

Faculté de santé publique

La régulation des émotions des infirmier.ère.s dans la relation soignant-soigné en éducation thérapeutique.

Une étude mixte après dominance qualitative visant à expliquer l'impact des compétences émotionnelles sur la qualité de la prise en charge et de l'éducation thérapeutique des patients chroniques (diabète de type 2)

Mémoire réalisé par
Baz Christina

Promotrices :

Promotrice : Raes Marie-Emilie

Co promotrice : Aujoulat Isabelle

La régulation des émotions des infirmier.ère.s dans la relation soignant-soigné en éducation thérapeutique.

Une étude mixte après dominance qualitative visant à expliquer l'impact des compétences émotionnelles sur la qualité de la prise en charge et de l'éducation thérapeutique des patients chroniques (diabète de type 2).

Remerciements :

Je tiens tout d'abord à adresser mes sincères remerciements à ma promotrice, Madame Raes, ainsi qu'à ma co-promotrice, Madame Aujoulat, pour la confiance qu'elles m'ont accordée tout au long de ce travail. Je leur suis profondément reconnaissante pour la richesse de leurs enseignements, leur disponibilité, leur écoute attentive ainsi que la qualité de leur accompagnement.

Je souhaite également exprimer ma gratitude à ma meilleure amie, Lara, pour sa présence constante, son soutien et ses encouragements tout au long de mon parcours de master, mais également pour son amitié précieuse depuis mes 16 ans.

Mes remerciements s'adressent aussi à ma famille, à mes parents, à mes sœurs ainsi qu'à ma tante Christine qui, malgré la distance et les circonstances difficiles que traverse notre pays, m'ont apporté chaque jour la force, le courage et le réconfort nécessaires pour poursuivre et mener à bien ce projet.

Je tiens aussi à remercier ma cheffe de service, Maud, pour la flexibilité qu'elle m'a accordée dans l'organisation de mes horaires de travail, ainsi que mes collègues pour leur bienveillance, leur soutien et leur aide au quotidien.

Enfin, j'adresse mes sincères remerciements à Madame Carette pour son soutien dans le cadre de ce mémoire.

Le 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.

NOM et PRENOM : Baz Christina

Titre du mémoire : La régulation des émotions des infirmier.ère.s dans la relation soignant-soigné en éducation thérapeutique.

Promotrice : Raes Marie-Emilie, **Co-promotrice :** Aujoulat Isabelle

RÉSUMÉ

Contexte : Le diabète de type 2 constitue un enjeu majeur de santé publique nécessitant une prise en charge globale, centrée sur le patient. L'éducation thérapeutique du patient (ETP) favorise l'autonomie et l'adhésion aux soins. Toutefois, les infirmier.ère.s sont confrontés à des contraintes tant organisationnelles et émotionnelles susceptibles d'influencer la qualité de la relation soignant-soigné.

Méthode : Cette étude vise à comprendre le rôle des compétences émotionnelles et de la régulation des émotions dans la relation de soin en ETP auprès des patients atteints de diabète de type 2. Une approche qualitative dominante a été privilégiée. Douze entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès d'infirmier.ère.s travaillant en endocrinologie (U44) ou en ETP aux Cliniques Universitaires Saint-Luc. Les données ont été analysées selon une analyse thématique. Une composante quantitative complémentaire a également été intégrée à l'aide du *Profile of emotional competence (PEC)* (Brasseur et al., 2013) (*cfr. annexe 3*).

Résultats : Les résultats montrent que la relation soignant-soigné repose sur des dimensions éducatives, émotionnelles et relationnelles. Les participants soulignent l'influence des émotions sur la relation thérapeutique. Face aux contraintes rencontrées dans leur pratique, les infirmier.ère.s décrivent avoir développé leurs propres stratégies de régulation émotionnelle, parmi lesquelles la communication, l'humour, la prise de recul et le soutien entre collègues. Les principaux freins identifiés sont le manque de temps, le manque de soutien institutionnel et les interruptions répétées. Les scores du PEC révèlent globalement un bon niveau de compétences émotionnelles malgré les contraintes professionnelles.

Discussion : L'expérience professionnelle semble favoriser le développement progressif des compétences émotionnelles. Les résultats mettent en évidence leur importance dans la qualité de la relation thérapeutique et l'accompagnement éducatif des patients chroniques.

Conclusion : cette étude souligne la nécessité d'intégrer davantage les compétences émotionnelles dans la formation initiale et continue des professionnels de la santé, ainsi que de développer des environnements de travail soutenant afin de garantir une ETP de qualité.

Mots clés : régulation émotionnelle, compétences émotionnelles, relation soignant-soigné, éducation thérapeutique du patient, diabète de type 2, soins infirmiers.

Table des matières

A. Partie Théorique	10
1. Introduction	10
1.2 Motivation	11
2. Cadre théorique	13
2.1 Contexte	13
2.2 Les émotions dans la relation de soin	15
2.2.1 La relation soignant-soigné	15
2.2.2 L'éducation thérapeutique (ETP)	17
2.2.3 Le diabète (de type 2)	18
2.3 L'intelligence émotionnelle dans les soins	20
2.3.1 Les compétences émotionnelles	20
2.3.2 La régulation des émotions	22
2.4 Le profil des compétences émotionnelles (PEC)	24
2.5 Limites et obstacles à l'éducation thérapeutique et au développement de l'intelligence émotionnelle chez les infirmier.ère.s	25
2.6 Synthèse de la problématique et objectif de recherche	26
B. Partie Pratique	27
3. Matériel et Méthode	27
3.1 Type d'étude	27
3.2 Critères d'inclusion et d'exclusion de l'échantillon	28
3.3 Collecte des données	29
3.4 Description du déroulement des entretiens	30
3.5 Méthode de traitement des données	30
3.6 Cadre éthique de l'étude	31
4. Résultats	32
4.1 Présentation de l'échantillon	32
4.2 Freins organisationnels et facteurs de stress influençant la relation de soin	33
4.2.1 Une relation de soin spécifique dans le diabète de type 2	35
4.2.2 Les émotions dans la relation de soin	38
4.2.3 La régulation émotionnelle dans la pratique infirmière	40
5. Discussion	46
5.1 Synthèse des principaux résultats	46
5.2 Synthèse globale	47
5.3 Confrontation avec la littérature	48
5.3.1 La relation soignant-soigné face aux contraintes organisationnelles	48
5.3.2 L'éducation thérapeutique : entre principe de co-construction et les réalités du terrain	49
5.3.4 Le diabète de type 2 : une source d'émotions pour les soignants	50

