particulière, une personne singulière* » (Témoin 2).

Selon la témoin 3, l'investissement émis dans la relation est un déterminant de la qualité du soin : « *je pense que si on s'investit dans la relation avec le patient, plutôt que juste à lui faire un soin technique, ça apporte beaucoup plus de choses dans les deux sens* ».

Selon les résultats obtenus auprès des témoins, la relation soignant-soigné mobilise plusieurs compétences nécessaires à la qualité du soin.

4.2.6. L'influence des émotions sur les pratiques

Les éléments obtenus lors des entretiens auprès de ces témoins privilégiés rapportent l'influence des émotions sur leur pratique professionnelle ainsi que sur les interactions avec les patients. En effet, certaines évoquent le fait que parfois, certains soignants de leurs équipes éprouvent des émotions non-exprimées ou mal régulées et que cela peut entraîner des comportements inadéquats. L'une d'elles raconte spontanément, à propos d'une des personnes de l'équipe qu'elle dirige : « *elle devient beaucoup plus agressive verbalement avec les patients* » et ajoute même : « *elle ne va pas pouvoir prendre de distance, elle va tout prendre comme attaque* » (Témoin 1). Cela influence sa façon d'organiser les équipes : « *je vais éviter de mettre ces soignants avec ces patients-là, pour justement éviter les émotions non attendues des soignants* » (Témoin 1). Ces situations peuvent également affecter la dynamique de l'équipe ainsi que la collaboration : « *ça met même à mal une dynamique d'équipe* » (Témoin 1). Cette même témoin exprime également l'aspect de protection et affirme : « *si je suis pas dans un bon jour, je ne vais pas me mettre dans les soins et me protéger pour limiter l'impact sur la pratique* ». À ce sujet, la témoin 3 précise : « *l'état émotionnel peut clairement modifier le soin, dans les deux sens* ». Dans ce sens, la témoin 1, ajoute : « *pour que les soignants puissent offrir des soins de qualité, il faut qu'eux-mêmes soient bien* ». La qualité du soin est aussi associée à la présence du soignant : « *vous offrez peu de temps, mais vous offrez la qualité du temps, la qualité du moment* » (témoin 3).

Ces éléments traitent du lien entre l'ajustement émotionnel et la qualité des soins, notamment à travers les interactions avec les patients et la dynamique d'équipe. Les situations décrites illustrent l'influence que peuvent avoir les émotions sur la pratique et l'impact potentiel d'une mauvaise régulation émotionnelle sur la qualité des pratiques, tant au niveau relationnel qu'organisationnel.

4.2.7. Les contraintes organisationnelles dans la pratique

Les contraintes organisationnelles sont abordées et décrites comme étant un facteur influençant le travail ainsi que les relations de soin. Le manque de temps, les exigences organisationnelles ou les contraintes hiérarchiques peuvent générer une certaine frustration : « *on n'a pas toujours la même vision des choses* » (Témoin 4). Ces contraintes peuvent limiter le temps consacré à la relation avec le patient et influencer la manière de travailler. Dans cette idée, la témoin 3 évoque aussi l'évolution des pratiques vers davantage de technicité et de standardisation, et cela au détriment de la relation. Elle évoque : « *on ne voit plus l'humain* ». Cette évolution est perçue comme étant en décalage avec les valeurs centrées sur la relation et l'accompagnement que prônent ces témoins. L'évolution des pratiques décrites est à l'opposé de leurs convictions : « *une philosophie beaucoup trop dans la technologie* » (Témoin 3).

La témoin 1 explique, au sujet de la prise en compte des émotions dans d'autres équipes qu'elle a côtoyées, que cela avait un impact sur la présence des soignants et affirme : « *il y a des équipes où c'est un peu moins pris en considération* » et ajoute : « *l'impact que j'ai pu observer, c'est qu'au niveau des soignants, il y avait beaucoup d'absentéisme parce que du coup les soignants craquent* ». D'un autre côté, la témoin 4 précise que : « *les gens n'arrivent pas à communiquer correctement* ».

Ces éléments témoignent d'un décalage entre les pratiques observées et les valeurs personnelles et professionnelles. Ces contraintes organisationnelles peuvent influencer la qualité du soin et des soins, notamment en limitant le temps consacré à la relation et à l'accompagnement des patients.

4.2.8. Le développement des compétences

Les compétences émotionnelles et psychosociales sont décrites comme étant des éléments qui se développent au fil de la carrière et de l'expérience professionnelle. L'une des témoins évoque que pour elle, il s'agit d'une évolution personnelle dans la façon de gérer ses émotions : « *ça va beaucoup mieux avec le temps* » (Témoin 1). D'ailleurs, la témoin 4 partage cet avis en évoquant : « *tout ça n'est pas inné, mais se construit au fil de l'expérience professionnelle* »

tandis qu'elle nuance et précise que pour elle, il y a l'expérience des stages et l'expérience du terrain : *« c'est pas en cours qu'on apprend à bien collaborer, on apprend grâce aux stages puis au fur et à mesure, de par ses expériences »*. Cependant, cette même témoin souligne le manque de formation initiale concernant l'adaptation émotionnelle : *« ça on ne l'apprend pas suffisamment en cours »*. Selon elle, il serait intéressant de proposer des formations mais avec une approche davantage pédagogique et précise : *« des mises en situation, des jeux de rôle avec une mise en pratique seraient intéressantes »*. La témoin 3 parle aussi de formations et émet également l'idée d'espaces de paroles qui, selon elle, sont des leviers de développement : *« des formations du style communication thérapeutique ou alors des groupes de paroles »*. Le sujet de la formation est aussi abordée par la témoin 1 qui la décrit comme un levier permettant le développement de compétences. Elle précise que ça peut être des formations spécifiques, des groupes de parole ou un accompagnement spécifique par des psychologues : *« une psychologue nous a fait beaucoup de bien »*. En effet, selon elle, l'intervention d'une personne extérieure est perçue comme pertinente : *« quelqu'un de l'extérieur permet de déposer sans se sentir jugé »*. Une nuance est émise par l'un des témoins qui affirme que les formations sont importantes mais qu'il faut en faire bon usage : *« il ne faut pas laisser ces formations dans un classeur mais les inscrire dans le quotidien des soins »*. Elle précise également qu'il est important que ces formations soient adaptées aux besoins en précisant : *« demander au personnel ce qui les met en difficulté face à des situations complexes »* (Témoin 2).

Les témoins décrivent ainsi un développement progressif de leurs compétences émotionnelles et psychosociales, principalement acquis au fil de l'expérience professionnelle et des situations rencontrées.

4.2.9. Conclusion

Les résultats des entretiens auprès des témoins privilégiés mettent en évidence la place centrale des compétences émotionnelles et psychosociales dans la pratique des professionnels de santé.

Cela met aussi en avant la diversité des stratégies de régulation, l'importance de la relation à l'autre et l'influence que ces éléments ont sur la gestion d'équipe et sur l'organisation du travail.

Par ailleurs, ces compétences sont variables selon les professionnels et évolutives au fil de la carrière selon les formations ou expériences vécues. L'ensemble de ces résultats énoncés relatent que les compétences émotionnelles et psychosociales occupent une place centrale dans la pratique professionnelle et la qualité des pratiques.

4.3. Résultats des entretiens auprès des participants

Dans le cadre de cette recherche exploratoire, j'ai eu l'opportunité de rencontrer sept participants. Les entretiens menés auprès de cette population ont été réalisés grâce au guide d'entretien. Ces entretiens m'ont permis d'obtenir des témoignages importants, me permettant d' étoffer ma recherche et ainsi d'obtenir des résultats qui me permettront potentiellement de répondre à ma question de recherche. L'analyse des entretiens a permis d'isoler plusieurs thématiques principales qui ont permis une présentation claire des résultats obtenus.

4.3.1. La place des émotions dans le monde des soins

L'ensemble des participants définissent les émotions comme étant des réactions ou des ressentis toujours liés à une situation donnée et ancrée à l'instant présent. Ainsi, A explique que, pour elle, l'émotion c'est « *un sentiment que l'on ressent face à une situation et que l'on espère pouvoir identifier, exprimer et partager* ». Tandis que F décrit l'émotion comme étant « *un sentiment que l'on ressent à un instant T avec un événement extérieur qui vient de se passer* », de son côté, C évoque « *une émotion, c'est un sentiment qui nous traverse et qui est toujours lié à la situation qu'on vit à l'instant présent* ». Cette idée est renforcée par D pour qui « *c'est un ressenti face à une situation, que ce soit positif ou négatif et c'est une interprétation au moment même, en fonction d'un contexte multifactoriel* » et E qui définit l'émotion comme « *une réaction intérieure ...face à une situation, quelque chose qui nous touche, qui nous affecte* ».

Au-delà de ces définitions, la participante A attribue aux émotions une place centrale dans le soin, les considérant comme « *la base de toute relation sociale* » et affirme que « *sans émotion je n'ai pas l'impression que l'on puisse créer du lien* ». Cette importance du lien émotionnel est également soutenue par G qui souligne l'impact direct des émotions du soignant sur le patient : « *je trouve que quand on dégage une émotion positive, le patient le ressent, il ressent notre joie, notre bonne humeur et c'est important* ». Ainsi, les propos des participants s'accordent sur le fait que les émotions ne sont pas uniquement propres au soignant mais qu'elles ont une fonction relationnelle et communicative, influençant ainsi la relation du soin.

Cependant, F apporte une certaine nuance concernant les émotions dans le monde des soins en évoquant : « *toutes les émotions sont utiles au quotidien mais je pense qu'elles ne doivent pas être trop dans l'excès, pour ne pas nous bouffer en tant que soignant* ».

Identification des émotions

L'identification des émotions est décrite par les participants comme étant une compétence qui se développe davantage avec l'expérience et qui repose en grande partie sur l'observation des autres. Le participant E souligne ainsi : *« avec le temps, on apprend à observer, le non-verbal, le ton de la voix, la manière dont une personne se comporte »*. Cette idée d'un apprentissage progressif est également partagée par F qui affirme : *« j'arrive à savoir les émotions de mes collègues, je suis quelqu'un de très attentif aux autres »* tout en précisant : *« j'ai tendance à observer les gestes, leur façon de parler, leur façon d'agir »*.

Ces discours illustrent le fait que l'identification des émotions d'autrui repose sur une analyse et une observation des autres.

L'adaptation émotionnelle

Certains participants insistent sur l'importance de l'expression verbale comme un outil de régulation. La participante C explique : *« en parler, exprimer ce que je ressens m'aide »* et ajoute : *« ça aide à réguler, en tout cas de diminuer l'intensité du stress ou de la tristesse aussi...ça apaise les pensées négatives »*. Cette idée est partagée par E, pour qui, *« le fait d'échanger avec les collègues aide énormément, quand une situation est difficile, en parler permet souvent de prendre du recul »* soulignant également que *« si on accumule trop d'émotions, sans pouvoir les partager...ça peut devenir lourd »*.

Cependant, ces stratégies de régulation sont également parfois ambivalentes. En effet, certains participants ont tendance à retenir leurs émotions. La participante C explique que malgré le fait que l'expression verbale l'aide, elle a parfois tendance, selon le contexte, à garder ses émotions en elle, sans les partager : *« je suis quelqu'un qui garde beaucoup mes émotions pour moi, encore plus au travail pour garder cette distance professionnelle que ce soit avec les patients ou les collègues »*. À ce propos, cette dernière ajoute : *« si on se laisse déborder par ses émotions, on ne peut pas gérer son travail au quotidien »* et ajoute : *« si on n'avait aucun filtre et aucune régulation émotionnelle pour moi il n'y a rien qui serait adéquat »*. Après cela, elle insiste et souligne le fait que l'absence de régulation émotionnelle *« aurait forcément un impact plutôt négatif sur la prise en charge »*

D'autres participants insistent plutôt sur les mécanismes de régulation interne. Dans ce sens, F affirme : *« j'arrive bien à canaliser mes émotions en général »* et considère cela comme *« une protection pour moi-même »*. À l'inverse, la participante G met en évidence les difficultés qu'une empathie trop importante peut causer : *« j'absorbe toutes les émotions du patient, c'est*

quelque chose que je dois travailler » allant même jusqu'à être désespérée : « je ressens et je comprends la douleur même si je ne la vis pas, je me sens un peu désespérée ». Cette participante se décrit alors comme étant « hyper empathique ».

Ces témoignages décrivent une certaine tension entre l'expression des émotions, la régulation émotionnelle et la protection de soi.

Dissimulation des émotions

Le fait de dissimuler ses émotions apparaît comme étant une pratique fréquente auprès des professionnels interrogés. Cette pratique est souvent justifiée par les exigences du cadre professionnel. En effet, C affirme : *« c'est vrai que dans mon quotidien, je dissimule mes émotions, qu'elles soient parfois positives ou négatives »*. De même, F explique : *« souvent on me dit qu'on ne voit pas toujours mes émotions, parce que je pense que je mets quand même un cadre avec le milieu professionnel »* et ajoute : *« il faut que je mette une certaine barrière, que mes émotions ne prennent pas le dessus »*. Le participant E confirme à propos de cette dissimulation : *« la plupart du temps, ça fait partie du rôle du professionnel »*.

Cependant, cette posture n'est pas unanime. En effet, G exprime des difficultés à cacher ses émotions : *« malheureusement je ne sais rien cacher, c'est un gros défaut de ma part »* et reconnaît la nécessité de *« mettre un filtre sur toutes mes émotions qui me traversent durant la journée »*. De son côté, D adopte une position intermédiaire, cherchant un équilibre entre compréhension et distance : *« j'essaye de me mettre à la place des personnes, je ressens des émotions mais elles sont très maîtrisées très contrôlées »* et évoque : *« un détachement émotionnel »* tout en affirmant paradoxalement : *« j'ai toujours été quelqu'un qui exprimait ce qu'il ressentait »*.

4.3.2. La relation thérapeutique

D'emblée, plusieurs participants insistent sur l'importance fondamentale que représente la relation thérapeutique pour eux. La participante A affirme : *« c'est quelque chose de très important pour moi »* et précise qu'elle a tendance à *« mettre la relation en avant-plan »* car selon elle, ça permet *« des prises en charges beaucoup plus efficaces et qui permettront aux patients d'être réellement compris et impliqués dans la prise en charge »*. Cette vision est partagée par D, qui déclare : *« sans ça, pour moi, les soins ne valent rien »*. Ces propos traduisent une conception du soin dans laquelle la relation n'est pas simplement complémentaire mais bien indispensable au quotidien dans la pratique pour ces professionnels de santé. Cette importance se retrouve également dans les propos de E, pour qui la relation

thérapeutique constitue un levier d'efficacité et souligne le rôle que cela joue sur la confiance : *« si la relation n'est pas là, si la personne ne se sent pas en confiance, ça devient beaucoup plus difficile »*. Selon lui, cette relation repose sur une posture d'écoute et de compréhension du vécu du patient : *« prendre le temps de comprendre ce que la personne vit »*. Dans la même perspective, F met en avant la dimension sécurisante de la relation : *« je trouve que c'est important d'avoir une bonne relation soignant-soigné pour mettre le patient en confiance durant les soins, pour qu'il puisse être libre de nous parler »* qu'elle perçoit comme *« une confiance entre le patient et le soignant »*. Elle élargit également cette notion au travail d'équipe en soulignant : *« c'est hyper important, ça favorise un bon climat de travail »*.

Enfin, C évoque une vision plus globale et transversale de la relation, incluant les collègues et les patients. Elle souligne : *« c'est important d'être dans une bonne relation et pour moi, d'établir un lien thérapeutique c'est hyper important »* et insiste sur les qualités relationnelles : *« cette écoute, cette bienveillance et cette entraide »*. Elle met aussi en évidence l'impact direct de la relation sur la qualité des soins : *« je trouve que si on a un bon lien et une bonne relation avec le patient, on va beaucoup plus loin dans la prise en charge ça impacte d'office la qualité du soin »*.

4.3.3. Les compétences émotionnelles mobilisées par les professionnels de santé

Dans la continuité des résultats précédents, les participants mettent en évidence l'importance des compétences émotionnelles dans leur pratique quotidienne, en mobilisant différentes dimensions telles que l'identification, la régulation et la compréhension des émotions. En effet, certains participants mettent en avant l'identification des émotions comme une compétence fondamentale. La participante C explique : *« les compétences émotionnelles ça va plutôt être justement d'identifier ce qu'on ressent donc identifier ses émotions »*. Cette dernière ajoute : *« à partir du moment où on sait mettre des mots sur ce qu'on ressent, on sait l'exprimer, on sait le réguler beaucoup plus facilement aussi »* et précise : *« cela impacte fortement la qualité du soin et aussi l'efficacité du soin »*.