5.3.5 Les compétences émotionnelles : développées mais insuffisamment soutenues....	51
5.3.6 La régulation émotionnelle : d'une exigence à une compétence professionnelle ...	52
5.3.7 Fatigue compassionnelle et altération de la qualité des soins (articles externes)....	53
6. Limites et points forts de l'étude.....	54
7. Recommandations et perspectives	55
7.1 Recommandations	55
7.2 Perspectives	56
8. Partie réflexive	57
9. Conclusion.....	59
10. Bibliographie et Annexes	61

Liste d'abréviations :

IE : Intelligence émotionnelle

ETP : Éducation thérapeutique du patient

DT2 : Diabète de type 2

SP : Santé Publique

CE : Compétence (s) émotionnelle (s)

PEC : Profile of Emotional Competence

A. Partie Théorique

1. Introduction

« Selon Paulus, Van den Heede et Mertens (2012), un malade chronique est considéré comme une personne ayant des besoins liés à la maladie chronique. Ces besoins évoluent dans le temps et ne sont pas nécessairement uniquement médicaux (contrôle de la douleur, lutte contre les symptômes, prévention des complications, ...), mais également psychologiques (besoin d'information, soutien émotionnel), sociaux (aide dans la vie quotidienne, intégration dans la société) et spirituels. »

Dans le cadre de ce mémoire, la maladie chronique étudiée est le diabète de type 2, qui constitue la forme la plus fréquente (Santé publique France, 2023).

« Parmi les quatre principales pathologies chroniques identifiées comme prioritaires en raison de leur prévalence et de leur implication dans les dépenses de santé, le diabète occupe une place majeure (Paulus, Van den Heede et Mertens, 2012). Sa prévalence ne cesse d'augmenter, rendant nécessaire une prise en charge globale et adaptée des patients. »

Ces personnes, confrontées quotidiennement à leur maladie et à ses complications, nécessitent un accompagnement favorisant leur bien-être ainsi que le maintien de leur qualité de vie. C'est dans cette perspective que s'inscrit l'éducation thérapeutique (ETP), dont la qualité et l'efficacité reposent en grande partie sur les compétences et l'engagement des professionnels de santé.

Cependant, sur le terrain, les freins s'accumulent : la lourdeur des démarches administratives, la complexité de former une équipe soudée et surtout les problèmes financiers, notamment pour les infirmières, à l'absence de prise en charge financière (Jaffiol et al., 2016). Ces obstacles peuvent fragiliser les soignants, les exposant à un déséquilibre émotionnel susceptible d'altérer la qualité de leur accompagnement.

L'intérêt que je porte à ce sujet découle de mon expérience personnelle en tant qu'infirmière en service d'endocrinologie, où je pratique quotidiennement l'éducation thérapeutique auprès de patients diabétiques. Face à la complexité de cette pathologie, aux facteurs externes pouvant influencer la bienveillance de cette démarche (charge de travail, pénurie), au manque de formation et à la charge émotionnelle qu'elle implique, j'ai souvent ressenti du stress, de la frustration et un certain mal-être professionnel. Ce vécu m'a amenée à m'interroger sur l'importance de la régulation émotionnelle dans la relation soignant-soigné.

Cette prise de conscience s'est approfondie lors de mon inscription à l'option de « Comportements et compétences pour la santé », et plus particulièrement grâce au cours consacré à l'intelligence émotionnelle donné par Madame Raes. Elle s'est également renforcée au cours de mon stage d'observation réalisé dans le cadre du portfolio WFSP2244, au cours duquel j'ai pu constater l'importance, pour le soignant éducateur, de reconnaître et de réguler ses propres émotions, mais également de permettre au patient d'exprimer les siennes afin de favoriser la gestion des émotions complexes associées à la maladie chronique.

À ce propos, Xu et Fan (2023) soulignent la nécessité pour les professionnels de santé d'adapter en continu leurs stratégies de régulation émotionnelle en fonction des situations cliniques rencontrées. Les auteurs recommandent de réduire la suppression des émotions, souvent coûteuse en énergie mentale et associée à un risque élevé d'épuisement émotionnel, au profit de l'expression authentique d'émotions ou de la valorisation d'émotions positives. Ils insistent également sur l'importance, pour les responsables en soins infirmier.ère.s, de prêter attention à la régulation émotionnelle afin d'améliorer le bien-être au travail, la relation soignant-soigné ainsi que l'adhésion du patient à l'éducation thérapeutique.

Ainsi, l'objet de ce mémoire est de mettre en évidence l'importance des compétences émotionnelles et de leur développement chez les professionnels de la santé afin de garantir une éducation thérapeutique de qualité auprès des patients atteints de diabète de type 2, tout en favorisant une relation soignant-soigné efficace, empathique et bienveillante.