Une vision plus globale est proposée par le participant E, qui définit les compétences émotionnelles comme étant *« les compétences qui concernent la relation à soi et aux autres, la capacité à reconnaître ses émotions, à comprendre celles des autres »*.

D'autres participants insistent davantage sur la dimension interpersonnelle de ces compétences. Le participant F les associe à *« la capacité à gérer ses émotions et aider les autres, peut-être, à gérer leurs émotions »*, soulignant ainsi leur rôle dans l'accompagnement du patient. De son

côté, le participant G évoque une définition plus simpliste en estimant que cela se rattache au fait de « *pouvoir interpréter une émotion* ». La régulation émotionnelle apparaît comme une compétence centrale. La participante A souligne ainsi la nécessité d'adapter ses émotions au contexte professionnel et explique : « *il est important de pouvoir garder quand même cette casquette de professionnel pour pouvoir cadrer ses émotions qui pourraient prendre beaucoup trop de place* » et que « *c'est important de pouvoir réguler ces émotions* ». Elle évoque également l'importance de pouvoir prendre du recul dans certaines situations : « *peut-être que je vais juste prendre un peu de recul parler par après* ».

4.3.4. Les compétences psychosociales mobilisées par les professionnels de santé

Les compétences psychosociales sont décrites par les participants comme étant essentielles dans la pratique soignante, notamment au travers de la communication, de la collaboration, de l'adaptation au stress et de la résolution des problèmes.

Plusieurs participants proposent des définitions qui mettent en évidence la multidimensionnalité de ces compétences. La participante C les associe à la capacité de « *gérer le stress ou même résoudre des problèmes* » et souligne : « *ça a un lien avec les émotions et plus le côté social et de collaboration* ». Ce point de vue est également présent dans le discours de la participante E qui les définit comme « *la capacité à communiquer, à travailler en équipe et à gérer le stress, dans des métiers du soin* » en précisant que ces notions « *sont vraiment essentielles* ».

La communication est décrite comme étant un élément central et transversal dans ces compétences. Le participant D affirme de manière concise que « *la communication c'est capital* ». Cette importance donnée à cela est renforcée par la participante E, qui explique : « *avec les collègues, je dirais que c'est surtout la communication* » et que « *quand on peut échanger facilement, ça améliore vraiment la prise en charge* ».

La collaboration constitue une dimension majeure des compétences psychosociales. Dans cette continuité, la participante F définit ces compétences comme étant des compétences permettant de collaborer et souligne qu'elles sont importantes « *pour communiquer correctement et efficacement les informations* ». Dans cette même vision de la collaboration, G affirme : « *les compétences psychosociales ce serait plutôt la gestion psychosociale, une gestion d'un ensemble global tiré sur le social* » et que pour lui, « *travailler en collaboration c'est vraiment agréable, ça permet aussi de se répartir la charge de travail* ». La participante C indique : « *la résolution de problèmes est indispensable au quotidien dans ma pratique professionnelle* » et insiste sur la nécessité de « *savoir faire preuve d'esprit critique* ».

4.3.5. Distinctions entre la qualité du soin et la qualité des soins

La majorité des participants établissent une distinction entre la qualité du soin et la qualité des soins. D'une part, la « qualité du soin » est associée à l'expérience relationnelle et humaine et d'autre part, « la qualité des soins » est davantage reliée aux aspects organisationnels et techniques.

La participante A établit clairement cette distinction en associant la qualité du soin à la dimension relationnelle de l'accompagnement du patient. Elle souligne : « *prendre soin de la personne ce n'est pas spécialement faire des gestes techniques* », et précise aussi que cela implique de pouvoir « *accompagner la personne dans ses émotions, par exemple ou accompagner la personne au niveau relationnel, émotionnel* ». Elle identifie plusieurs éléments fondamentaux à cette notion de qualité du soin tels que « *la bienveillance, le respect et l'écoute* ».

À l'inverse, elle associe la qualité des soins à des critères plus organisationnels et techniques permettant de « *voir si on répond aux attentes, que c'est efficace, que c'est sécuritaire* ». Cette distinction est également établie par la participante B, qui associe spontanément la qualité des soins à un acte technique en évoquant « *je pense tout de suite aux infirmières qui vont pratiquer des soins de plaies, des soins d'hygiène* ». À l'inverse, elle relie la qualité du soin à la dimension relationnelle : « *ça donne un peu plus cette relation privilégiée de communication et d'émotion entre le patient et son thérapeute* ». Les propos du participant E vont dans le même sens, en définissant la qualité des soins comme relevant de « *l'organisation globale* », tandis que la qualité du soin lui évoque plutôt l'aspect de « *la rencontre avec la personne, la manière dont le soin est vécu* ». D'ailleurs, il souligne : « *la relation influence directement la qualité du soin* », mettant en évidence le rôle central de la dimension relationnelle dans l'expérience du patient.

Certains participants ont une approche plus nuancée. La participante C distingue également ces deux dimensions et définit la qualité du soin comme « *la qualité d'un acte précis à un moment donné* » et précise d'emblée que « *c'est plus entre le patient et le thérapeute ou soignant, que c'est plus le prendre soin au moment individuel à l'instant présent* ». Concernant la qualité des soins, elle la rattache plutôt « *au sens large, plus organisationnel* ». Dans cette continuité de vision, la participante F considère la qualité des soins comme étant « *la qualité en général, au sens organisationnel* ». Et d'un point de vue de la qualité du soin, elle évoque une dimension ponctuelle et située : « *la qualité du soin c'est vraiment la qualité d'un soin à un moment donné, à un moment précis* ».

Cette distinction n'est pas partagée par tous. La participante G affirme « *pour moi, il n'y a pas de différence entre la qualité du soin ou des soins* », tout en soulignant que : « *pour moi, le soignant joue beaucoup, il joue énormément sur la qualité des soins et l'expérience* ».

4.3.6. L'influence des compétences émotionnelles et psychosociales sur les soins

Certains participants évoquent la méconnaissance de ces notions. Le participant D affirme : « *c'est la première fois que j'entends ça* », tandis que la participante C affirme : « *ce sont des notions qu'on n'entend pas forcément* ».

L'ensemble des autres participants insistent sur l'interdépendance entre les compétences émotionnelles et psychosociales. Pour la participante C, « *elles vont toutes de pair, on ne peut pas gérer son stress si on n'est pas apte, si on n'a pas de bonnes compétences émotionnelles* » et ajoute que les compétences s'influencent les unes les autres : « *pour moi les compétences psychosociales vont d'office être impactées et vice-versa* ». Elle souligne également leur mobilisation constante dans la pratique : « *elles sont mobilisées tout le temps, surtout dans mon métier, on doit tout le temps s'adapter* » allant jusqu'à affirmer : « *sans ces compétences-là, je ne travaille pas* ». Ensuite, la participante C met en exergue l'adaptation émotionnelle avec la qualité des soins : « *le fait de ne pas me laisser submerger par mon stress permet de favoriser la continuité du soin* » et estime : « *si je n'avais pas toutes ces capacités là je n'aurais pas du tout été professionnelle et je n'aurais pas pu continuer mon métier* ». Elle met également en évidence les conséquences d'un manque de régulation émotionnelle : « *certaines professionnels ont moins cette capacité à réguler certaines émotions ce qui peut avoir un impact sur l'efficacité du soin et surtout sur la sécurité du patient* », et ajoute : « *des soignants n'ont pas toujours une attitude adéquate et correcte envers le patient* ». Les propos du participant E vont dans le même sens, en soulignant l'omniprésence de ces compétences dans la pratique : « *je dirais qu'elles sont omniprésentes en permanence dans notre travail* ». De son côté, la participante G insiste sur leur rôle dans l'adaptation au patient en expliquant qu'il est nécessaire de « *mettre des mots sur ces émotions-là, les interpréter, et du coup, d'agir en fonction de ces émotions* ».

Certains participants apportent un regard plus nuancé sur ces compétences. Le participant D souligne leur caractère personnel en affirmant que « *c'est tellement personnel que je ne pense pas qu'on puisse l'apprendre* » mais précise : « *on pourrait nous apprendre les bases, les moyens nécessaires pour faire face à des situations compliquées* ».

Enfin, les propos de la participante B illustrent concrètement les limites de ces compétences lorsqu'elles ne sont pas maîtrisées. Pour cela, elle évoque une situation dans laquelle elle a été

incapable de réguler efficacement ses émotions : *« je n'étais plus capable de gérer cette émotion trop forte et donc de faire un travail compétent et cohérent »*, évoquant ainsi le lien direct entre la régulation émotionnelle et la qualité de la pratique. Elle partage également une expérience et explique : *« mon empathie avait pris le dessus sur ce qui est relationnel »* ayant ainsi entraîné une difficulté à établir un cadre professionnel.

Ces éléments partagés par les participants illustrent que ces compétences sont essentielles à la pratique quotidienne et qu'un déséquilibre peut impacter, plutôt négativement, l'accompagnement thérapeutique.

Mobilisation des compétences

Les participants mettent en évidence le caractère progressif et évolutif de la mobilisation des compétences émotionnelles et psychosociales. Le participant E souligne ainsi : *« au début de la carrière je pense qu'on y réfléchit beaucoup, on se demande comment réagir »* mais il précise : *« avec l'expérience, certaines choses deviennent plus naturelles »*. L'idée de la mobilisation qui est, au départ, davantage consciente pour ensuite devenir plus naturelle est également partagée par la participante F qui indique : *« je trouve qu'on apprend beaucoup sur le terrain »*.

Évolution des compétences

L'évolution des compétences repose à la fois sur un travail individuel mais également sur l'expérience professionnelle. La participante C met cela en évidence en expliquant : *« la gestion du stress c'est quelque chose que j'ai dû travailler, qui s'est amélioré grâce au travail conscient que j'ai fait et aussi grâce à ma pratique professionnelle, c'est quand même une bonne formation finalement »*.

Ce développement de pensée évoque donc une conscience émotionnelle étayée au fil du temps et de la pratique. La participante C indique ainsi : *« je trouve que j'arrive à mieux reconnaître mes émotions, surtout à les exprimer et encore plus à les réguler »*. Illustrant ainsi un renforcement progressif de ces compétences au fil de la carrière. Le participant D rejoint cette idée d'évolution en affirmant : *« c'est beaucoup plus efficace »* qu'au début de sa carrière, tout en nuancant : *« c'est inné mais ça s'est développé avec l'entraînement »*. Les dires de ce participant mettent en évidence une articulation de compétences naturellement développées en parallèle d'un apprentissage par l'expérience.

4.3.7. Les obstacles à la mobilisation des compétences

Les résultats présentés dans cette section traitent des obstacles à la mobilisation des compétences. Cette partie met en évidence plusieurs obstacles identifiés par les participants et qui sont principalement liés à des contraintes organisationnelles.

La participante A souligne particulièrement l'impact de ces contraintes sur la pratique quotidienne. Elle décrit un fonctionnement plus routinier lorsqu'elle est face à un manque de temps ou un manque d'effectif : *« je le fais juste par routine, en fait, parce que je n'ai pas le temps »*. Elle identifie la surcharge de travail comme étant un facteur déterminant de la qualité en indiquant : *« la qualité des soins en pâtit aussi pas mal »*. Bien qu'elle considère disposer de compétences émotionnelles et psychosociales adéquates, elle reconnaît à propos de ces contraintes : *« il y a d'office un impact assez négatif sur la qualité du soin »*, ce qui, selon elle, crée : *« des ruptures et des discontinuités au niveau de la qualité des soins et du soin »*. Ces propos mettent en évidence une tension entre les compétences individuelles et les éventuelles contraintes organisationnelles. Ce développement de pensée est également soutenu par la participante B, qui identifie les contraintes structurelles comme étant des obstacles majeurs. Elle explique que *« la gestion du stress...est impactée »* et ajoute : *« c'est plus dur de mobiliser nos compétences »* dans ces types de circonstances. Elle explique aussi que pour elle, cela a un impact direct sur la relation de soin en précisant : *« on va peut-être le voir en 10 minutes un peu à la va vite et avoir moins de lien et moins de communication »*. La participante C met également en évidence les effets du manque de ressources sur la qualité des soins, elle l'associe à une dimension organisationnelle et a observé, qu'en situation de sous-effectif, elle faisait davantage attention à la productivité, au détriment de la relation : *« je trouve qu'on n'est plus vraiment dans la relation aux patients mais plutôt dans le fait de valider des objectifs de rentabilité »* et ajoute à ce sujet : *« le contact avec le patient est tout de suite moins intéressant »*, traduisant une dégradation de la dimension relationnelle du soin. Dans le même sens, le participant E identifie le manque de temps comme étant *« le principal obstacle »*, et précise : *« on a moins de temps pour la dimension relationnelle »*. La participante F confirme cette tendance en période de surcharge de travail et de manque d'effectif en indiquant : *« on voit bien même la qualité de soin, elle est beaucoup moins bonne, beaucoup moins élevée »*.

Enfin, la participante G apporte une perspective complémentaire et évoque à propos du contexte de surcharge : *« on sent qu'on est un peu plus stressé, on a cette charge mentale et physique qui nous attend en sous-effectif »*, mais précise également que lorsque les émotions sont mieux

régulées, « *la qualité de soin est influencée positivement* » et ajoute : « *les soins sont meilleurs, beaucoup plus qualitatifs* ».

4.3.8. Les ressources à la mobilisation des compétences

En nuance à la section précédente, les participants ont identifié différentes ressources qui selon eux, contribuent au développement des compétences émotionnelles et psychosociales. Parmi celles-ci, l'expérience professionnelle apparaît comme étant un facteur majeur. Plusieurs professionnels soulignent que leur capacité à identifier, à comprendre et à gérer leurs émotions et celles des autres s'acquièrent progressivement au fil du temps, avec la pratique professionnelle.

Le participant E met ainsi en évidence cet apprentissage expérientiel en indiquant : « *avec le temps...on apprend à observer, le non-verbal, le ton de la voix, la manière dont la personne se comporte* ». Au-delà de l'expérience individuelle, les échanges entre collègues constituent une ressource centrale dans les discours. La participante C souligne l'importance du travail d'équipe et explique : « *je vais tout de suite en parler avec mes collègues avec qui j'ai vraiment une bonne écoute, une bonne entente et souvent je travaille en étroite collaboration avec toute l'équipe pluridisciplinaire* ». Cette dynamique de partage qu'elle évoque est aussi mise en avant par la participante A, qui explique : « *quand je suis frustrée ou fière, j'en parle automatiquement à mes collègues et il y a une discussion qui tourne autour, ce qui permet d'avoir de nouvelles idées ou de nouvelles choses à mettre en place* ».

Cette dimension collective apparaît comme un véritable soutien dans l'adaptation à des situations émotionnellement prenantes. La participante C insiste sur l'importance de pouvoir s'appuyer sur ses collègues, en soulignant : « *pour moi, une relation de qualité avec mes collègues, c'est pouvoir dire que ça ne va pas et pouvoir m'appuyer sur eux, que ce soit dans le privé ou dans le professionnel* ». Dans la même perspective, la participante B met en avant le rôle de la communication comme ressource essentielle, en affirmant que « *la communication est hyper importante au quotidien aussi pour réguler et mettre à plat les choses* ». Selon elle, le soutien des collègues, avec qui la relation est fondée est importante et évoque : « *une très bonne relation de communication et de confiance* », et précise que ça lui permet de « *réguler le stress et maintenir une posture professionnelle* ». Le participant E rejoint cette idée en indiquant : « *l'esprit d'équipe joue un rôle énorme* » et ajoute : « *quand il y a une bonne communication et une confiance ça facilite vraiment les choses* ».

Enfin, certains participants évoquent des ressources plus individuelles, liées à la motivation et au sens donné au travail. La participante G explique ainsi qu'elle se recentre sur ses patients en se disant « *j'ai des patients qui m'attendent, ils ont besoin de moi et je me dis que ma priorité c'est eux* ».