Ces constats amènent donc à formuler la question de recherche suivante :

« Comment la régulation émotionnelle des infirmier.ère.s influence-t-elle la relation soignant-soigné dans l'éducation thérapeutique des patient.e.s diabétiques de type 2 ? »

1.2 Motivation

Depuis le début de mon expérience professionnelle en tant qu'infirmière au sein d'une unité de soins, j'apprends chaque jour à adopter une posture de soignante adéquate, en tenant compte de la complexité du vécu et de l'état de santé des patients. Je travaille dans un service regroupant plusieurs spécialités : endocrinologie, néphrologie, médecine interne et maladies infectieuses. Notre unité est la seule à accueillir des patients diabétiques hospitalisés pour diverses raisons : mise en place de pompes à insuline, difficultés de gestion du diabète, complications telles que le pied diabétique, bilans, éducation thérapeutique, examens spécifiques ainsi que prise en charge globale du diabète.

En tant que soignante dans ce service, mes collègues et moi-même accordons une attention particulière aux patients diabétiques afin de leur assurer un suivi approprié et une prise en charge globale. L'approche multidisciplinaire est au cœur de notre pratique et implique les infirmier.ère.s, médecins, psychologues, podologues et kinésithérapeutes, afin de considérer la personne dans sa globalité.

Cette approche centrée sur la personne et sur son état clinique m'a toujours particulièrement intéressée et me pousse à m'adapter continuellement.

Mon choix de m'inscrire au cours de « Comportements et compétences pour la santé » était motivé par le besoin d'acquérir des connaissances approfondies en éducation thérapeutique du patient, un aspect indispensable dans la prise en charge des patients diabétiques.

Au cours du module, et particulièrement lors de la séance consacrée aux compétences émotionnelles donnée par Madame Raes, j'ai pris conscience de l'importance des émotions, qu'il s'agisse de celles du patient ou des nôtres, dans la relation soignant-soigné.

Le portfolio réalisé dans le cadre du travail WFSP2244, consistant en l'observation d'une séance d'éducation thérapeutique auprès d'une patiente diabétique, a approfondi mes connaissances et renforcé mon intérêt pour ce sujet. J'ai compris que l'éducation thérapeutique ne se résume pas à la transmission d'informations, mais qu'elle implique une approche centrée sur le patient, prenant en compte ses besoins, ses représentations, ses émotions ainsi que son vécu. C'est une démarche qui requiert du temps, de la présence, de l'écoute active ainsi que de l'ajustement et de l'adaptation constants (éléments repris du portfolio).

Lors de cette séance, j'ai également pu observer comment, à travers la mobilisation de ses propres compétences émotionnelles, le soignant permettait à la patiente de renforcer ses capacités d'adaptation face aux émotions complexes liées à la gestion de sa maladie. Cette observation confirme que la maîtrise des compétences émotionnelles par le soignant constitue un levier essentiel de l'efficacité et de la qualité de l'ETP.

L'ensemble de ces éléments a renforcé ma motivation à explorer plus en profondeur le rôle des émotions et la manière de les gérer dans la relation avec les patients.

2. Cadre théorique

Dans ce premier chapitre, les concepts clés en lien avec la thématique de ce travail seront présentés, à savoir : la relation soignant-soigné, l'éducation thérapeutique, le diabète de type 2, les compétences émotionnelles et la régulation des émotions. Les interactions entre ces différents concepts ainsi que leur influence réciproque seront également mises en lumière afin de justifier le choix de ce sujet. Ce chapitre débute par un aperçu du cadre contextuel dans lequel s'inscrit cette étude, suivi de la définition des concepts.

Tout d'abord, le concept de la relation soignant-soigné sera défini à partir d'articles scientifiques et de recherches issues de la littérature. Ensuite, une attention particulière sera accordée au principe de l'éducation thérapeutique du patient (ETP), notamment dans le contexte des maladies chroniques, et plus particulièrement du diabète de type 2.

Le chapitre abordera ensuite les concepts de compétences émotionnelles et de régulation des émotions, qui jouent un rôle important dans la prise en charge des patients. Par la suite, les limites et les obstacles rencontrés dans ce contexte seront soulevés.

Enfin, les influences réciproques entre les différents concepts seront développées, en soulignant la pertinence du lien entre la relation soignant-soigné, les compétences émotionnelles des soignants, ainsi que l'éducation thérapeutique chez les patients atteints de diabète de type 2.

2.1 Contexte

Comme mentionné dans les parties « Motivation » et « Introduction », le choix de ce sujet de recherche est étroitement lié à mon activité professionnelle. En effet, je suis régulièrement en contact avec des patients souffrant de maladies chroniques. Dans notre service, l'équipe est composée d'une cheffe et de douze infirmières, dont cinq à temps plein et le reste à temps partiel. L'unité peut accueillir jusqu'à 27 patients, dont cinq lits, voire plus selon le besoin, sont dédiés à l'endocrinologie.

Les patients pris en charge sont des adultes, adolescents ou des personnes âgées, ce qui nécessite une adaptation des soins en fonction de l'âge, de la vulnérabilité et des besoins spécifiques de chacun.

Ce contexte professionnel est particulièrement exigeant, car il se caractérise par une pénurie d'infirmier.ère.s, une charge de travail importante et un nombre élevé de patients.

Dans de telles conditions, établir et maintenir une véritable relation soignant-soigné constitue un défi majeur, nécessitant de la volonté, des efforts ainsi que des compétences spécifiques.

En effet, « ne pas pouvoir accorder suffisamment de temps, d'empathie et d'attention à chaque patient.e, l'épuisement émotionnel, la sensation de devoir prioriser les tâches administratives ou logistiques au détriment du contact humain, reviennent constamment dans la bouche des soignant.e.s » (Lavergne, Thomas & Janssens, Hélène, 2024).

Cela souligne le rôle central des émotions dans la relation soignant-soigné, tant pour prévenir l'épuisement professionnel que pour garantir des soins appropriés et une prise en charge efficace des patients.

Un cercle vicieux peut ainsi se développer, combinant les difficultés à maintenir une relation soignant-soigné de qualité, les réalités de l'environnement des soins de santé (contraintes organisationnelles et structurelles), le sentiment de mal-être ressenti personnellement et exprimé par les collègues, une prestation sous-optimale de l'éducation thérapeutique des patients ainsi que le sentiment d'incompétence professionnelle qui peut en découler.

Cette problématique est également documentée dans la littérature scientifique. Dans leur méta-analyse, Ge et al. (2023) montrent que la prévalence du syndrome d'épuisement professionnel (*burnout*) chez les infirmiers a montré une tendance à la hausse au cours des dix dernières années. Les auteurs soulignent que ce phénomène n'affecte pas seulement les infirmiers eux-mêmes, mais également les patients dont ils ont la charge. De même, ils citent que de nombreuses preuves ont démontré que les causes de l'épuisement professionnel sont notamment : un environnement à haute pression, des horaires de travail longs, une charge de travail excessive, la perte de soutien des collègues et la violence sur le lieu de travail.

Dans ce contexte, la relation soignant-soigné apparaît comme une composante complexe et exigeante de la pratique infirmière nécessitant des compétences spécifiques qui vont au-delà des seules compétences techniques, particulièrement dans la prise en charge des patients diabétiques, pour lesquels l'éducation thérapeutique est indispensable.

La motivation derrière ce mémoire est donc de souligner l'importance des émotions dans les soins infirmiers, en reconnaissant le travail émotionnel comme une partie intégrante de la

pratique professionnelle, ainsi que d'explorer le niveau de compétence émotionnelle des soignants. Cette recherche vise à explorer l'intérêt des formations en régulation émotionnelle et en compétences émotionnelles destinées aux infirmier.ère.s impliqués dans l'éducation thérapeutique des patients, afin d'améliorer la qualité des soins et, à terme, de prévenir l'épuisement professionnel.

2.2 Les émotions dans la relation de soin

2.2.1 La relation soignant-soigné

Pour mieux comprendre le rôle des compétences émotionnelles dans la pratique infirmière, il est tout d'abord nécessaire de définir le concept de relation soignant-soigné ainsi que ses éléments fondamentaux. La construction d'une relation soignant-soigné adaptée au contexte de soins constitue une dimension essentielle du travail des professionnels de santé, notamment des infirmier.ère.s, qui sont les soignants qui passent le plus de temps avec les patients (traduction libre) (Dailah, 2024).

« Le personnel infirmier est en effet au cœur de la profession de soins, et le développement de relations efficaces avec les personnes qu'il accompagne constitue un élément central de son rôle » (Hartley et al., 2020) (traduction libre).

Selon Naudin, Salomon-Legrand, Margat et Heuze (2020) - Livre Bien débiter la relation soignant-soigné -, la relation soignant-soigné est une relation particulière, puisqu'elle s'initie le plus souvent dans une relation asymétrique issue de la demande d'un patient souffrant, qui a besoin de la compétence des professionnels de la santé. Cette relation se construit suivant la manière qu'ont les soignants d'accueillir la demande (la souffrance, le besoin). Elle nécessite alors une véritable implication du soignant dans la relation. Cette dernière est le reflet de l'engagement personnel, d'une forme de disponibilité et d'accueil de l'autre.

Dans cette perspective, Moreno-Poyato et al., (2016) définissent la relation thérapeutique comme un processus relationnel par lequel l'infirmière cherche à améliorer la situation de santé de la personne soignée.

Compte tenu de la complexité de l'instauration et du maintien d'une relation soignant-soigné de qualité, une prise en charge infirmière fondée sur des compétences solides apparaît indispensable. La littérature souligne que la relation infirmier-patient atteint généralement son niveau optimal lorsque le soignant est compétent dans le maintien d'une relation d'aide (Granados Gámez, 2009). « Ainsi, l'infirmier.ère peut faire de chaque contact avec le patient

une relation d'aide, quel que soit le contexte dans lequel cette relation se déroule ou quelles que soient les attentes que le patient a formulées quant à l'objectif de la relation infirmier-patient. » Cela souligne l'importance cruciale pour eux de détenir les compétences nécessaires pour construire une relation thérapeutique de qualité permettant d'aboutir à des résultats pertinents. Cependant, plusieurs études indiquent que les aspects socio-émotionnels n'obtiennent pas la place qui leur revient dans la pratique quotidienne, malgré le fait que, lorsque ceux-ci sont abordés au moins à un certain degré, des conséquences positives en ce qui concerne la satisfaction et l'observance du traitement en résultent (Dubé & Paquet, 2003).

« Les émotions occupent une place centrale dans la relation de soin : les patients ont besoin d'être écoutés, compris et soutenus tout au long de leur traitement, ce qui contribue à atténuer l'anxiété et la peur. Répondre aux besoins émotionnels des patients dans la relation de soin est essentiel. Un bon soutien émotionnel peut améliorer l'adhésion des patients au traitement, accroître leur satisfaction vis-à-vis des soins et favoriser la confiance » (Pan & Wang, 2025) (traduction libre). De leur côté, les infirmier.ère.s déclarent qu'ils développent une sensibilité à l'égard des états émotionnels de leurs patients ainsi qu'à leurs besoins physiques et, qu'au fil du temps, ils tissent des liens forts (Şahin & Özhanlı, 2025).

Granados Gámez (2009) rappellent toutefois que l'attention en soins infirmiers est déterminée par l'unicité de la personne qui prodigue les soins, quel que soit le contexte ou la personne prise en charge (traduction libre). Cette perspective met en évidence que la qualité de la relation soignant-soigné ne repose pas uniquement sur les savoir-faire techniques, mais également sur des compétences humaines et relationnelles essentielles à l'accompagnement du patient.