Ainsi les résultats présentés mettent en avant certaines ressources mobilisées qui sont à la fois individuelles et collectives, reposant principalement sur l'expérience professionnelle, le soutien des collègues et la communication au sein de l'équipe.

Pour les participants, les résultats présentés apparaissent donc comme des facteurs protecteurs permettant ainsi de soutenir la mobilisation des compétences émotionnelles et psychosociales dans des contextes parfois compliqués.

4.3.9. Les leviers à la mobilisation des compétences

Les participants identifient la formation comme étant un levier important dans le développement des compétences émotionnelles et psychosociales, tout en évoquant certaines limites dans les dispositifs actuels.

La participante A considère ainsi que les formations sont utiles tout en précisant la nécessité de les rendre plus concrètes : « *peut-être d'avoir des formations un peu plus pratiques ou des mises en situation...je pense que c'est nécessaire* ». Cette importance accordée à l'aspect pratique est également soulignée par la participante B, pour qui, la formation continue constitue un moyen pertinent pour étayer et renforcer les compétences émotionnelles et psychosociales : « *on peut mettre plus de mises en situation et faire des exercices pratiques, je crois que là ça parle toujours beaucoup plus aux gens* ». Toujours dans cette même vision, la participante C met en avant l'intérêt d'une formation continue sur le lieu de travail : « *une formation dans laquelle on est plus acteur en tant que participant de formation et non passif à écouter la théorie et ne rien en faire* ».

Au-delà du contenu des formations, certains participants suggèrent la nécessité d'une sensibilisation précoce à ces compétences. Ainsi, le participant D suggère : « *je dirais qu'il faudrait sensibiliser les étudiants aux émotions et aux capacités à les exprimer* » soulignant ainsi l'importance de les intégrer dès la formation initiale. Par ailleurs, les participants évoquent également l'intérêt de dispositifs complémentaires tels que des espaces d'échange et de réflexion. Dans ce sens, le participant E affirme : « *des formations sur la communication ou la gestion du stress pourraient être utiles, mais aussi des espaces de réflexion en équipe* ». Cette idée est renforcée par la participante F, qui souligne à la fois le manque d'apprentissage de ces

compétences durant la formation initiale : *« malheureusement, c'est quelque chose qu'on n'apprend pas assez dans nos études d'infirmière »* et l'intérêt de *« se réunir, que chacun puisse dire vraiment ce qu'il ressent au travail, ou exprimer des situations plus compliquées »*. Elle ajoute également que ces formations pourraient tous nous rassurer et nous aider : *« ça pourrait rassurer et aider certaines personnes, enfin tous nous aider finalement, parce qu'on apprendrait tous de ça »*.

Enfin, certains participants rappellent que l'apprentissage de ces compétences repose largement sur l'expérience de terrain. La participante G souligne ainsi *« je me rends compte que c'est grâce aux stages, au terrain, que j'ai pu en tout cas, apprendre à gérer ce stress et ces émotions »*.

Ainsi, les résultats présentés mettent en évidence le fait que, selon les professionnels de santé, le développement des compétences émotionnelles et psychosociales repose sur une combinaison de formations pratiques, d'échange en équipe ainsi que d'une expérience sur le terrain.

4.3.10. Conclusion

En conclusion, les résultats obtenus auprès des participants mettent en évidence le rôle central des émotions, des compétences émotionnelles et psychosociales dans la pratique des professionnels de santé. Elles influencent directement la qualité, notamment dans sa dimension relationnelle. Toutefois, leur mobilisation est fortement impactée par des contraintes organisationnelles telles que le manque de temps ou le manque d'effectif. Tandis que l'expérience et le soutien entre collègues constituent des ressources, ces éléments soulignent la nécessité de mieux reconnaître et soutenir le développement de ces compétences dans leur pratique professionnelle.

5. Discussion et préconisations

Ce chapitre est dédié à l'interprétation des résultats issus de la recherche exploratoire menée dans le cadre de ce travail. Celui-ci vise à apporter des éléments de réponse à la question de recherche initialement posée : « *De quelle manière les compétences émotionnelles et psychosociales contribuent-elles à la qualité perçue des pratiques soignantes et quels obstacles et leviers rencontrent les professionnels de santé pour leur mise en œuvre ?* »

L'objectif de cette recherche est de mettre en lumière l'influence des compétences émotionnelles et psychosociales sur la qualité des pratiques, tout en identifiant les obstacles et les leviers à leur mobilisation.

Afin d'enrichir la collecte de données et d'obtenir des résultats riches et constructifs, une triangulation méthodologique a été réalisée. Cette diversité de sources a permis de croiser les regards et les expériences vécues et ainsi les confronter de manière pertinente en vue d'obtenir une discussion enrichie et approfondie.

5.1. Penser les mots du soin : une approche humanisante des terminologies du soin

Il apparaît essentiel de débiter cette discussion en soulignant l'importance d'accorder une attention particulière à la manière dont sont pensées et nommées les réalités du soin. Les données recueillies rappellent que la relation thérapeutique repose sur des dimensions profondément humaines ainsi que sur la capacité à porter son attention sur la singularité de chacun. Ces dimensions humaines et relationnelles invitent à questionner certains termes couramment utilisés dans les milieux professionnels et scientifiques. En effet, les mots utilisés et les termes auxquels nous avons recours induisent et entretiennent des représentations qui peuvent influencer la manière de penser et d'orienter les pratiques ainsi que leur organisation.

Dans la littérature et auprès des professionnels, les expressions de « gestion des émotions », « gestion du stress » ou encore « prise en charge » sont largement utilisées pour décrire certaines dimensions du soin. Ces formulations relèvent d'un jargon professionnel et scientifique et peuvent véhiculer une vision davantage technique et organisationnelle, au détriment d'une vision humanisée des soins et de la relation qui en découle. En effet, le terme de « prise en charge » peut notamment suggérer l'idée d'un fardeau. Tandis que les notions de « gestion des émotions » ou de « gestion du stress » renvoient à une logique de contrôle et de maîtrise.

Dans le cadre de ce travail, il a donc été choisi de privilégier des formulations davantage centrées sur la dimension humaine, relationnelle et singulière du soin, tant pour les patients que

pour les soignants. Les notions « d'accompagnement », « d'ajustement émotionnel », « d'adaptation émotionnelle » ou encore « d'adaptation au stress » ont ainsi été privilégiées afin de mieux reconnaître la complexité des situations rencontrées, la réciprocité de la relation de soin ainsi que la singularité de chacun. De même, la notion de « complexité » qui en son sens premier signifie « qui est tissé ensemble » a été privilégiée à celle de « globalité » car ce qui est globalisé ne permet pas de repérer finement les particularités d'une situation ou d'un ensemble. Ce recours au terme « complexe » conduit, de la sorte, à mieux souligner la diversité et la spécificité des dimensions qui caractérisent la réalité des pratiques soignantes.

Cette réflexion autour d'une vision humanisante des terminologies utilisées constitue une vision essentielle dans la manière d'interpréter les résultats de cette étude.

5.2. Interprétation des résultats

5.2.1. L'omniprésence et la diversité des émotions dans le monde des soins

Malgré des formulations différentes de ce que représente une émotion pour les professionnels interrogés, la notion « *émotion* » peut être définie comme étant un sentiment, une réponse subjective et immédiate, influencée par le contexte. Les témoins privilégiés ainsi que les participants ont exprimé une multitude d'émotions ressenties dans leur quotidien professionnel. Passant par la tristesse, la joie, la colère et la frustration, évoquant ainsi le caractère variable des émotions ressenties par les professionnels de santé.

Au travers de leurs récits, certains participants évoquent la place centrale des émotions dans leur pratique. Ils vont jusqu'à affirmer que sans certaines émotions, il serait compliqué d'établir un lien thérapeutique, c'est-à-dire un lien perçu comme bienveillant et aidant. Les différents propos recueillis témoignent d'une conception relationnelle du soin dans laquelle les émotions constituent un levier essentiel.

Les résultats obtenus rejoignent également les travaux de Nightingale et al. (2018), qui soulignent que les émotions occupent une place indispensable dans le monde des soins et constituent un véritable atout dans la qualité des pratiques. Cette perspective renforce l'idée selon laquelle les émotions ne représentent pas uniquement une expérience individuelle du soignant, mais participent activement à la relation thérapeutique, à l'adaptation des interventions à la singularité de chacun, ainsi qu'à la qualité de l'accompagnement proposé au patient.

Parmi les participants interrogés, l'un d'eux nuance en expliquant que les émotions sont utiles mais qu'il est important qu'elles ne soient pas ressenties ou exprimées dans l'excès car cela peut être « épuisant » ou amener à des situations ou des comportements inadaptés. Cette vision

évoque l'importance des compétences émotionnelles et plus précisément la capacité d'adaptation émotionnelle dans le milieu professionnel.

L'ensemble des entretiens auprès des témoins privilégiés ainsi que des participants relatent l'omniprésence des émotions dans la pratique professionnelle des soins de santé. Les participants s'accordent pour dire que les émotions ne sont pas uniquement propres au soignant mais qu'elles remplissent également une fonction relationnelle et communicative, influençant ainsi la relation de soin.

5.2.2. La relation à l'autre comme fondement du lien thérapeutique

La mise en perspective de ces résultats souligne que la relation thérapeutique apparaît centrale et constitue un déterminant majeur de la qualité des pratiques. Pour certains participants, cette relation est considérée comme essentielle à un accompagnement plus efficace, voire indispensable à la valeur des soins et à la qualité des pratiques. Cette importance est renforcée par les propos de plusieurs participants qui soulignent le rôle de la relation dans l'instauration d'un climat de confiance, de sécurité, la facilitation de l'expression du patient et l'adaptation des interventions à ses besoins. Elle agit ainsi comme un levier, favorisant l'implication du patient et l'individualisation des soins, tout en conférant une dimension humaine et singulière aux soins.

La relation thérapeutique est également perçue comme un élément permettant de favoriser des accompagnements plus efficaces en renforçant le sentiment d'être écouté, compris et impliqué. Dans cette perspective, l'investissement dans la relation apparaît comme un déterminant de la qualité, bénéfique tant pour le soignant que pour le soigné. La capacité à considérer le patient dans sa singularité et à comprendre ses besoins sont décrits comme des éléments qui permettent d'établir une relation de confiance, ce qui influence directement la qualité des pratiques (Stravropoulou et al., 2022).

Cette dynamique s'inscrit dans une vision plus large et plus complexe du soin, qui prend en compte le patient mais aussi son entourage et la qualité des relations qui l'entourent. Elle permet également d'identifier et d'accompagner les émotions vécues. Dans cette perspective, la relation thérapeutique devient un véritable espace d'échange entre les différents acteurs impliqués, pouvant également apporter du sens ainsi qu'un enrichissement personnel aux professionnels de santé.

Enfin, ces éléments mettent en évidence que la relation thérapeutique repose sur un ensemble de compétences psychosociales et émotionnelles mobilisées dans l'interaction avec le patient, son entourage ainsi qu'avec les autres professionnels de santé. La relation thérapeutique

constitue donc un levier essentiel permettant d'adapter les soins à la singularité des situations et de contribuer à une meilleure qualité des pratiques. Ces résultats soulignent donc le rôle central de la relation thérapeutique, tout en soulignant l'importance des compétences émotionnelles et psychosociales dans la création d'un lien de confiance et d'accompagnement nécessaire à l'établissement du lien thérapeutique.

5.2.3. Les compétences émotionnelles et psychosociales : déterminants des pratiques

Les résultats obtenus montrent que les compétences émotionnelles et psychosociales occupent une place centrale dans la pratique professionnelle et qu'elles sont considérées par les professionnels comme étant indispensables au quotidien. Malgré une diversité de formulations utilisées, les professionnels interrogés décrivent les compétences émotionnelles comme un ensemble de capacités liées à la relation à soi et à l'autre. Selon eux, elles impliquent l'identification, la compréhension et la régulation des émotions, ainsi que l'attention portée à celles du patient et de son entourage.

Les compétences psychosociales sont majoritairement associées à un ensemble de capacités mobilisées dans les interactions professionnelles, permettant de communiquer efficacement, de collaborer avec les autres et de faire face aux situations complexes. Elles impliquent également une capacité d'adaptation, de résolution de problèmes et d'adaptation au stress.

Par ailleurs, plusieurs participants insistent sur le fait que ces compétences leur permettent d'être professionnels. Ils ajoutent que si ces compétences ne sont pas suffisamment développées, cela pourrait compromettre leur posture professionnelle, leur communication, leur collaboration et ainsi impacter la qualité de leur pratique. Certains participants affirment que ces compétences permettent de s'adapter au patient, de communiquer, de collaborer, de travailler en équipe et d'avoir une meilleure prise en considération du stress. Ces résultats s'inscrivent en cohérence avec la littérature scientifique, notamment les travaux de Machado et al. (2025), dont les résultats mettent en évidence le lien fort entre l'intelligence émotionnelle et les indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Cela confirme également le rôle déterminant des compétences émotionnelles dans la pratique. Les auteurs soulignent aussi la contribution de ces compétences dans la collaboration interprofessionnelle et dans la communication. Cela est en accord avec les propos des participants rencontrés qui décrivent la communication et la collaboration comme un levier de coordination des soins. Dans la même perspective, les résultats de Stravropoulou et al. (2022) montrent que la qualité des soins repose largement sur une communication efficace et une collaboration étroite.

À l'inverse, certains participants soulignent que des compétences émotionnelles insuffisantes chez certains collègues peuvent altérer la relation, la communication et la collaboration, impactant ainsi la qualité de la pratique. La littérature confirme le rôle déterminant des compétences émotionnelles et psychosociales dans la pratique soignante. Les travaux de Stravropoulou et al. (2022) et de Toluk et al. (2025) soulignent l'importance des dimensions relationnelles telles que l'empathie, l'écoute et la capacité à établir un climat de confiance avec le patient, et que cela constitue des éléments essentiels pour répondre de manière pertinente à ses besoins. L'association entre l'expression des émotions et le développement des compétences psychosociales met également en évidence l'importance d'un travail réflexif sur les émotions (Toluk et al., 2025). Dans cette continuité, plusieurs études confirment le rôle central de l'intelligence émotionnelle dans la qualité des pratiques (Karimi et al., 2021 ; Qweidat et al., 2024). Un niveau élevé d'intelligence émotionnelle est associé à une amélioration de la qualité des soins et une meilleure performance professionnelle, soutenant les résultats qualitatifs de notre étude. Les professionnels disposant de compétences émotionnelles plus développées seraient également plus aptes à faire face aux situations stressantes, à décoder les causes des conflits et à s'adapter aux exigences du travail (Karimi et al., 2021 ; Hashmi et al., 2024 ; Mehralian et al., 2025).

Ces éléments soutiennent les résultats obtenus dans cette étude, où les compétences émotionnelles apparaissent comme des ressources essentielles dans l'adaptation aux exigences relationnelles et émotionnelles des milieux de soins. Les participants rencontrés soulignent notamment l'importance de l'identification, de la compréhension et de l'ajustement des émotions dans leurs pratiques quotidiennes. Les compétences psychosociales apparaissent également indispensables pour assurer une communication optimale, une collaboration efficace et un accompagnement cohérent du patient.

Les compétences émotionnelles semblent par ailleurs jouer un rôle important dans la réussite professionnelle et personnelle des soignants. Les travaux de Khademi et al. (2021) mettent en évidence leur influence sur le bien-être, les interactions interpersonnelles et l'adaptation aux exigences professionnelles. De manière générale, les personnes capables d'ajuster efficacement leurs émotions présenteraient de meilleures performances professionnelles et contribueraient à des pratiques de meilleure qualité (Mikolajczak et al., 2023 ; Hashimi et al., 2024 ; Mehralian et al., 2025).

Ainsi, en lien avec la littérature, les compétences émotionnelles et psychosociales apparaissent comme étant de véritables leviers de qualité, influençant les relations interpersonnelles, la

dynamique d'équipe et le bien-être des soignants. Leur intégration dans les dispositifs de formation ainsi que dans les pratiques constitue, dès lors, un enjeu majeur pour la qualité des pratiques.

L'adaptation émotionnelle

L'analyse de ces éléments met en évidence que l'adaptation émotionnelle constitue une dimension centrale mais complexe de la pratique soignante, reposant sur un équilibre entre expression, contrôle et adaptation.