« L'uniforme infirmier n'est pas seulement un symbole de la profession, mais aussi une identité porteuse de sacrifice, de compassion et de responsabilité. Les infirmier.ère.s contribuent à la fois au rétablissement physique et psychologique des patients, faisant preuve de patience et de sensibilité à chaque étape de leur prise en charge (Şahin & Özhanlı, 2025) ».

En accordant une attention particulière aux aspects émotionnels des patients, les infirmiers(ères) peuvent identifier plus précisément leurs besoins et obtenir des résultats positifs.

On peut donc déduire que la relation soignant-soigné repose sur plusieurs fondements permettant son bon déroulement et son efficacité, ainsi que sur l'acquisition de compétences spécifiques, et que les émotions occupent un rôle central dans cette relation de soin.

2.2.2 L'éducation thérapeutique (ETP)

Dans le contexte des maladies chroniques, l'éducation thérapeutique des patients représente un élément fondamental des soins centrés sur le patient.

« L'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise l'acquisition de compétences permettant au patient de gérer au mieux sa vie avec sa pathologie. Elle vise à rendre le patient plus autonome et à faciliter son adhésion au traitement, s'inscrivant dans un processus continu, intégré aux soins et centré sur la personne » (Éducation thérapeutique, concepts et enjeux, ADSP, n °66 mars 2009).

De plus, l'ETP nécessite une collaboration plus large qu'on ne l'imagine. Comme l'indique Gagnayre (2003), elle s'adresse à des patients atteints d'une pathologie les conduisant à collaborer avec les médecins et les soignants pour gérer leur maladie, leur traitement et leurs soins quotidiens sur des périodes plus ou moins longues, voire, pour certaines affections comme le diabète de type 2, durant toute la vie.

Les auteurs précisent également que l'ETP ne vise ni à nier la maladie ni à réduire la personne à celle-ci, mais qu'elle prend en compte l'ensemble de ses dimensions personnelles, sociales et émotionnelles. Dès lors, l'ETP dépasse largement la simple transmission d'informations. C'est une démarche qui repose sur le temps, l'écoute active, la présence ainsi que l'ajustement et l'adaptation continus. Elle constitue ainsi un outil essentiel non seulement pour améliorer le contrôle métabolique, mais aussi pour renforcer l'autonomie et la qualité de vie du patient (Portfolio du cours WFSP2244, 2025).

Comme le soulignent Doubi et al. (2014) : « L'éducation thérapeutique est fondamentale. Elle n'a pas uniquement pour effet la préservation du capital de santé par le meilleur contrôle métabolique, favorisé par la responsabilisation et l'autonomie. En se soignant mieux, le diabétique peut améliorer sa qualité de vie, et en retirer un bénéfice qui va au-delà de la satisfaction de préserver son avenir. »

En ce qui concerne le rôle des soignants, et plus particulièrement des infirmier.ère.s, l'article de Dailah (2024) montre que ces derniers occupent une position privilégiée pour fournir des soins et une éducation adaptés aux personnes diabétiques, car ils passent la majorité de leur temps auprès des patients (traduction libre).

Enfin, les éléments développés ci-dessus sont en partie repris dans le travail du portfolio rédigé dans le cadre de la validation du cours WFSP2244. L'observation réalisée dans ce cadre, auprès d'une patiente diabétique de type 2, illustre concrètement cette dynamique : l'éducateur a aidé

la patiente à identifier, à comprendre et à exprimer ses émotions grâce à une écoute active et attentive. Il a su apaiser ses inquiétudes, installant un climat de confiance et de sécurité.

Son objectif était d'inclure la patiente dans la prise de décision, en accordant une importance particulière à son avis et en expliquant que tout ce qui était mis en place concernant sa pathologie serait adapté à ses besoins. Il a ainsi établi une co-construction permettant d'atteindre son intention éducative, en transmettant les compétences nécessaires et en permettant à la patiente de mieux gérer sa pathologie, tout en lui apportant des connaissances médicales mais également un accompagnement émotionnel.

Ainsi, à travers tout ce qui est mentionné ci-dessus, il apparaît que l'éducation thérapeutique constitue une démarche complexe nécessitant des compétences spécifiques de la part des soignants et poursuivant plusieurs objectifs adaptés aux besoins du patient. Dans le cas du diabète, cette complexité est encore plus marquée, car la maladie impose souvent aux patients de renoncer à certaines habitudes de vie et de s'adapter durablement à un style de vie différent.

2.2.3 Le diabète (de type 2)

Compte tenu de l'importance de la relation soignant-soigné et de l'éducation thérapeutique du patient, il est essentiel de se focaliser sur la complexité du diabète de type 2 (DT2) dans sa prise en charge.

Selon l'Association du diabète en Belgique, le DT2 est le diabète le plus fréquent, représentant 85 à 90 % des cas. Il se caractérise par une insulino-résistance, où les cellules deviennent moins sensibles à l'insuline, et par une hyperinsulinémie compensatoire qui s'épuise progressivement, entraînant une hyperglycémie. Il apparaît généralement après 40 ans, d'où son surnom de « diabète de la maturité », mais on observe aujourd'hui des cas chez des enfants et adolescents en surpoids ou obèses. Le diagnostic est souvent fortuit et progressif, soulignant l'importance du dépistage précoce pour une prise en charge adaptée.

« La diversité des thérapeutiques liées au DT2 permet de mettre en place une approche personnalisée dans une démarche de prise en charge globale tenant compte des effets bénéfiques de chaque classe sur le contrôle glycémique, le poids, le pronostic cardiovasculaire et rénal, mais aussi leur profil de tolérance et de sécurité. Dans cette optique, les modifications du mode de vie, l'ETP et l'implication du patient comme partenaire de sa prise en charge restent un socle incontournable du traitement du DT2 » (Thivolet, 2021).

« Le DT2 étant une maladie multifactorielle, combinant susceptibilité génétique et facteurs environnementaux, constitue un enjeu majeur de santé publique. Plus de 400 millions de personnes sont touchées dans le monde avec une prévalence croissante » (Javeed & Matveyenko, 2018).

Pour prévenir toute complication et assurer un suivi optimal, la prise en charge du diabète de type 2 doit être régulièrement réévaluée dans toutes ses dimensions, qu'il s'agisse des traitements médicamenteux ou des modifications thérapeutiques du mode de vie.

Les recommandations actuelles liées à la prise en charge du patient vivant avec un DT2 soulignent que cette dernière doit être globale et centrée sur plusieurs objectifs essentiels :

- Atteindre la cible glycémique fixée pour/avec le patient,
- Prévenir la morbi-mortalité liée aux complications cardiovasculaires microvasculaires,
- Améliorer la qualité de vie.

À chaque consultation, il est donc nécessaire de reconsidérer l'instauration, le maintien, l'intensification ou l'arrêt de la stratégie médicamenteuse en fonction de l'efficacité, de la tolérance et des préférences du patient. Il est également important de suivre une éducation thérapeutique du patient structurée visant à renforcer sa connaissance, son observance et son adhésion (en particulier lors du passage à un traitement injectable).

(Stratégie thérapeutique du patient vivant avec un diabète de type 2, n.d.)

Dans ce contexte, l'éducation au diabète sucré ne se limite pas à la transmission de connaissances et de compétences. Elle vise également à modifier le comportement du patient, à le préparer à l'autogestion de sa maladie et à favoriser l'adhésion aux recommandations thérapeutiques, conduisant ainsi à l'amélioration de sa qualité de vie (Turki et al., 2024). Les auteurs montrent qu'à la suite de la mise en œuvre d'une intervention interactive et centrée sur le patient, des changements significatifs ont été observés dans les trois domaines de la qualité de vie : satisfaction, impact et inquiétudes. (Turki et al., 2024).

Les émotions et le stress jouent un rôle important dans la gestion du diabète de type 2. La détresse liée au diabète, définie comme une détresse émotionnelle associée à la gestion du diabète, peut avoir un impact puissant sur la qualité de vie, la gestion de la maladie et la capacité ou la volonté de répondre à d'autres interventions pour le diabète. La détresse diabétique est ubiquitaire, mais il a été démontré qu'elle est très modifiable et réactive aux interventions (Fisher et al., 2019). Par ailleurs, le stress agit notamment via l'hormone du stress qui fait monter la glycémie. D'où l'importance de la réduction du stress, qu'il ne faut pas négliger, car

il est source de déséquilibre du diabète (Fédération Française des Diabétiques, 2023, para. 2 et 3).

Ces éléments soulignent que les interventions centrées sur l'éducation des patients sont essentielles pour stabiliser la glycémie et améliorer la qualité de vie.

Ainsi, la complexité du diabète de type 2, la variabilité des traitements, l'influence des émotions et l'importance de l'éducation thérapeutique mettent en évidence la nécessité, pour les soignants, de développer des compétences spécifiques. Celles-ci sont indispensables pour assurer une prise en charge globale, continue et évolutive visant le maintien d'une qualité de vie optimale.

2.3 L'intelligence émotionnelle dans les soins

2.3.1 Les compétences émotionnelles

Pourvu d'offrir des soins efficaces centrés sur le patient ainsi qu'une ETP adaptée, les compétences émotionnelles, également appelées intelligence émotionnelle (IE), jouent un rôle central dans la pratique des soins de santé.

Selon l'ouvrage *"Les compétences émotionnelles"*, dirigé par Moïra Mikolajczak, avec la collaboration de Jordi Quoidbach, Ilios Kotsou et Delphine Nélis (2023), les compétences émotionnelles, également appelées intelligence émotionnelle (IE), désignent la capacité mise en pratique à identifier, comprendre, exprimer, réguler et utiliser ses émotions et celles d'autrui. Elles jouent un rôle essentiel dans la santé mentale et physique, la performance au travail et les relations sociales. Cet ouvrage a pour but de mettre en évidence l'importance des compétences émotionnelles et de détailler leurs différentes dimensions.

Les auteurs rappellent l'importance de prendre en considération les émotions ressenties et de comprendre leurs effets sur le travail, l'environnement et la personne elle-même.

À ce propos, ils signalent que « ce n'est que depuis une vingtaine d'années que l'intérêt pour les émotions s'est accru dans le monde scientifique », et utilisent la métaphore suivante : « Tel un voyant lumineux sur le tableau de bord d'un véhicule, l'émotion nous indique, entre autres, si nos besoins sont satisfaits ou non. L'émotion est donc un indicateur du niveau de satisfaction de nos besoins ».

La capacité à identifier ses émotions constitue la base essentielle du développement des autres compétences émotionnelles, telles que la régulation ou l'utilisation des émotions. Par ailleurs, la reconnaissance des émotions d'autrui permet de mieux comprendre son interlocuteur et

d'améliorer la qualité des interactions sociales. Enfin, la capacité à exprimer ses émotions, qu'il s'agisse des siennes ou de celles des autres, est étroitement liée à l'identification émotionnelle et favorise une communication adaptée au contexte et aux objectifs poursuivis.

(Résumé rédigé en fonction des informations trouvées dans l'ouvrage *"Les compétences émotionnelles"*, dirigé par Moïra Mikolajczak, avec la collaboration de Jordi Quoidbach, Ilios Kotsou et Delphine Nélis (2023)).

Ces éléments s'inscrivent pleinement dans la réalité des professionnels de la santé. En effet, la compréhension et l'expression adaptées de leurs émotions permettent aux soignants de favoriser chez les patients une meilleure reconnaissance et expression de leurs propres émotions, créant également un environnement propice à une éducation thérapeutique efficace et à une relation soignant-soigné de qualité.