Les professionnels ayant participé à notre recherche décrivent une tension constante entre l'authenticité dans la relation et le maintien d'une posture professionnelle. Certains choisissent de dissimuler leurs émotions pour rester « professionnels » ou disponibles dans la relation, tandis que d'autres rencontrent des difficultés à faire face à leurs émotions, ce qui peut avoir un impact sur leur travail. À l'inverse, certains professionnels parviennent à trouver un équilibre en adaptant l'expression et le contrôle de leurs émotions selon la situation rencontrée.

L'adaptation émotionnelle apparaît ainsi comme une compétence essentielle dans la pratique quotidienne. Les émotions sont perçues comme indispensables à la pratique, malgré la nécessité d'un ajustement constant. Cela suggère que les émotions ne sont ni supprimées, ni pleinement exprimées mais plutôt dissimulées et modulées en fonction du contexte afin de soutenir le patient et ses proches. Cette adaptation s'inscrit ainsi dans une logique d'ajustement relationnel et clinique, y compris pour les professionnels occupant des fonctions managériales.

Plusieurs participants établissent un lien entre la capacité d'ajustement et la qualité des pratiques. Tandis que l'absence d'adaptation émotionnelle peut nuire à l'accompagnement et affecter la relation thérapeutique, elle apparaît également comme un cadre permettant de maintenir une « juste distance » thérapeutique, c'est-à-dire un équilibre entre implication relationnelle et protection de soi. Cette posture aide les professionnels à rester disponibles sans être submergés émotionnellement.

Les stratégies mises en place face aux émotions sont variées et dépendent du contexte. L'expression verbale, notamment entre collègues, apparaît comme un soutien précieux pour prendre du recul et alléger la charge émotionnelle. D'autres stratégies plus intériorisées sont évoquées, comme la prise de distance ou la retenue émotionnelle. Certains professionnels évoquent également le besoin de « couper » après le travail ou de se tourner vers des activités extérieures.

Ainsi, l'ajustement émotionnel se révèle être un processus adaptatif complexe, mobilisant des ressources individuelles et collectives. Elle constitue un enjeu central de la pratique soignante, influençant la qualité des pratiques, la relation thérapeutique et le bien-être des professionnels.

La communication et la collaboration

La mise en perspective de ces résultats avec la littérature souligne que la communication et la collaboration interprofessionnelle constituent des dimensions centrales de la qualité des soins, en cohérence avec les travaux de Stravropoulou et al. (2022). Leur étude met en évidence que la coordination et la collaboration sont des conditions essentielles à une approche multidimensionnelle et cohérente, ce qui rejoint les perceptions des participants pour qui la communication apparaît comme un élément structurant de la pratique. Cette vision est également renforcée par la littérature plus récente, notamment l'étude menée par Machado et al. (2025), qui met en évidence que l'intelligence émotionnelle favorise les interactions entre les professionnels en soutenant la collaboration et la communication. Cela suggère ainsi que les compétences émotionnelles participent directement à la dynamique collective des équipes.

Dans ce contexte, les résultats obtenus mettent en évidence que le travail d'équipe est influencé par la régulation émotionnelle, qui influence la communication et la collaboration.

L'évolution des compétences émotionnelles et psychosociales

Les résultats obtenus dans notre étude suggèrent que les compétences émotionnelles et psychosociales ne sont pas uniquement innées mais qu'elles se développent progressivement au fil de l'expérience professionnelle, des stages et d'un travail individuel.

Plusieurs participants décrivent une amélioration progressive de leur capacité à comprendre et à ajuster leurs émotions et celles des autres au fil de leur parcours professionnel. Cette évolution montre que ces compétences se développent avec le temps, grâce à l'expérience, à la réflexion sur la pratique et à l'exposition répétée aux situations cliniques.

L'expérience professionnelle apparaît d'ailleurs comme un élément central dans cet apprentissage, venant compléter, voire dépasser, les apports plus théoriques de la formation initiale. L'une des témoins souligne la distinction entre les apprentissages théoriques et ceux développés au contact direct des patients et des équipes, mettant en évidence l'importance des stages et de la pratique quotidienne. Dans cette perspective, la capacité à identifier ses émotions, considérée comme une compétence clé, semble se développer grâce à l'observation des autres professionnels ainsi qu'à l'expérience vécue sur le terrain. Cela renforce que cet apprentissage se construit progressivement au cœur de la pratique.

Enfin, ces éléments mettent en évidence le développement progressif d'une conscience émotionnelle, nourrie par l'expérience, les interactions professionnelles et la réflexion sur sa propre pratique. Les compétences émotionnelles et psychosociales apparaissent ainsi comme des compétences évolutives, qui nécessitent un accompagnement tout au long du parcours professionnel.

5.2.4. La qualité du soin et la qualité des soins vus par les professionnels

L'analyse des résultats obtenus dans cette étude met en lumière une conception de la qualité des pratiques à la fois complexe et multidimensionnelle, qui s'appuie sur des dimensions techniques, organisationnelles et relationnelles. En cohérence avec l'étude de Stravropoulou et al. (2022), la qualité est majoritairement envisagée selon une approche holistique, intégrant les besoins physiques, psychologiques et sociaux du patient. La littérature analysée met également en évidence l'importance des compétences émotionnelles en soulignant leur influence positive sur la qualité des pratiques. Ainsi, cela suggère que les professionnels disposant de compétences émotionnelles plus développées seraient plus aptes à fournir des soins de qualité. Cela confirme que la qualité ne repose pas uniquement sur des compétences techniques mais aussi sur des capacités relationnelles et émotionnelles (Qweidat et al., 2024 ; Karimi et al., 2021).

Certaines recherches suggèrent également que les compétences émotionnelles peuvent influencer la satisfaction des patients ainsi que leur fidélisation au sein des structures de soins (Mai et al., 2024). La qualité des interactions, la capacité d'écoute, l'adaptation relationnelle et la prise en compte des émotions du patient semblent ainsi participer à une expérience de soins plus positive et à un renforcement du lien de confiance envers les professionnels et les institutions de santé.

Par ailleurs, les résultats de cette étude mettent en évidence une distinction entre la « qualité du soin », liée à l'expérience du patient et à la relation, et la « qualité des soins », davantage associée aux dimensions organisationnelles et techniques. Si certains participants considèrent ces deux notions comme indissociables, d'autres soulignent leur complémentarité, illustrant la complexité du concept de qualité. Ainsi, la qualité des pratiques apparaît comme le résultat d'interactions entre des facteurs individuels, relationnels et organisationnels, mobilisant à la fois des compétences émotionnelles, psychosociales et techniques.

5.2.5. Les contraintes organisationnelles : frein à la mobilisation des compétences

L'analyse met en évidence le rôle déterminant des contraintes organisationnelles dans la qualité des pratiques et dans la mobilisation des compétences émotionnelles et psychosociales. En cohérence avec les travaux de Stravropoulou et al. (2022), les professionnels interrogés au sein de notre étude ont évoqué le manque de temps, les situations de sous-effectif, la surcharge de travail, les exigences et contraintes organisationnelles.

Ces contraintes ont un impact direct sur la qualité des pratiques ainsi que sur les interactions avec les patients. En effet, malgré des compétences émotionnelles et psychosociales développées, le manque de temps conduit à un accompagnement moins individualisé, plus rapide voire plus routinier, au détriment de la relation de soin. Cette dynamique peut aller jusqu'à entraîner une dégradation de la relation de soin. Cela a été souligné par certains participants qui ont observé qu'en situation de sous-effectif, l'attention se porte davantage sur les objectifs de productivité que sur la qualité du lien avec le patient. Ces contraintes orientent les pratiques vers une standardisation des soins. Certaines observations de terrain évoquent que le monde des soins évolue vers des pratiques davantage centrées sur la technicité et la standardisation. Cette évolution est perçue comme un déplacement des priorités, parfois au détriment de l'accompagnement relationnel, ce qui peut entraîner des ruptures ou des discontinuités dans la qualité des pratiques ainsi que dans la relation thérapeutique.

Dans ce contexte, les contraintes organisationnelles ainsi que l'accumulation des exigences émotionnelles peuvent favoriser l'apparition d'une détresse émotionnelle chez les professionnels de santé. Or, cette détresse peut avoir des répercussions importantes sur la qualité des pratiques, notamment en augmentant le risque de soins non optimaux ainsi que des difficultés relationnelles dans l'accompagnement des patients (Tagne et al., 2021). Ces effets peuvent également avoir des conséquences délétères sur la santé psychologique et le bien-être des soignants. Cela souligne l'importance de soutenir les professionnels dans l'adaptation et l'ajustement de leurs émotions face aux exigences émotionnelles liées aux soins.

Ces résultats mettent ainsi en évidence une tension entre les compétences, les valeurs professionnelles et les conditions réelles de leur mobilisation. De plus, ces contraintes influencent les dynamiques d'équipe et le bien-être des soignants. Les difficultés de communication entre collègues ou une prise en compte insuffisante des émotions au sein des équipes peuvent accentuer les effets de ces contraintes, en réduisant les possibilités de soutien collectif. Toutefois, certains participants nuancent ces constats en soulignant le rôle protecteur de la régulation émotionnelle et de l'adaptation au stress. Selon eux, ces compétences peuvent

contribuer à préserver la qualité malgré la surcharge de travail. Par ailleurs, le manque de formation initiale et continue à l'adaptation des émotions peut renforcer ces difficultés en limitant les ressources disponibles permettant aux professionnels de faire face aux situations humaines rencontrées.

Ainsi, si les compétences émotionnelles et psychosociales constituent des leviers essentiels pour garantir la qualité des pratiques, leur mobilisation reste étroitement liée aux conditions de travail, soulignant le caractère à la fois individuel et contextuel de la qualité.

5.2.6. Ressources

L'analyse de ces résultats met en évidence le rôle central de la collaboration comme ressource pour la mobilisation et le développement des compétences émotionnelles et psychosociales, ainsi que pour la qualité des pratiques.

En effet, les collègues apparaissent comme un soutien professionnel et émotionnel important, notamment à travers le partage d'expérience et la verbalisation des émotions, contribuant à réduire la charge émotionnelle. Le travail en équipe constitue ainsi un levier d'adaptation émotionnelle face aux exigences de terrain et aux situations cliniques rencontrées.

Ces résultats nuancent l'impact des contraintes organisationnelles. Bien que ces dernières puissent entraver la mobilisation des compétences, les ressources collectives, la qualité de la communication, la réflexion menée en équipe ainsi que la collaboration concrète apparaissent comme étant des facteurs protecteurs contribuant au bien-être des soignants et à la continuité des soins.

Par ailleurs, le développement des compétences repose sur une articulation entre dimensions individuelles et collectives. L'expérience professionnelle est identifiée comme un facteur majeur d'apprentissage, permettant une progression dans la capacité à identifier, comprendre et adapter ses émotions au fil du temps. Cet apprentissage s'inscrit dans des contextes présentant des interactions sociales au sein desquelles l'observation, l'échange et le soutien mutuel jouent un rôle déterminant.

Ainsi, la mobilisation des compétences repose sur un équilibre entre ressources internes et externes, étroitement lié au contexte d'exercice, à la collaboration, à la communication et à l'expérience, qui constituent des facteurs protecteurs face aux contraintes du milieu de soins.

5.2.7. Leviers

L'analyse des résultats obtenus auprès des professionnels rencontrés dans cette étude met en évidence le rôle central de la formation dans le développement des compétences émotionnelles et psychosociales et l'amélioration de la qualité des pratiques. Ces résultats confirment plusieurs tendances déjà décrites au sein des travaux de Stravropoulou et al. (2022), qui soulignent l'importance de la formation, des conditions de travail, du leadership et de la collaboration interprofessionnelle. Ces résultats rejoignent ceux obtenus par Qweidat et al. (2024), qui mettent en évidence le rôle prédominant de la formation et des compétences émotionnelles dans la qualité des pratiques. Cela suggère ainsi la nécessité de soutenir activement le développement de ces compétences tout au long du parcours professionnel.

Plusieurs recherches vont également plus loin en montrant que l'intégration de formations centrées sur les compétences émotionnelles au sein des cursus et des dispositifs de formation continue, pourraient contribuer à réduire l'épuisement professionnel et à améliorer la satisfaction au travail (Hashimi et al., 2024 ; Mehralian et al., 2025). Ces résultats renforcent l'idée selon laquelle le développement des compétences émotionnelles représente non seulement un levier pour la qualité des pratiques mais également un facteur protecteur du bien-être professionnel.

Cependant, les résultats de l'étude mettent en évidence certaines limites des dispositifs de formation actuels. En effet, plusieurs participants expriment le besoin de formations plus concrètes et davantage ancrées dans la réalité des pratiques. Cela implique de privilégier des approches actives telles que des mises en situation et des échanges interactifs, qui facilitent l'utilisation de ces compétences dans des situations de soins. Leur efficacité semble également dépendre de la manière dont ces compétences sont intégrées dans la pratique quotidienne, ce qui nécessite un apprentissage progressif et actif soutenu par des formations continues sur le lieu de travail. Par ailleurs, des dispositifs complémentaires, comme des espaces de parole, des groupes de réflexion ou un accompagnement par les pairs ou intervenants extérieurs, sont perçus comme des ressources précieuses. En effet, cela permettrait aux professionnels de prendre du recul, de mettre des mots sur leur vécu et de bénéficier d'un soutien mutuel.

Enfin, ces résultats soulignent l'importance d'une prise en compte et d'une approche pédagogique approfondie, dès la formation initiale, afin de mieux préparer les professionnels aux exigences émotionnelles et psychosociales du terrain. Ils mettent également en évidence que le développement des compétences repose sur une articulation entre formation, expérience professionnelle et personnelle, cette dernière jouant un rôle essentiel dans leur acquisition et

leur consolidation. L'apprentissage apparaît ainsi comme un processus continu, combinant apports théoriques, pratiques et interactions professionnelles. Dans cette perspective, la qualité des pratiques dépend, entre autres, de la capacité des dispositifs de formation à intégrer des approches expérientielles et collaboratives.

5.3. Les préconisations

Les résultats de cette recherche mettent en évidence que la qualité des pratiques repose en grande partie sur la mobilisation des compétences émotionnelles et psychosociales, tout en étant fortement influencée par les conditions de travail. Dans cette perspective, plusieurs pistes d'amélioration peuvent être envisagées.

5.3.1. Axe individuel

Au regard de l'omniprésence des émotions dans la pratique soignante, il apparaît essentiel de soutenir le développement des compétences émotionnelles, notamment l'identification, la compréhension et l'ajustement des émotions. Ces compétences nécessitent un travail réflexif continu. Dans cette perspective, il est recommandé d'encourager les professionnels à s'inscrire dans des démarches d'analyse de pratique ou de réflexion individuelle, favorisant une meilleure conscience émotionnelle et un ajustement plus adapté dans leur relation de soin.

5.3.2. Axe collectif et relationnel

Les résultats soulignent que la relation thérapeutique constitue un levier majeur de la qualité des pratiques, reposant sur la mobilisation de compétences émotionnelles et psychosociales. Il apparaît donc nécessaire de renforcer les dynamiques relationnelles tant avec le patient qu'au sein des équipes. Le travail en équipe doit être valorisé comme un espace de soutien et d'ajustement émotionnel. La mise en place d'espaces d'échange formels et informels apparaît essentielle pour permettre aux professionnels de verbaliser leurs émotions, de partager leurs expériences et de bénéficier d'un soutien mutuel. Ces dispositifs contribuent à la fois au bien-être des professionnels et à la continuité des pratiques de qualité.

Par ailleurs, une attention particulière doit être portée à la qualité de la communication et de la collaboration interprofessionnelle, identifiée comme un déterminant essentiel de la qualité des pratiques.

5.3.3. Axe pédagogique

La formation apparaît comme un levier central pour le développement des compétences émotionnelles et psychosociales. Il apparaît donc nécessaire de renforcer l'intégration de ces compétences dès la formation initiale et de mieux les prendre en compte afin de soutenir les professionnels face aux exigences émotionnelles et relationnelles propres à leurs différents contextes de pratique. Il semble important de privilégier des approches pédagogiques actives, permettant un apprentissage concret et directement mobilisable. En complément à cela, le développement de formations continues, idéalement intégrée au lieu de travail semble particulièrement adapté.