De plus, il est important de souligner que, selon Xu et Fan (2023), le travail émotionnel constitue une part essentielle du rôle des professionnels de santé, particulièrement dans le domaine infirmier. Les auteurs ajoutent que le travail infirmier n'est pas seulement un travail fondé sur des tâches, mais aussi un travail profondément ancré dans les émotions (traduction libre). Ces éléments soulignent d'autant plus l'importance, pour les soignants, de développer des compétences émotionnelles solides, afin de faire face aux exigences émotionnelles de leur pratique et de préserver leur bien-être tout en assurant une prise en charge de qualité.

Lane (2019) ajoute l'idée que les personnes dotées d'une intelligence émotionnelle élevée sont souvent celles qui parviennent à trouver un équilibre entre vie professionnelle et vie privée, évitant ainsi l'épuisement professionnel et devenant des leaders dans leur domaine. De plus, des revues systématiques récentes ont montré que les compétences émotionnelles jouent un rôle important sur le bien-être, la santé physique, la performance et les relations sociales (Dugué et al., 2024).

Ainsi, l'article « l'intelligence émotionnelle » (Phaneuf, 2013) met en évidence plusieurs compétences essentielles au développement de l'intelligence émotionnelle, que la formation en soins infirmiers devrait favoriser :

- Prendre conscience et comprendre nos propres émotions,
- Accepter et gérer adéquatement nos émotions,
- Évaluer notre motivation et nous auto-motiver,
- Reconnaître et comprendre les émotions des autres,
- Gérer harmonieusement nos relations avec les autres.

De même, il est montré que les infirmier.ère.s à charge d'une relation soignant-soigné ont une responsabilité majeure, nécessitant des compétences spécifiques, tant pratiques qu'émotionnelles. Ces dernières renvoient à la manière dont nous identifions, exprimons, comprenons, régulons et utilisons nos émotions ainsi que celles des autres (Éducation santé : votre revue de promotion de la santé, 2015).

Plusieurs études mettent en évidence l'existence d'une corrélation positive entre le niveau d'intelligence émotionnelle des infirmier.ère.s et la qualité des soins prodigués. L'intelligence émotionnelle constitue ainsi une compétence essentielle pour ces professionnels.

Étant donné que l'IE peut être acquise par le biais de programmes de formation, son intégration dans la formation initiale et le développement professionnel continu constitue une importance fondamentale et une stratégie pour renforcer les compétences des infirmier.ère.s et, ainsi, améliorer la qualité des soins (Galanis et al., 2024) (traduction libre).

Ces éléments soulignent ainsi l'importance de considérer le développement des compétences émotionnelles dans la formation initiale et continue et la pratique des soins infirmiers.

2.3.2 La régulation des émotions

Pour introduire le concept de régulation émotionnelle, il est d'abord nécessaire de rappeler ce que sont les émotions et comment elles se manifestent.

, dans son article sur la régulation émotionnelle aux urgences, décrit les émotions comme le résultat d'une relation triadique entre l'environnement, le corps et le cerveau. Selon lui, les émotions relèvent d'un processus divisé en cinq séquences : l'évaluation de l'événement, les intérêts, la présence, l'attitude préparatoire et les actions impulsives. Cette conception rejoint la perspective cognitive selon laquelle l'émotion correspond à un processus rapide, en réponse à un objet ou un événement.

Monier (2020) souligne également que le métier de soignant peut être considéré comme un métier à risques, dans la mesure où les professionnels de la santé vivent des émotions intenses au travail. Dans cette perspective, l'émotion est considérée comme une réaction adaptée à un stimulus spécifique, ce qui semble intuitif. Toutefois, parvenir à moduler cette réaction pour qu'elle soit cohérente avec le contexte professionnel et social représente un travail exigeant en énergie ainsi que des compétences spécifiques.

Mikolajczak et al. (2009) rappellent que si tous les employés pratiquent une forme de gestion des émotions au travail, certains d'entre eux - appartenant à la grande catégorie des travailleurs du service, comme les opérateurs de centre d'appel, les vendeurs, les caissiers ou encore les infirmier.ère.s - sont particulièrement tenus de respecter des règles d'expression émotionnelle. Ces professionnels sont parfois qualifiés de « travailleurs émotionnels » (traduction libre).

De fait, selon ces auteurs, le travail émotionnel désigne l'ensemble des efforts fournis pour gérer ses émotions et ses expressions émotionnelles, afin de se conformer aux règles d'affichage émotionnel imposées par l'organisation (traduction libre).

Pour les soignants, ces exigences représentent un investissement important, en temps et en effort, ce qui peut avoir des répercussions sur la qualité de leur travail et sur leurs aptitudes professionnelles.

Les auteurs signalent d'ailleurs que le travail émotionnel peut aboutir à diverses conséquences négatives, telles qu'une augmentation du stress psychologique, une diminution de la satisfaction au travail, une diminution du sentiment d'authenticité, le *turnover*, la fatigue ou même une détresse physique (Mikolajczak et al., 2009).

Le métier d'infirmier est particulièrement exigeant, car il implique de prendre en charge à la fois les besoins physiques et les besoins émotionnels des patients. Les infirmier.ère.s travaillent fréquemment dans des environnements à forte pression, où ils sont régulièrement confrontés à des situations émotionnellement chargées telles que le traumatisme, la détresse des patients ou encore la mort. La littérature montre que la capacité des infirmier.ère.s à exprimer et à gérer leurs émotions influence directement les résultats cliniques ainsi que le climat émotionnel au sein des unités de soins (traduction libre) (Erkayiran & Demirkiran, 2024).