5.3.4. Axe organisationnel

Les contraintes organisationnelles limitent la mobilisation des compétences et peuvent altérer la qualité de la relation et du soin. Dès lors, il apparaît nécessaire de mieux prendre en compte les dimensions relationnelles et émotionnelles dans les organisations, notamment en agissant sur les conditions de travail. Le développement d'un encadrement soutenant et attentif au bien-être des professionnels et à la qualité des interactions constitue également un levier essentiel.

Par ailleurs, la mise en place de dispositifs favorisant le soutien collectif apparaît comme une condition nécessaire pour limiter les effets des contraintes et soutenir la qualité des pratiques.

5.4. Les forces et les limites

Ce travail présente plusieurs limites qu'il convient de considérer afin de nuancer la portée des résultats. Tout d'abord, la taille réduite de l'échantillon ne permet pas de généraliser les conclusions à l'ensemble de la population étudiée. Les résultats obtenus ne peuvent donc être considérés comme représentatifs mais ils peuvent être transférables à d'autres échantillons présentant des caractéristiques similaires. Par ailleurs, l'absence d'un volet quantitatif constitue une limite méthodologique. Bien que les données qualitatives recueillies apportent une compréhension riche et approfondie des expériences professionnelles, l'ajout de données chiffrées aurait permis de mieux mesurer l'ampleur des phénomènes observés et de renforcer la robustesse de l'étude. En outre, il aurait été particulièrement intéressant d'établir un profil des compétences émotionnelles des personnes rencontrées, à l'aide de l'outil d'évaluation « profil de compétences émotionnelles » développé par Brasseur et al. (2013). Ces résultats auraient ensuite pu être mis en regard de leur discours, voire de la perception des patients concernant la qualité des pratiques obtenues. Une telle démarche aurait permis d'approfondir et d'enrichir l'analyse en apportant un regard plus objectif sur certains éléments évoqués au cours des

entretiens. Toutefois, une intégration de cette ampleur représente, à elle seule, une perspective de recherche ou un sujet de mémoire à part entière.

Il est également important de mentionner que la nature même des compétences émotionnelles et psychosociales constitue un défi analytique. Ces compétences sont à la fois interdépendantes, multidimensionnelles et en partie subjectives, rendant leurs définitions et leurs évaluations complexes. L'influence de ces compétences sur la qualité des pratiques s'inscrit dans une dynamique multifactorielle impliquant de nombreux déterminants contextuels, organisationnels et individuels.

Malgré ces limites, cette recherche présente également plusieurs forces significatives. L'une des principales repose sur le choix d'une approche qualitative et croisée, qui permet de mettre en perspective les apports de la littérature scientifique, les récits de témoins privilégiés ainsi que les témoignages des professionnels de terrain. Cette richesse est renforcée par la diversité des sources mobilisées. En effet, l'étude s'appuie sur des entretiens menés auprès de professionnels issus de différentes disciplines ainsi que sur des témoins aux parcours variés. Cette démarche repose ainsi sur une triangulation méthodologique rigoureuse. Le croisement de ces perspectives permet une analyse plus complète et cohérente du sujet, tout en renforçant la validité des résultats obtenus.

Enfin, cette recherche met en lumière des dimensions encore peu explorées sous cet angle, notamment l'influence des compétences émotionnelles et psychosociales sur la qualité perçue des pratiques ainsi que les obstacles et leviers à leur mobilisation. Ces résultats soulignent l'importance de mieux intégrer ces compétences dans les dispositifs de formation et de leur accorder une place plus importante au sein des pratiques professionnelles et de l'évaluation de celles-ci. Cela ouvre des pistes de réflexion pour les institutions, notamment sur les dimensions psychologiques, relationnelles, communicationnelles et collaboratives du soin.

6. Conclusion

Ce travail avait pour objectif d'explorer la manière dont les compétences émotionnelles et psychosociales contribuent à la qualité perçue des pratiques soignantes, ainsi que les obstacles et les leviers à leur mobilisation.

Cette recherche qualitative exploratoire s'est appuyée sur quatre entretiens menés auprès de témoins privilégiés sélectionnés en raison de leur expertise dans le domaine des soins et de la coordination pluriprofessionnelle. Ce travail s'est également appuyé sur la réalisation d'entretiens semi-directifs auprès de sept professionnels de santé. Ils sont issus de disciplines variées et disposent d'au moins trois années d'expérience professionnelle. Ceux-ci étaient également engagés dans une relation de soin continue avec les patients. L'analyse de la littérature ainsi que des données qualitatives recueillies auprès des professionnels de santé mettent en évidence le rôle central des compétences émotionnelles et psychosociales dans la pratique quotidienne, ainsi que leur influence sur la qualité des pratiques.

Les compétences émotionnelles et psychosociales apparaissent comme des ressources essentielles pour construire une relation thérapeutique de qualité, favoriser la communication et adapter les pratiques de soins et d'accompagnement aux besoins des patients. Plus largement, elles contribuent à améliorer la qualité des pratiques, tant sur le plan relationnel qu'organisationnel. Ces compétences participent également à une meilleure compréhension des situations humaines par nature complexes et parfois émotionnellement chargées contribuant ainsi à une relation professionnelle adéquate.

Les résultats de cette recherche soulignent également que les émotions occupent une place omniprésente dans les environnements de soins. Elles traversent les interactions, influencent les prises de décisions, les relations ainsi que la manière dont les soins et l'accompagnement sont dispensés. Dans ce contexte, la capacité des professionnels à reconnaître, comprendre, exprimer et ajuster leurs émotions apparaît comme un élément fondamental de la qualité des pratiques. Ces compétences permettent non seulement de soutenir la relation thérapeutique mais également de préserver un certain équilibre professionnel face à des situations parfois éprouvantes.

Cette réflexion conduit également à interroger la manière dont les réalités du soin sont pensées et nommées. En effet, comme cela a été discuté précédemment, certaines terminologies largement utilisées dans les milieux professionnels et scientifiques, telles que « gestion des émotions », « gestion du stress » ou encore « prise en charge », peuvent véhiculer une vision

davantage technique et organisationnelle propices à une « objétisation » des personnes et donc à une déshumanisation des pratiques. Rappelons que les termes et expressions auxquelles nous avons recours, induisent voire entretiennent des représentations. C'est pour cette raison que tout au long de ce travail il a semblé essentiel de privilégier une approche plus humanisante des pratiques et des terminologies utilisées. Cette démarche vise à mettre davantage l'accent sur l'accompagnement, l'ajustement émotionnel, l'adaptation relationnelle et la singularité des situations vécues. Cette attention portée aux mots utilisés n'est pas anodine, car les terminologies influencent la manière de penser, les pratiques professionnelles, les relations de soins, ainsi que la place accordée à la personne ainsi qu'au professionnel.

Cependant, cette recherche montre que la mobilisation de ces compétences reste fortement influencée par le contexte organisationnel. Des contraintes, telles que le manque de temps, le sous-effectif ou encore la surcharge de travail, peuvent constituer des freins importants, en limitant l'investissement dans la relation de soins et en influençant la qualité des pratiques. À l'inverse, l'expérience professionnelle, le soutien des équipes ainsi que les espaces d'échange apparaissent comme des ressources facilitatrices importantes.

Enfin, ces résultats mettent en évidence la nécessité de mieux reconnaître et intégrer ces compétences dans les formations initiales et continues, notamment à travers des approches pratiques et réflexives.

Ainsi, au-delà des compétences scientifiques et techniques, ce mémoire souligne l'importance de considérer pleinement la dimension humaine du soin comme un levier fondamental d'amélioration de la qualité des pratiques. Les compétences émotionnelles et psychosociales ne constituent pas uniquement des ressources individuelles. Elles apparaissent également comme des dimensions essentielles pour soutenir des pratiques plus humaines, plus éthiques et davantage adaptées à la complexité singulière des situations rencontrées dans les milieux de soins.

7. Bibliographie

Askari, M., Jafariany, O., Ghafouri, O., Bazr, M., Dehnoalian, A. (2020). Comparison of nurses' and patients' viewpoints of the quality of nursing care. *Journal of Neyshabur University of Medical Sciences*, 8 (1), 38-45.

Boniol, M., Kunjumen, T., Nair, T. S., Siyam, A., Campbell, J., & Diallo, K. (2022). The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030: a threat to equity and 'universal' health coverage? *BMJ Global Health*, 7 (6). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35760437/>

Brasseur, S., Grégoire, J., Bourdu, R., Mikolajczak, M. (2013) The Profile of Emotional Competence (PEC): Development and Validation of a Self-Reported Measure that Fits Dimensions of Emotional Competence Theory. *PLoS ONE* 8(5).

Busse, R., Klazinga, N., Pantelli, D., Quentin, W. (2019). *An introduction to healthcare quality: defining and explaining its role in health systems*. Health Policy Series, No. 53. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies. 83 p. <https://doi.org/10.2875/19750>

Centers for Disease Control and Prevention. (2024). *Health workers face a mental health crisis*. Consulté le 5 octobre 2025 à l'adresse : <https://www.cdc.gov/vitalsigns/health-worker-mental-health/index.html>.

Damasio, A. (1994). *L'Erreur de Descartes*. Dans Mikolajczak, M., Quoidbach, J., Kotsou, I., Nelis, D. (2023). *Les compétences émotionnelles*. Paris : Dunod. 320p.

Dictionnaire Médical de l'Académie Nationale de Médecine. (2021). *Dictionnaire médical*. Consulté le 15 octobre 2025 à l'adresse : <https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php>.

Dugué, M., Sirost, O., Dosseville, F. (2021). A literature review of emotional intelligence and nursing education. *Nurse Education in Practice*, 54, 103124.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34175653/>

Gardner, H. (1983). *Frames of Minds: The theory of Multiple Intelligences*. New York: Basic Books. 440 p.

Gerken, S., Lefèvre, M., Bouckaert, N., Levy, M., Maertens de Noordhout, C., Obyn, C. *et al.* (2024). Performance of the Belgian health system: Report 2024. Bruxelles: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 164 p. Consulté le 28 septembre 2026 à l'adresse <https://www.sciensano.be/fr/biblio/performance-belgian-health-system-report-2024>

Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence: Why It Can Matter More Than IQ*. New York: Bantam Books, 352 p.

Gross, J.J. (2002). *Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences*. Dans Mikolajczak, M., Quoidbach, J., Kotsou, I., Nelis, D. (2023). *Les compétences émotionnelles*. Paris : Dunod. 320p.

Gross, J.J., Richards, J.M., John, O.P. (2006). *Emotion regulation in everyday life*. Dans Mikolajczak, M., Quoidbach, J., Kotsou, I., Nelis, D. (2023). *Les compétences émotionnelles*. Paris : Dunod. 320p.

Gross, J.J. (2008) *Emotion regulation*. Dans Mikolajczak, M., Quoidbach, J., Kotsou, I., Nelis, D. (2023). *Les compétences émotionnelles*. Paris : Dunod. 320p.

Groupe d'experts de la Conférence interministérielle Santé publique. (2025). *Pour la réforme du paysage hospitalier belge : Recommandations*. Bruxelles : Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. Consulté le 10 octobre 2025 à

l'adresse : https://www.health.belgium.be/sites/default/files/media/files/2025-12/fr_imczh_avis.pdf

Hashimi, S., Tahir, O., Nasir, Z., Hasnain, H., Riaz, R., Khan, H., *et al.* (2024). Impact of Emotional Intelligence on Professional Performance and Stress Resilience Among Healthcare Practitioners 16 (11). <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11662091/>

Haute Autorité de la Santé (2024). *Qualité des soins : Vers une Belgique en bonne santé.*

Consulté le 30 septembre 2025 à l'adresse :

<https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/qualite-des-soins>.

Hesbeen, W. (2024). *Cadres de santé : En chemin vers un horizon éthiquement désirable.* Paris : Elsevier Masson.

Hesbeen, W. (2017). *La qualité du soin infirmier : de la réflexion éthique à une pratique de qualité.* Paris : Elsevier Masson.

Hochner, N. (2016). Le corps social à l'origine de l'invention du mot « émotion ». *L'Atelier du Centre de recherche historiques*. Revue électronique du CRH, (16), 253-301. <https://doi.org/10.4000/acrh.7357>

Karimi, L., Leggat, S.G., Bartram, T., Afshari, L., Sarkeshik, S., Verulava, T. (2021). Emotional intelligence: Predictor of employees' wellbeing, quality of patient care, and psychological empowerment. *BMC Psychology*, 9(1), 93. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8176682/>

Keltner, D., Buswell, B. (1997). *Embarrassment: Its distinct form and appeasement functions.* Dans Mikolajczak, M., Quoidbach, J., Kotsou, I., Nelis, D. (2023). *Les compétences émotionnelles.* Paris : Dunod. 320p.

- Khademi, E., Abdi, M., Saeidi, M., Piri, S., Mohammadian, R. (2021). Emotional intelligence and Quality of Nursing Care: A Need for Continuous Professional Development. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 26(4), 361-367.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8344623/>
- Kotsou, I. (2014a). *L'expression et l'écoute des émotions*. (p.89-114) dans Mikolajczak, M., Quoidbach, J., Kotsou, I., Nelis, D. (2023). *Les compétences émotionnelles*. Paris : Dunod. 320p.
- Kotsou, I. (2014b). *La compréhension des émotions*. (p.115-132). dans Mikolajczak, M., Quoidbach, J., Kotsou, I., Nelis, D. (2023). *Les compétences émotionnelles*. Paris : Dunod. 320p.
- Lamboy, B. (2021). *Les compétences psychosociales : Bien-être, prévention, éducation*. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble.
- Lopes, P.N., Salovey, P., Côté, S., Beers, M. (2005). *Emotions regulations abilities and the quality of social interactions*. Dans Mikolajczak, M., Quoidbach, J., Kotsou, I., Nelis, D. (2023). *Les compétences émotionnelles*. Paris : Dunod. 320p.
- Luminet, O. (2002). *Émotions : confrontation et évitement*. Dans Mikolajczak, M., Quoidbach, J., Kotsou, I., Nelis, D. (2023). *Les compétences émotionnelles*. Paris : Dunod. 320p.
- Machado, D.R., Vilela, C. (2025). The relationship between nurses' emotional competence and evidence-based nursing: A scoping review. *Nursing Reports*, 15 (1), 1-15.
10.3390/nursrep15040124

Mai, P.T., Sa, N.P., Luu, T.D., Ly, N.K., Nguyen, P.D. (2024). Emotional competence of healthcare workers and its impact on patient loyalty in Vietnamese hospitals. *Health Psychology Research*, 12, 1-7.

Maslach, C., Leiter, M.P. (2016). Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111.

<https://doi.org/10.1002/wps.20311>

Mayer, J.D., Salovey, P., Caruso, D.R. (2004). *Emotional intelligence: Theory, findings, and implications*. Dans Mikolajczak, M., Quoidbach, J., Kotsou, I., Nelis, D. (2023). *Les compétences émotionnelles*. Paris : Dunod. 320p.

Mehralian, G., Bordbar, S., Bahmaei, J., Yusefi, I.R. (2025). Examining the impact of emotional intelligence on job performance with the mediating role of clinical competence in nurses: A structural equation approach. *BMC Nursing*, 24, Article 200. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03002-2>

Mikolajczak, M., Quoidbach, J., Kotsou, I., Nelis, D. (2023). *Les compétences émotionnelles*. Paris : Dunod. 320 p.

Nélis, D. (2014). *L'identification des émotions*. (p.37-58) dans Mikolajczak, M., Quoidbach, J., Kotsou, I., Nelis, D. (2023). *Les compétences émotionnelles*. Paris : Dunod. 320 p.

Nightingale, S., Spiby, H., Sheen, K., Slade, P. (2018). The impact of emotional intelligence in health care professionals on caring behavior towards patients in clinical and long-term care settings: Findings from an integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 80, 106-117. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.01.006>

Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE). (2023). *Compétences sociales et émotionnelles*. Consulté le 3 septembre 2025 à l'adresse <https://www.oecd.org/fr/themes/competences-sociales-et-emotionnelles.html?utm>.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2022). *Santé au travail : Agents de santé*. Consulté le 28 septembre 2025 à l'adresse : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/occupational-health--health-workers>.

Predatu, R., David, O., David, D., Maffei, A. (2021). Emotion regulation abilities as a predictor of anxiety, positive emotions, heart rate, and alpha asymmetry during an impromptu speech task. *Anxiety, Stress, & Coping. An international Journal*, 34, 719-733. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33380225/>

Qweidat, I., Alzoubi, M., Abu Shosha, G., Ta'an, W., Khalifeh, A., Alzoubi, M.M., *et al.* (2024). Relationship between emotional intelligence and quality of healthcare among nurses. *Frontiers in Psychology*, 15, Article 1423235. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39507072/>

Santé publique France. (2022). *Compétences psychosociales, santé, bien-être et réussite scolaire*. Consulté le 25 septembre 2025 à l'adresse : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/communication-congres/competences-psychosociales-sante-bien-etre-et-reussite-scolaire>.

Schutter, N.S., Malouff, J.M., Bobik, C., Coston, T.D., Greeson, C., Jedlicka, C., *et al.* (2001). Emotional intelligence and interpersonal relations. Dans Mikolajczak, M., Quoidbach, J., Kotsou, I., Nelis, D. (2023). *Les compétences émotionnelles*. Paris : Dunod. 320p.

Stavropoulou, A., Rovithis, M., Kelesi, M., Vasilopoulos, G., Sigala, E., Papageorgiou, D. *et al.* (2022). What quality of care means? Exploring clinical nurses' perceptions. *Clinics and Practices*, 12(4), 468-481. doi:10.3390/clinpract12040051

Tagne Nossi, A., Tachoum Waffo, B., Ngah Essomba, H.C., Mvessomba, E.A. (2021).

Perception of the risk of COVID-19, emotional intelligence and psychological health of caregivers. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 5 (3), 100212.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8012170/>

Thibauville, S., Guiné, A., Castel, D. (2017). *Accompagnement professionnel*. Louvain-la-Neuve : De Boeck.

Toluk, M., Alagöz, E., Afsar, F. (2025). The relationship between emotional expression skills and psychosocial care competencies among nurses in Turkey: A cross-sectional study. *BMC Nursing*, 24, 1229. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12487053/>

Zixin, L., Yang, P., Singer, S., Pfeffer, J., Mathur, M., Tait, S. (2024). Nurse burnout and patient safety, satisfaction and quality of care: A systematic review. *JAMA Network Open*, 7(10). doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.43059

Cours WFSP2241 : Influencer les comportements de santé : apports et limites des modèles explicatifs (I. Aujoulat, WFSP2241).

Cours WFSP2106 : Introduction aux méthodes qualitatives en santé publique.

8. Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien pour les participants

Annexe 2 : Retranscription d'un entretien avec une témoin privilégiée

Annexe 3 : Profil de compétences émotionnelles

8.1. Annexe 1 : Guide d'entretien pour participants

« De quelle manière les compétences psychosociales et émotionnelles contribuent-elles à la qualité perçue des pratiques soignantes pluriprofessionnelles et quels obstacles et/ou leviers rencontrent les professionnels de santé pour leur mise en œuvre ? »

Introduction

Bonjour, je vous remercie d'avoir accepté cet entretien dans le cadre de mon mémoire de master en sciences de la santé publique à l'UCLouvain. L'objectif de ce travail de recherche est de mieux comprendre l'impact des compétences émotionnelles et psychosociales sur la qualité des pratiques

Avec votre autorisation, l'entretien sera enregistré afin de garantir une retranscription fidèle de vos propos. Les données seront traitées de manière anonyme. Êtes-vous d'accord avec cela ?

La durée prévue de cet entretien est d'environ 45 minutes. Durant cet entretien, sentez-vous libre de partager ce que vous souhaitez, il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses. N'hésitez pas à demander une reformulation si une question n'est pas claire ou à demander que j'interrompe l'enregistrement si vous le souhaitez.

Avez-vous des questions avant de débiter ?

Questions

Parcours professionnel et expériences

- Quelle est votre qualification (ou votre fonction) ?
- Depuis combien de temps pratiquez-vous ?
- Pouvez-vous décrire brièvement le contenu de votre métier et vos responsabilités dans votre fonction actuelle ?

Relation soignant-soigné

- Quel regard portez-vous sur la relation soignant-soigné dans votre pratique professionnelle ?
- Qu'est-ce qui vous semble « bien » ou « moins bien » aujourd'hui ? Pourquoi ?
- Qu'est-ce qui, selon vous, caractérise une relation de qualité avec les patients et vos collègues ?
- Quel rôle joue cette relation dans votre pratique ?

Les émotions chez les soignants

- Selon vous, qu'est-ce qu'une émotion ?
- Quelles sont les émotions que vous ressentez le plus fréquemment dans votre quotidien au travail ?

Dans quelles situations, apparaissent-elles ?

- Quelle place prennent vos émotions dans votre manière de communiquer, de collaborer, d'entrer en relation avec les autres ou de gérer votre stress ?
- Comment identifiez-vous ou comprenez-vous vos émotions ou celles des autres (collègues, patients) ?

Pouvez-vous donner un exemple de situation où cela a influencé (positivement ou négativement) votre intervention ? Est-ce conscient ou automatique ?

Les compétences émotionnelles et psychosociales

- Comment définiriez-vous les compétences émotionnelles et psychosociales ?
- Avez-vous l'impression de les mobiliser dans votre pratique quotidienne ?
- Les compétences telles que la gestion du stress, la prise de décision, l'empathie, la coopération, sont-elles mobilisées naturellement ou au contraire nécessitent-elles un travail conscient ?

Ont-elles un impact direct sur des dimensions comme la continuité ou le centrage sur le patient ?

- Pouvez-vous relater l'une ou l'autre situation professionnelle et identifier en quoi vos émotions ont-elles eu un impact favorable ou néfaste ?

La prise de décision, la résolution de problème, la coopération, la collaboration, ainsi que la gestion du stress dans chacune de ces situations ?

Y'a-t-il eu un impact observable sur le patient ou l'équipe ?

Ajustement des émotions

- Avez-vous développé des stratégies pour gérer ou réguler vos émotions dans votre pratique ?

Et pour gérer, réguler celles des autres ?

- Vous est-il déjà arrivé de dissimuler certaines émotions face à certaines situations ? Pouvez-vous expliquer/détailler cette situation ?

Pourquoi les avez-vous dissimulées ?

Quelles ont été les conséquences sur le soin ou sur votre bien-être ?

Aviez-vous des craintes quant à la qualité des soins prodigués ?

Aviez-vous des freins à l'expressions de ces émotions ?

Qualité des pratiques

- Quelles distinctions établissez-vous entre la qualité des soins et la qualité du soin ?
- Comment définiriez-vous la qualité du soin ? Qu'est-ce que cela vous évoque ?

Est-ce que cela vous évoque plutôt la qualité de la rencontre avec une personne dans la relation et l'écoute ou est-ce que cela vous évoque plutôt une dimension globale et organisationnelle ?

- Quels éléments sont le plus caractéristiques de la qualité des pratiques ?

Efficacité, sécurité, continuité des soins, centrage sur la personne ?

- Comment évaluez-vous si les soins prodigués sont de qualité ?
- Dans quelle mesure des compétences telles que la régulation émotionnelle, la gestion du stress ou la communication contribuent-elles à cette qualité ?
- Comment exprimez-vous une émotion difficile ? Comment collaborez-vous avec l'équipe sous pression ? Y-a-t-il des différences selon les professionnels ?
- Comment cela affecte-t-il la qualité des soins ou votre bien-être ? Des exemples ?
- Pouvez-vous me raconter une situation où vos compétences émotionnelles et/ou psychosociales ont eu un impact notable sur la qualité du soin, positivement ou négativement ?

Quels enseignements en avez-vous tirés ?

Selon vous, comment pourrait-on mieux intégrer ces compétences dans les équipes de soins (formations, organisations, etc.) ?

- Parmi les dimensions de la qualité du soin que vous jugez essentielles (efficacité, centrage, continuité, etc.), lesquelles bénéficient le plus de vos compétences émotionnelles et psychosociales ?

Pourquoi cette compétence-là plutôt qu'une autre ?

Comment mesurez-vous concrètement cet impact ?

Y'a-t-il une situation ou des compétences émotionnelles n'ont pas aidé cette dimension ? Pourquoi ?

Leviers / Freins

- Selon vous, quels sont les leviers qui facilitent leur utilisation (formation, soutien managérial, réflexivité d'équipe)
- Quels obstacles rencontrez-vous dans leur mobilisation au quotidien ? (manque d'effectif, charge de travail, formation, esprit d'équipe, etc.).

Formations et besoins

- Quels soutiens ou dispositifs pourraient, selon vous, renforcer leur développement (formation, supervision, groupes de parole/travail, management, etc.) ?
- Avez-vous déjà bénéficié d'une formation sur les compétences émotionnelles et psychosociales au cours de votre parcours étudiant ou professionnel ?

Si oui, quels effets avez-vous observés sur votre pratique ou sur votre bien-être ?

Cela vous a semblé suffisant / adapté ?

- Avez-vous des suggestions pour développer la prise en considération et l'expression compétences émotionnelles et psychosociales ?
- Avez-vous des suggestions pour l'amélioration de la qualité des soins en lien avec ces compétences ? (soutien institutionnel, formation, groupe de travail, etc.).

Clôture

- Souhaitez-vous ajouter quelque chose à ce sujet ou partager une réflexion que nous n'aurions pas abordée ?

« Je vous remercie beaucoup pour ces échanges riches et constructifs. Votre contribution éclairera grandement mon analyse. Je reste bien entendu à votre disposition pour toute information ou question complémentaire par la suite ».

8.2. Annexe 2 : Retranscription d'un entretien avec une témoin privilégiée

Introduction

Étudiante (E) : Bonjour, je vous remercie d'avoir accepté cet entretien dans le cadre de mon master en sciences de la santé publique à l'UCLouvain. L'objectif de ce travail de recherche est de mieux comprendre l'impact des compétences émotionnelles et psychosociales sur la qualité des pratiques. Avec votre autorisation, l'entretien sera enregistré afin de garantir une retranscription fidèle de vos propos. Les données seront traitées de manière anonyme.

Êtes-vous d'accord avec cela ?

Témoin 1 (T) : Oui, je suis d'accord.

Début de l'enregistrement

1 **E :** La durée prévue de cet entretien est d'environ 30 à 45 minutes. Durant cet entretien, sentez-
2 vous libre de partager ce que vous souhaitez. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.
3 N'hésitez pas à demander une reformulation si une question n'est pas claire ou à demander que
4 j'interrompe l'enregistrement si vous le souhaitez.

5 Avez-vous des questions ?

6 **T :** Non, je n'ai pas de questions.

7 **E : Quelle est votre qualification et votre expérience professionnelle ?**

8 **T :** Alors, j'ai donc un master en santé publique et un bachelier en soins infirmiers et mon
9 expérience professionnelle, ça fait donc dix ans que je suis infirmière et quatre ans comme
10 infirmière-chef.

11 **E : Et quelles sont concrètement vos responsabilités au sein de votre fonction actuelle ?**

12 **T :** Alors, les responsabilités, c'est l'organisation du déroulement d'une journée, c'est la gestion
13 des effectifs et des horaires, c'est la gestion du personnel au sein de mon équipe, surtout le
14 département infirmier, c'est veiller à la collaboration avec les pluridisciplinaires, veiller à
15 l'optimisation des soins de qualité auprès des patients.

16 **E : Et au sein de vos différentes fonctions, quelles sont les émotions que vous avez le plus
17 souvent ressenties, que ce soit en tant qu'infirmière ou en tant que responsable ?**

18 **T :** En tant que responsable, je dirais souvent, je ne sais pas si c'est vraiment une émotion mais
19 de la frustration parce qu'on a beau se démener, par exemple avec les horaires, veiller à tout les
20 désidérata, faire un horaire qui est le plus agréable pour tout le monde, on aura toujours quand
21 même des retours de personnes qui ne sont jamais satisfaites et donc c'est assez frustrant de voir
22 tout le travail qu'on fait en arrière et puis avoir ça comme feedback. Sinon, la plupart du temps
23 c'est quand même des émotions qui sont positives parce que je suis quand même épanouie dans

24 ma fonction et comme infirmière, pour moi ça a toujours été très positif parce que j'aimais
25 beaucoup les échanges avec les patients, avec les collègues. Donc voilà, c'est plus depuis que
26 je suis responsable où j'ai ce côté un peu frustrant. Il y a aussi parfois le fait de devoir faire
27 attention à ce qu'on dit parce que tout ne peut pas être dit de manière comme on le pense, il faut
28 parfois mettre des filtres.

29 **E : Et le fait de mettre des filtres, est-ce que ça vous est déjà arrivé justement de ne pas**
30 **exprimer une émotion, de la cacher pour l'une ou l'autre raison ?**

31 T : C'est surtout parfois maintenir un peu ce côté tempérament où on a envie de se fâcher, d'être
32 un peu en colère parce que déjà il ne faut pas perdre ses moyens et puis parce que parfois ça ne
33 sert à rien de s'énervé sur la personne, c'est certainement pas comme ça qu'il va faire qu'on
34 demande le message. Par contre ce que je trouve qui est important c'est quand même de montrer
35 sa vulnérabilité. Donc ça m'est déjà arrivé d'avoir des émotions de tristesse quand j'étais pas
36 bien, mon équipe m'a déjà vu pleurer, c'est important de montrer que nous aussi, nous ne
37 sommes pas des surhumains.

38 **E : C'est une bonne chose et à l'inverse, est-ce qu'ils viennent se confier à vous de manière**
39 **générale ?**

40 T : Je trouvais qu'au début ils le faisaient plus que maintenant. Quand je suis passée responsable
41 après avoir travaillé six ans avec la plupart d'entre eux, les gens venaient souvent à moi se
42 confier et dernièrement je ne sais pas pour quelle raison mais j'ai un peu moins ce côté-là. Après
43 par contre on a une équipe où je trouve qu'en fait c'est un peu comme une petite famille et donc
44 les temps de pause, les gens déposent un peu pour tout le monde. Je n'ai pas vraiment quelqu'un
45 qui va venir me voir en aparté pour me dire il y a vraiment quelque chose dans mon privé qui
46 ne va pas et donc j'ai besoin que tu sois au courant. J'ai une personne qui peut-être dans l'équipe
47 le fait un petit peu plus parce qu'elle suit une formation et donc il y a un peu des complications
48 par rapport à ça. Mais sinon les autres, dernièrement en tout cas, ou alors c'est tant mieux, ils
49 n'ont peut-être pas de problème non plus. Qui sait ? On espère. Ou alors c'est vrai que nous on
50 a la chance ici d'avoir une seconde, donc il y a une sous-chef et peut-être que les gens ont
51 peut-être plus facile d'aller lui parler, elle est peut-être plus accessible. Peut-être que moi je
52 donne peut-être un côté où je cours un peu dans tous les sens et donc peut-être oui, ils ont peut-
53 être l'impression que du coup j'ai pas le temps alors que je m'arrêterai s'ils en ont besoin.

54 **E : Et est-ce que vous avez déjà éventuellement constaté que ce soit pour vous ou vos**
55 **collègues que les personnes qui déposaient peut-être moins leurs émotions malgré qu'elles**
56 **en avaient, est-ce que vous trouvez que ça a impacté la collaboration que ce soit entre vous**
57 **ou l'équipe pluridisciplinaire ou avec les patients ?**

58 T : Oui, parce que souvent les personnes qui ne disent rien, ça se voit parce qu'il y a le non-
59 verbale chez tout le monde. Il y en a où c'est plus excessif que d'autres. Mais je pense que voilà,
60 chez tout le monde on ressent quand quelqu'un n'est pas bien dans son privé ou même qu'il a
61 vécu quelque chose dans son professionnel qui le heurte. Et souvent ces personnes-là, celles qui
62 ne déposent pas en fait sont celles qui vont du coup, si je prends un exemple ici mais j'ai une
63 collègue qui souvent dès qu'elle est mal dans son privé, en fait devient beaucoup plus agressive
64 verbalement avec les patients, tolère beaucoup moins un patient qui va sonner pour des
65 multiples petites demandes qui ne sont peut-être pas vraiment nécessaires et donc en fait elle
66 va s'en prendre beaucoup plus vite à eux. Et je trouve ça dommage parce que si elle venait
67 déposer auprès de ses responsables en disant voilà je vis telle situation, en ce moment ça ne va
68 pas trop, ben nous on peut aussi peut-être un peu la protéger et ne pas la mettre du côté où les
69 patients sont peut-être un peu plus exigeants. Et pareil avec l'équipe, elle ne va pas pouvoir
70 prendre de distance, elle va tout prendre comme attaque. Donc ça je trouve que depuis mes
71 quatre années en tant que chef et même avant comme infirmière de terrain, j'avais déjà remarqué
72 que les personnes qui gardent tout pour elles, ça ne fait pas toujours du bien dans
73 l'environnement, aussi bien patient qu'avec les collègues.

74 **E : Donc pour vous ça influence vraiment la qualité de soin ?**

75 T : Oui.

76 **E : Vous diriez que ça influence plutôt la qualité du soin ou des soins ?**

77 T : Des soins, parce qu'il n'y a pas que le patient direct, il y a tout ce qui est managé autour, ça
78 met même à mal une dynamique d'équipe, une dynamique de collaboration avec les pluri, donc
79 je dirais des soins.

80 **E : Et quelles seraient pour vous les stratégies importantes pour les personnes comme**
81 **cette collègue-là ?**

82 T : Ce serait peut-être de faire des formations sur l'autogestion de ses émotions, une prise de
83 conscience aussi, parce que parfois ces personnes n'ont pas conscience de ce qu'elles rejettent
84 sur les autres. Je pense vraiment que ces personnes ont besoin de formation. Parfois il y a des
85 formations pertinentes, parce qu'il y a à boire et à manger dans les formations. Ce qui est pas
86 mal aussi, c'est parfois d'avoir quelqu'un de l'extérieur qui vient directement dans l'équipe,
87 comme ceux qui font les groupes de parole, où ça permet de déposer sans se sentir jugé par les
88 autres. Et ça je trouve que c'est bien aussi.

89 **E : Et est-ce que vous justement dans votre cursus, que ce soit bachelier, master ou même**
90 **professionnel, est-ce que vous avez eu des formations, des sensibilisations par rapport à**
91 **tout ce qui tourne autour des émotions, la régulation émotionnelle, etc ?**

92 T : Alors quand j'étais infi, on a eu une formation qui était obligatoire pour le personnel
93 soignant, c'était sur la communication non-violente, et dedans il y avait des petites parties sur
94 la gestion des émotions. Et ici, moi depuis que je suis responsable, j'ai peut-être oublié, mais
95 j'ai pas eu l'impression vraiment d'avoir eu ça pendant mon master, mais peut-être que j'ai oublié
96 des parties. Et là depuis que je suis chef, j'ai moi-même en fait pris deux formations qui sont en
97 lien avec la gestion des émotions. J'en ai déjà suivi deux.

98 **E : Et elles étaient obligatoires, conseillées ?**

99 T : Non, c'est moi qui les ai suivies, parce qu'en tant que responsable, on doit faire une
100 valorisation de plus ou moins 15 heures de formation par an, et c'est un peu à libre arbitre de ce
101 qu'on a envie de suivre. Et moi du coup, je n'ai pas suivi parce que j'avais ce besoin à moi
102 d'apprendre à comment gérer mes émotions, mais plutôt pour accompagner les équipes sur
103 comment justement anticiper des comportements comme ça dans une équipe. Donc voilà, je
104 trouvais cette formation assez intéressante.

105 **E : Et pour vous, elles devraient être obligatoires pour tout personnel soignant ?**

106 T : Je pense que ce serait bien.

107 **E : Oui, vous avez déjà constaté au sens plus large, même ceux qui arrivent à les exprimer,
108 que ça peut être important de les exprimer ?**

109 T : Tout à fait.

110 **E : Et est-ce que vous, en tant que personne, ou même professionnelle, est-ce que vous
111 avez l'impression que depuis votre début de carrière, votre façon de gérer les émotions,
112 de les réguler, de les comprendre et de les exprimer, est-ce que pour vous ça a évolué ?**

113 T : Oui. Au début, je faisais justement partie de ces personnes qui étaient très impulsives, la
114 moindre chose... J'étais toujours dans le drama, donc je pleurais très facilement.

115 Dès qu'il y avait une collègue qui me disait quelque chose qui ne me plaisait pas, je m'emportais
116 directement sur elle. Alors, je n'ai jamais eu ça avec les patients. Moi, c'était plutôt avec l'équipe.
117 Mais par contre, ce que j'avais avec les patients, c'est que parfois je me sentais un peu trop
118 dans... je prenais tellement sur moi pour justement être dans la patience, dans l'écoute, dans
119 l'empathie, que du coup, en fait, après, je n'arrivais plus à faire le... comment dire ça... à faire
120 un peu barrière émotionnelle entre leur vécu à eux et ce que moi je pouvais vivre. Et donc, on
121 a eu par exemple une euthanasie dans l'équipe, mais ça m'a mis à mal pendant 2-3 mois, parce
122 qu'émotionnellement, en fait, je n'étais pas prête, je pense, pour affronter ce genre de choses
123 alors que je pensais l'être. Et donc, en évoluant au fur et à mesure de mes années d'expérience,
124 je trouve quand même... Alors, il y a encore des fois où la gestion des émotions est un peu
125 compliquée, comme peut-être tout le monde, mais ça va beaucoup mieux avec le temps. Et les
126 formations vont vraiment faire du bien aussi.

127 **E : Et quand il y a des choses un peu plus particulières comme cette euthanasie dont vous**
128 **parlez, est-ce que l'institution dans laquelle vous travaillez a mis des choses en place,**
129 **quelque chose pour déposer ?**

130 T : À l'époque, on a eu une psychologue qui était spécialisée en plus dans tout ce qui est
131 justement accompagnement de fin de vie qui était disponible pour l'équipe. On a aussi eu
132 l'opportunité, par mon ancienne responsable, de pouvoir être présente ou non ce jour-là. Parce
133 qu'il y a quand même eu le choix de filtrer des infirmières ou des aides-soignants qui se disaient
134 vraiment, moi, c'est vraiment pas possible pour moi. Et donc, elles venaient pas travailler ce
135 jour-là. Mais mine de rien, il y a quand même eu un avant l'euthanasie, après l'euthanasie. Et
136 donc, il a fallu gérer quand même les émotions des autres aussi. Donc, la psychologue nous a
137 fait beaucoup de bien à ce moment-là.

138 **E : Je reviens un peu par rapport à ça et d'autres situations un peu plus classiques, pour**
139 **vous, c'est quelque chose qui doit être mis en place de manière peut-être trimestrielle, de**
140 **manière générale ?**

141 T : Tout à fait. Et un peu imposée. Parce qu'on a eu à un moment donné, je crois que c'était au
142 moment du COVID, ils avaient organisé au sein de l'institution une personne un peu de
143 confiance qui venait proposer un moment de discussion, ça se faisait par deux dans l'équipe où
144 il fallait, on avait le droit, je crois que c'était une demi-heure ou une heure, une session avec
145 cette dame. Mais comme c'était pas imposé, en fait, personne ne s'inscrit. Parce que les gens
146 disaient, oh, j'en ai pas besoin. Et au final, si, je pense que si on force les gens, au final, ils
147 déposent quand même. Bon, il y a certainement des personnes qui, malgré le fait que la
148 formation soit imposée, ils seront réfractaires et donc ça sera malheureusement perdu. Parce
149 que du coup, il n'y aura pas d'échange. Mais il y en a d'autres qui, si le formateur va aller
150 chercher là où il faut, je pense que ça peut vraiment être bénéfique.

151 **E : Et pour vous, c'est plus bénéfique en groupe ou en individuel ?**

152 T : Ça dépend. Je pense qu'il y a certaines personnes où l'individuel serait peut-être d'abord
153 préférable et après les confronter au groupe.

154 **E : Pour une question de pudeur ou de...**

155 T : Oui. Et puis de dérapage collectif aussi. Parce que si le formateur, j'ai une expérience, si le
156 formateur n'est pas suffisamment avec de l'expertise ou compétence, ça peut vite déraper et au
157 final, on va être dans du règlement de compte, dans des émotions qui vont exploser dans tous
158 les sens. Et en fait, ça va être pertinent pour personne.

159 **E : Et au sein de votre équipe, est-ce que vous avez l'impression qu'à quel degré les**
160 **personnes qui composent votre équipe ont une capacité ou non à déceler leurs émotions,**
161 **les comprendre, les exprimer ? Est-ce que c'est la majorité qui y arrive ?**

162 T : Je pense qu'on a quand même de la chance qu'une grosse majorité y arrive. Ici, une équipe
163 de dix-sept personnes, je dirais qu'il y a quatre personnes sur les dix-sept ont du mal à gérer
164 leurs émotions.

165 **E : Et pour vous, ça influence la collaboration entre vous ou pas forcément ?**

166 T : Alors, ça dépend le groupe et j'essaye un maximum de peut-être pas mettre ces quatre
167 personnes le jour, après parfois on n'arrive pas, mais si je mets ces quatre personnes le même
168 jour, avec du coup trois autres personnes, on sent vraiment l'impact que ça a aussi bien sur les
169 patients que sur le groupe. Du coup, j'essaie au possible de ne pas mettre ces quatre personnes
170 là ensemble le même jour, maintenant parfois on n'a pas le choix, mais je trouve ça vraiment
171 interpellant de prendre un exemple du lundi où on a six personnes qui vont travailler avec une
172 d'entre elles qui a un peu du mal à gérer ses émotions et tout se passe très bien et puis le
173 lendemain en fait on en a trois de ces personnes qui sont présentes, c'est la même charge de
174 travail, c'est le même patient et ça explose.

175 **E : Donc ça a un fort impact sur beaucoup de choses plus qu'on ne le croit ?**

176 T : Tout à fait.

177 **E : On a parlé des émotions, qu'elles pouvaient avoir un impact sur la collaboration, les**
178 **soins et la prise en charge. Est-ce que vous feriez une distinction entre la qualité du soin**
179 **et la qualité des soins et si oui, comment définiriez-vous l'un et l'autre ?**

180 T : Pour moi la qualité du soin, c'est un soin unique et celui-ci doit être de qualité parce que
181 justement, ça peut impacter la qualité des soins. Parce que pour moi, les soins au pluriel, ça met
182 en place plusieurs soignants, aussi bien un kiné, ergo assistante sociale, que le soin proprement
183 dit, c'est un des soignants, aussi bien ergo kiné que par exemple infirmier, qui va faire un soin
184 auprès du patient. Les soins, du coup, c'est une collaboration pluridisciplinaire.

185 **E : Donc si je comprends bien, donc pour vous la qualité du soin, c'est plus le relationnel**
186 **avec le patient dans un instant direct et la qualité des soins, c'est plutôt organisationnel et**
187 **la façon dont le cheminement des soins se fait.**

188 T : Exactement.

189 **E : Quand un patient va vous exprimer sa peur ou sa frustration, est-ce que votre**
190 **empathie vous permet d'adapter votre prise en charge, pour que sa prise en charge reste**
191 **qualitative ?**

192 T : Je dirais que dans les trois quarts du temps oui, mais ça m'est déjà arrivé que malgré que le
193 patient exprime sa fatigue ou sa baisse de morale ou voilà, d'autres notions du patient. Par
194 exemple avec un patient atteint d'Alzheimer complètement confus qui du coup par le passé a
195 déjà vraiment fort sollicité mon empathie, et qu'en fait à ce moment-là en fait j'arrive pas à être
196 dans l'empathie de ce patient. Ou alors imaginons ça m'est déjà arrivé dernièrement, j'ai

197 accumulé vraiment beaucoup de fatigue et en fait ce jour-là j'ai pas la casquette pour être
198 capable en fait d'être dans l'empathie, pas dire que je vais vraiment être désagréable avec le
199 patient mais par contre en fait ce ne sera pas le jour où je pourrais vraiment être au chevet de
200 celui-ci, commencer à être dans une écoute active et pouvoir le conseiller. Je sais que ce jour-
201 là en fait moi-même je dois me protéger et du coup en fait je vais un peu déléguer, je vais ou
202 aller chercher une collègue et du coup envoyer cette collègue pour prendre le relais, ou bien
203 alors dire que si la personne le souhaite il y a une psychologue qui sera plus appropriée pour
204 parler de ce genre de choses avec le patient.

205 **E : Et le fait de faire ça ou de mettre un filtre sur certaines émotions parce que c'est peut-**
206 **être mieux de ne pas de les montrer aux patients pour garder une posture professionnelle,**
207 **est-ce que ça a déjà impacté votre bien-être à vous?**

208 T : Je ne pense pas, je réfléchis, peut-être à des situations, mais à part pour l'euthanasie parce
209 que là j'ai pas su justement mettre une barrière de protection par rapport à ce qu'on a vécu avec
210 le patient, mais depuis ce moment-là j'ai jamais été dans mon bien-être, non.

211 **E : Donc vous vous écoutez plus vous dans vos ressentis pour vous protéger et prendre**
212 **soin de vous ?**

213 T : Tout à fait, quand je sens en fait que c'est compliqué, déjà moi j'ai cet avantage en tant que
214 responsable que si je ne suis pas dans un bon jour, je ne vais pas les mettre dans les soins et me
215 protéger pour limiter l'impact sur la pratique. Heureusement ça ne m'est encore jamais arrivé,
216 mais par contre j'ai cet avantage de pouvoir me protéger de ce côté-là, mais si maintenant je
217 suis quand même dans les soins, j'ai un patient et en fait je suis pas dans un bon jour, je vais me
218 protéger et ça va du coup pas m'impacter sur le bien-être.

219 **E : Et dans un autre type de cas de figure que le côté euthanasie, face à un patient peut-**
220 **être plus agité ou non-coopératif, est-ce que votre régulation émotionnelle, ou même le fait**
221 **de pouvoir vous mettre à distance, ça vous a permis de garantir la prise en charge et la**
222 **sécurité du soin sans rupture ?**

223 T : Tout à fait, et aussi le fait, je pense qu'une des forces dans une équipe soignante, au niveau
224 infirmerie et soignante, par rapport justement à mes collègues kinés ou ergos, c'est que nous on est
225 nombreuses, et donc on peut justement faire ce turnover de se dire qu'en fait c'est pas tous les
226 jours la même personne, que mes collègues kinés ou ergos, ils vont me voir tous les jours prendre
227 la même personne en charge, et donc je pense qu'il y aura peut-être plus d'usure sur le long
228 terme que nous soignants. Les seules personnes à qui ça pourrait, je trouve, être plus vite arrivée,
229 et en plus avec la fatigue de la nuit, c'est ceux qui travaillent la nuit, parce qu'ils sont seuls pour
230 prendre en charge ces trente-trois patients, et là du coup avec un patient qui est peut-être avec
231 des troubles cognitifs, est beaucoup plus sur la sonnette, on peut en arriver à des situations où

232 en fait, on n'arrive plus à être dans cette empathie, et avoir une posture qui est professionnelle
233 ou adéquate, et c'est déjà d'ailleurs arrivé au sein de l'équipe. Un excès... être non-adéquat au
234 niveau verbal, des propos qui ont été non-professionnels, parce qu'en fait ce soignant était en
235 souffrance, était sur un roulement de sept nuits, et en fait il y a la fatigue qui est là, il y a ce
236 patient qui a aussi besoin, et ça ne justifie en rien de sortir de son côté professionnel, mais lui
237 il y a eu des mots qui ont été exprimés, et qui n'étaient pas du tout adéquats, et qui ne rentrent
238 pas dans les valeurs en plus de l'institution, donc... voilà.

239 **E : Donc pour vous, les contraintes organisationnelles, elles peuvent tant bien avoir un**
240 **impact sur la qualité du soin et des soins, et sur les émotions des soignants, qui vont**
241 **déteindre sur eux ? Est-ce qu'il y a des stratégies qui sont possibles de mettre en place, à**
242 **ce moment-là, en tant que responsable ?**

243 T : Une des stratégies qui a été mise en place, avec les expériences et les partages qu'ont fait
244 plein de différents chefs, si je prends la nuit comme exemple, c'est qu'ils ont mis en place
245 dernièrement une monitrice qui travaille la nuit, avec des adjointes, et qui en fait du coup est à
246 l'écoute et relaie, comme quand il y a un problème la nuit, comme nous, le jour où on pourrait
247 avoir, ben justement, d'aller chercher sa responsable ou une autre collègue. Ils sont du coup
248 moins livrés à eux-mêmes, donc ça c'était assez positif. Pour les organisations du jour, moi je
249 veille toujours à ce qu'il y ait un roulement, on ne travaille pas tout le temps du même côté, et
250 il y a des patients chez qui je sais que des collègues ont parfois un peu moins d'empathie, je
251 vais éviter de mettre ces soignants avec ces patients-là, pour justement éviter les émotions non
252 attendues des soignants.

253 **E : Et donc pour vous, la communication, quelle place prend-elle ? Est-ce que ça a un lien**
254 **avec la communication ?**

255 T : C'est hyper important, la communication est hyper importante, et je pense qu'il ne faut pas
256 avoir honte ou avoir peur d'exprimer à son responsable, ou dans l'autre sens, de dire, en fait,
257 moi je ne me sens pas à l'aise avec cette situation, je ne me sens pas à l'aise avec la prise en
258 charge de ce patient, c'est humain, il faut se respecter, et c'est justement quand on n'est pas dans
259 la communication qu'on a peut-être peur de dire des choses, qu'on en arrive parfois à des
260 catastrophes. Et donc c'est très important, et quand je dis catastrophe, c'est aussi bien dans la
261 relation du soin, des soins, mais aussi dans tout ce qui est burnout ou d'autres maladies comme
262 ça qu'un soignant pourrait avoir. Il faut vraiment se protéger, aussi bien pour nos patients que
263 pour nous-mêmes.

264 **E : Vous accordez beaucoup d'importance à cet aspect, mais comme vous collaborez**
265 **régulièrement avec d'autres responsables et cadres, avez-vous déjà constaté des**
266 **différences entre ceux qui prennent en compte le bien-être et les émotions de leurs équipe**

267 **et ceux qui y sont moins attentifs ? Selon vous, cela a-t-il un impact sur l'équipe, sur les**
268 **patients ou encore sur la dynamique de l'équipe ?**

269 T : Alors il y a des équipes où c'est un peu moins pris en considération. L'impact que j'ai pu
270 observer, c'est qu'au niveau des soignants, il y avait beaucoup d'absentéisme, parce que du coup
271 en fait les soignants ils craquent, et au niveau des patients, c'était des services où il y avait
272 beaucoup de dépôts de plaintes des familles. Ou en réunion chef, on entendait quand même
273 beaucoup des patients qui devaient être recadrés, il y a même eu des services où parfois la police
274 a dû intervenir, donc je pense que c'est très important, c'est parfois encore fort tabou pour
275 certains managers d'aborder tout ce qui est émotions. Mais avec les nouvelles formations, le
276 nouveau mode de management et de leadership on développe de plus en plus ces aspects-là.
277 Les futurs managers devraient être plus qualifiés, exemple prendre en compte la vulnérabilité
278 et des choses comme ça, donc j'espère que dans l'avenir, ce sera plus au centre du management.

279 **E : Et votre institution, selon vous, est-ce que vous trouvez qu'au fil de votre carrière, est-**
280 **ce qu'elle prend de plus en plus en compte cela ? Vous dites que les responsables, oui, mais**
281 **est-ce qu'au niveau macro ?**

282 T : Alors c'est un peu double tranchant, parce qu'ils y sont attentifs dans le sens que
283 dernièrement, on a eu une formation obligatoire en groupe de chefs par rapport à justement tout
284 ce qui est gestion des émotions, vulnérabilité, mais moi, personnellement, j'ai pas l'impression
285 qu'ils sont encore en adéquation avec tout ça, parce que certaines actions qu'ils font pour moi
286 ne va pas en lien avec justement pouvoir être ok, de dire quand ça va pas, ou pouvoir avoir une
287 oreille déposée. En fait, dans mon expérience, j'ai eu l'impression qu'à chaque fois que j'avais
288 montré des émotions qui pouvaient ne pas être joyeuses, ou dire que j'avais des difficultés, que
289 je souffrais de quelque chose, en fait, ça s'est retourné contre moi et on l'a pris comme un
290 manque de compétences. En tout cas, ça c'est mon expérience personnelle, peut-être que
291 d'autres personnes n'ont jamais eu ça, mais du coup, je trouve que ça va un peu dans deux sens
292 un peu opposés. Parfois, ils veulent amener des nouvelles formations, une nouvelle manière de
293 voir le soin, et puis d'un autre côté, en fait, ils vont faire marche arrière et voilà, c'est pas encore
294 tout à fait très en accord entre ce qu'ils veulent et ce qu'ils font.

295 **E : Donc, il y a une ambivalence entre la façon de faire les formations et, en fait, si j'ai**
296 **bien compris, en parallèle de ça, ils n'utilisent pas forcément, ou ils ne mettent pas à profit.**

297 T : En fait, leur propre management parfois ne laisse pas la place, justement, à cette ouverture
298 sur les émotions et sur tout ce qui tourne autour.

299 **E : Et si vous deviez identifier trois obstacles et trois leviers à la mobilisation de toutes tes**
300 **compétences émotionnelles et psychosociales, qu'est-ce que ce serait pour vous ?**

301 T : Donc, si je dirais trois obstacles, alors aujourd'hui, c'est la méfiance par rapport quand je me
302 confie à un cadre, en fait, ou encore plus haut, mais donc c'est de pouvoir, en fait, avoir une
303 oreille sans être jugée. Ça, pour moi, c'est un obstacle.

304 **E : Ça vient d'un manque de confiance ?**

305 T : Oui, clairement. Un autre obstacle, même si, dernièrement, j'ai appris à montrer ma
306 vulnérabilité à l'équipe, mais je trouve qu'en même qu'un chef est fort seul, et donc ça peut être
307 un obstacle de se dire qu'en fait, nous, on n'a pas vraiment personne à qui pouvoir déposer, à
308 qui se confier, à part les autres chefs, mais elles sont aussi parfois occupées, puis c'est différent,
309 elles ne vivent pas exactement la même chose que nous au quotidien, donc ça, pour moi, c'est
310 un autre obstacle.

311 **E : Est-ce que la surcharge de travail ou le manque d'effectifs, dont vous parliez, est-ce**
312 **que c'est quelque chose qui impacte votre travail ?**

313 T : Oui, ça peut l'être aussi. Ça peut, effectivement, aussi être un obstacle... qui peut découler
314 sur le reste de l'équipe, qui, s'ils sont moins d'effectifs, ils ont moins le temps d'exprimer leurs
315 compétences émotionnelles et psychosociales auprès de l'équipe ou des patients. Les leviers, on
316 l'a dit au début, c'était les formations, je pense aussi une bonne cohésion d'équipe, avec une
317 communication qui est ouverte, qui est sur le non-jugement de l'autre, c'est essentiel.

318 Pour moi, ça va ensemble, communication et émotions, on ne peut pas les dissocier, donc ça,
319 c'est vraiment des leviers sur lesquels il faut travailler dans les plans stratégiques de l'institution.
320 Il y a aussi, donc, tout ce qui est absentéisme, qu'il faudrait se pencher sur le bien-être des
321 soignants, pour justement que un soignant qui n'est pas bien ne peut pas soigner correctement
322 un patient, donc ça va de soi. On parle toujours d'optimisation et de la qualité des soins, mais
323 pour que les soignants puissent offrir des soins de qualité, il faut qu'eux-mêmes soient bien,
324 donc il y a tout un travail à faire sur ce côté-là.

325 **E : Et si vous devriez choisir, vous parliez aussi de la qualité, qu'est-ce qui est le plus**
326 **décisif dans une qualité du soin et des soins dans tout ce qu'on a abordé aujourd'hui?**

327 T : Alors, des soins, la communication, et du soin, il y a la communication et le bien-être du
328 soignant.

329 **E : On arrive tout doucement à la fin de cet entretien. Est-ce qu'il y a une réflexion ou un**
330 **questionnement qu'on nous n'aurait pas abordé et que vous vouliez partager ?**

331 T : Non, je trouve que c'est, franchement, un sujet très intéressant. Il a toute sa place dans la
332 société actuelle. Et dans l'institution actuelle.

333 **E : Je vous remercie pour ces enrichissements qui vont bien guider ma recherche.**
334 **N'hésitez pas si vous avez des questions.**

8.1. Annexe 3 : Profil de compétences émotionnelles

Profil de compétences émotionnelles

Sophie Brasseur et Moïra Mikolajczak (2012)

Reference : Brasseur S, Grégoire J, Bourdu R, Mikolajczak M (2013) The Profile of Emotional Competence (PEC): Development and Validation of a Self-Reported Measure that Fits Dimensions of Emotional Competence Theory. PLoS ONE 8(5): e62635. doi:10.1371/journal.pone.0062635

Clé de scoring: voir <http://sites.uclouvain.be/ilab/index.php/questionnaires/>

Merci pour le temps que vous consacrez à ce questionnaire et pour l'intérêt que vous y portez.

Les questions ci-dessous ont pour but de mieux comprendre comment vous vivez avec vos émotions. Répondez spontanément à chacune des questions en tenant compte de la manière dont vous réagissez en général. Il n'y a ni bonnes, ni mauvaises réponses car nous sommes tous différents à ce niveau.

Pour chacune des questions, vous devrez vous positionner sur une échelle de 1 à 5. **1** signifie que la proposition ne vous correspond pas du tout ou que vous ne réagissez jamais de cette façon ; au contraire **5** signifie que vous vous reconnaissez tout à fait dans ce qui est décrit ou que cela vous arrive très souvent.

	1	2	3	4	5
1. Mes émotions apparaissent sans que je comprenne d'où elles viennent.					
2. Je ne comprends pas toujours pourquoi je réagis comme je réagis.					
3. Si je le voulais, je pourrais facilement jouer sur les émotions des autres pour obtenir ce que je veux.					
4. Je sais quoi faire pour rallier les gens à ma cause.					
5. Je n'arrive pas à m'expliquer les réactions émotionnelles des gens.					
6. Quand je me sens bien, j'arrive facilement à savoir si c'est parce que je suis content, fier de moi ou détendu.					
7. Je sais lorsqu'une personne est en colère, triste, ou joyeuse même si elle ne m'en parle pas.					
8. J'arrive facilement à trouver les mots pour décrire ce que je ressens.					
9. Je ne me base jamais sur mes émotions pour orienter ma vie.					
10. Quand je me sens mal, je fais facilement le lien avec une situation qui m'a touché(e).					
11. Je peux facilement obtenir ce que je désire des autres.					
12. Je retrouve facilement mon calme après avoir vécu un évènement difficile.					

13. Je peux facilement expliquer les réactions émotionnelles de mes proches.					
14. La plupart du temps, il m'est facile de comprendre pourquoi les gens ressentent ce qu'ils ressentent.					
15. Quand je suis triste il m'est facile de me remettre de bonne humeur.					
16. Quand quelque chose me touche, je sais immédiatement ce que je ressens.					
17. Si quelque chose me déplaît j'arrive à le dire calmement.					
18. Je ne comprends pas pourquoi mes proches réagissent comme ils réagissent.					
19. Quand je vois quelqu'un qui est stressé ou anxieux, il m'est facile de le calmer.					
20. Lors d'une dispute, je n'arrive pas à savoir si je suis triste ou en colère.					
21. J'utilise mes émotions pour améliorer mes choix de vie.					
22. J'essaie d'apprendre des situations ou des émotions difficiles.					
23. Les autres viennent facilement me parler de leurs problèmes personnels.					
24. Mes émotions m'informent des changements à effectuer dans ma vie.					
25. C'est difficile pour moi d'expliquer aux autres ce que je ressens même si je le veux.					
26. Je ne comprends pas toujours pourquoi je suis stressé(e).					
27. Si quelqu'un venait me voir en pleurs, je ne saurais pas quoi faire.					
28. J'éprouve de la difficulté à écouter les gens qui se plaignent.					
29. Je n'adopte pas la bonne attitude avec les gens parce que je n'ai pas perçu dans quel état émotionnel ils sont.					
30. J'arrive facilement à savoir ce que les autres ressentent.					
31. J'essaie d'éviter que les gens ne me parlent de leurs problèmes.					
32. Je sais comment faire quand je veux motiver les gens.					
33. Je suis doué(e) pour remonter le moral des gens.					
34. J'ai du mal à faire le lien entre les réactions d'une personne et ce qu'elle a vécu.					
35. Je suis habituellement capable d'influencer la manière dont les autres se sentent.					
36. Si je le voulais, il serait facile pour moi de pousser quelqu'un					

à se sentir mal.					
37. Je trouve difficile de gérer mes émotions.					
38. Mes proches me disent que je n'exprime pas assez ce que je ressens.					
39. Quand je suis en colère, je peux facilement me calmer.					
40. Je suis surpris(e) par la réaction de certaines personnes parce que je n'avais pas perçu qu'elles étaient déjà de mauvaise humeur.					
41. Mes émotions m'informent de ce qui est important pour moi.					
42. Les autres n'acceptent pas la manière dont j'exprime mes émotions.					
43. Souvent, quand je suis triste, je ne sais pas pourquoi.					
44. Il m'arrive souvent de ne pas savoir dans quel état émotionnel se trouvent les personnes autour de moi.					
45. Les autres me disent que je suis un bon confident.					
46. Je suis mal à l'aise quand les autres me racontent quelque chose de difficile pour eux.					
47. Lorsque je fais face à quelqu'un en colère, je peux facilement le calmer.					
48. Je suis conscient de mes émotions au moment où je les éprouve.					
49. Quand je me sens mal, il m'est difficile de savoir quelle émotion je ressens exactement.					
50. Lorsque je suis confronté(e) à une situation stressante, je fais en sorte d'y penser de manière à ce que cela m'aide à rester calme.					

Le PEC est aussi disponible en Anglais, Néerlandais (validaté), Japonais (validaté), Polonais (validation en cours), Roumain (validation en cours), Espagnol (validation en cours), Basque (validation en cours), Portugais (validation en cours). Les collaborations sont les bienvenues dans toutes les autres langues!

9. Résumé

Ce mémoire s'inscrit dans le champ de la santé publique et s'intéresse à l'influence des compétences émotionnelles et psychosociales sur la qualité des pratiques soignantes. Dans un contexte marqué par des contraintes organisationnelles croissantes ainsi qu'une augmentation du stress, cette recherche vise à identifier de quelle manière ces compétences influencent la qualité des pratiques perçue par les soignants eux-mêmes. Elle explore également les difficultés rencontrées par les professionnels pour mobiliser ces compétences quotidiennement, ainsi que les ressources susceptibles de les soutenir et de les favoriser. Cette étude repose sur une approche qualitative exploratoire. Afin de mieux comprendre le vécu des professionnels, plusieurs méthodes complémentaires ont été mobilisées : une mise en contexte, une recherche documentaire réalisée à partir de diverses bases de données, des entretiens auprès de témoins privilégiés, ainsi que des entretiens semi-directifs auprès de professionnels de santé issus de disciplines variées. Les participants sélectionnés disposaient d'au moins trois années d'expérience professionnelle et exerçaient dans des contextes de soins impliquant une relation thérapeutique régulière avec les patients. Les entretiens ont été enregistrés, retranscrits dans leur intégralité, puis analysés selon une approche thématique.

Les résultats montrent que les compétences émotionnelles et psychosociales occupent une place essentielle dans les pratiques soignantes. Les professionnels interrogés soulignent notamment l'importance de reconnaître, comprendre et ajuster ses émotions, mais aussi la place centrale de l'empathie, de la communication, de la coopération, ainsi que de l'adaptation relationnelle dans la qualité des pratiques et dans la relation thérapeutique. Les résultats montrent également que ces compétences contribuent positivement à la satisfaction professionnelle, à la qualité des interactions avec les patients ainsi qu'au sentiment d'efficacité dans les soins dispensés. Toutefois, plusieurs freins limitent leur mobilisation dans la pratique quotidienne, notamment la surcharge de travail, le manque de temps, les contraintes organisationnelles, ainsi que l'exposition répétée au stress et à l'épuisement professionnel. Enfin, cette recherche souligne également l'importance de développer des dispositifs favorisant l'intégration de ces compétences dans les pratiques professionnelles, notamment à travers la formation initiale et continue, le soutien institutionnel et les espaces d'échanges. Les compétences émotionnelles et psychosociales apparaissent ainsi comme des ressources essentielles pour soutenir les pratiques de soins plus humaines, réflexives et qualitatives.

Mots-clés : *compétences émotionnelles ; compétences psychosociales ; qualité des pratiques ; qualité des soins ; qualité du soin ; professionnels de santé ; relation thérapeutique ; accompagnement ; intelligence émotionnelle ; régulation émotionnelle ; ajustement émotionnel ; adaptation émotionnelle ; adaptation au stress ; bien-être professionnel ; soins centrés sur la personne.*