Dans ce contexte, la régulation émotionnelle constitue un processus essentiel.

La notion d'émotion, précédemment abordée, peut être définie, selon le Merriam-Webster Online Dictionary, comme une réaction mentale consciente, vécue subjectivement comme un sentiment intense dirigé vers un objet spécifique et généralement accompagnée de modifications physiologiques et comportementales (Fasbinder et al., 2020).

Or, le terme de « régulation » renvoie quant à lui à l'action de « mettre de l'ordre, de structurer ou d'uniformiser » quelque chose (traduction libre).

Sur cette base, Gross (1998) définit la régulation des émotions comme « l'ensemble des processus par lesquels les individus influencent les émotions qu'ils éprouvent, le moment où ils les ressentent et la manière dont ils les vivent ou les expriment ». La régulation émotionnelle

constitue ainsi un processus permettant à la personne de sélectionner, d'évaluer et de gérer les stimuli émotionnellement chargés auxquels elle est confrontée. (Shaw et al., 2014).

De manière plus fonctionnelle, la régulation des émotions renvoie également à la capacité de l'individu à ajuster son état émotionnel de manière à favoriser des comportements adaptés et orientés vers l'atteinte de ses objectifs (Fasbinder et al., 2020) (traduction libre).

Entre le fait de ressentir une émotion, de la comprendre et l'exprimer au chevet du patient, et compte tenu de la pression organisationnelle, de la charge de travail et de la pénurie du personnel, les infirmier.ère.s sont confrontés à une double charge mentale et physique. Cette réalité souligne l'importance, pour les infirmier.ère.s, de maîtriser leurs compétences émotionnelles et en particulier la régulation des émotions, afin de maintenir une qualité de soins optimale.

Dès lors, bien que la maîtrise des émotions ait été principalement identifiée comme difficile et parfois problématique pour les infirmières, elle a également été signalée comme ayant des effets positifs. Cela est particulièrement évident lorsque les infirmières régulent elles-mêmes leurs émotions sur leur lieu de travail et utilisent les compétences de l'IE. De telles stratégies sont attribuées à une bonne santé émotionnelle et, par conséquent, le stress et la pression au travail peuvent être atténués (Cecil & Glass, 2015) (traduction libre).

2.4 Le profil des compétences émotionnelles (PEC)

Le profil des compétences émotionnelles (PEC), développé par Brasseur, Grégoire, Bourdu et Mikolajczak (2013), est un outil d'autoévaluation conçu pour mesurer les compétences émotionnelles. Les auteurs définissent les compétences émotionnelles comme la capacité à identifier, exprimer, comprendre, réguler et utiliser ses propres émotions ainsi que celles des autres. Dans le PEC, deux dimensions des compétences émotionnelles sont distinguées : les compétences émotionnelles intrapersonnelles, liées aux émotions propres de l'individu, et les compétences interpersonnelles, liées aux émotions d'autrui. Le questionnaire est composé de cinq compétences émotionnelles fondamentales pour chacune de ces dimensions : l'identification, l'expression, la compréhension, la régulation et l'utilisation des émotions. (Brasseur et al., 2013)

2.5 Limites et obstacles à l'éducation thérapeutique et au développement de l'intelligence émotionnelle chez les infirmier.ère.s

Des limites persistent en ce qui concerne l'éducation thérapeutique du patient et le développement de l'intelligence émotionnelle chez les infirmier.ère.s. Plusieurs études confirment que, malgré la reconnaissance générale de son importance, l'éducation thérapeutique n'est pas toujours mise en œuvre efficacement dans la pratique clinique. Les infirmier.ère.s, idéalement placé.e.s pour mener ces efforts éducatifs, signalent souvent de nombreux obstacles qui entravent leur capacité à dispenser une éducation structurée et impactante. Par ailleurs, l'augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques justifie le besoin d'infirmier.ère.s bien préparés, disposant à la fois des connaissances et des ressources nécessaires pour fournir une ETP efficace (Hayek et al., 2025) (traduction libre).

Les auteurs mettent également en avant l'importance d'intégrer des formations dans les programmes d'éducation interprofessionnelle afin de renforcer les compétences collaboratives des professionnels de la santé.

Une autre étude souligne qu'en reconnaissant l'importance de l'intelligence émotionnelle dans le contexte du changement, les organisations peuvent donner la priorité au développement et au renforcement des compétences en intelligence émotionnelle chez les infirmier.ère.s. Cela peut être réalisé par le biais de programmes de formation ciblés, d'ateliers et de séances de coaching axés sur la conscience émotionnelle, l'autorégulation, l'empathie et la communication efficace (Mderis et al., 2024).

Ces recherches récentes montrent qu'à ce jour, la mise en place de formations liées à l'ETP et à l'IE est encore en développement et que celles-ci ne sont pas systématiquement intégrées aux programmes de formation continue des soignants.

Concernant la relation soignant-soigné, qui constitue l'un des piliers majeurs des soins infirmiers, il est essentiel de maintenir une relation de qualité. Pour cela, les soignants doivent être formés continuellement aux approches relationnelles dans les soins. Plusieurs facteurs peuvent nuire à cette relation : les émotions négatives, le manque d'expérience du soignant, les traits personnels du personnel et du patient ainsi que les conflits interprofessionnels (Shukuru Lossa Daniel et al., 2025).

2.6 Synthèse de la problématique et objectif de recherche

« Les infirmières sont aujourd’hui confrontées au défi du stress lié à la surcharge de travail, dû aux heures supplémentaires, ainsi qu’à l’augmentation du harcèlement au travail. Ces contraintes entraînent une faible motivation, un épuisement émotionnel et une diminution du bien-être professionnel ». Par ailleurs, dans le processus de prise en charge des patients, les infirmières se mettent à la place des patients et de leurs familles, ce qui les amène ensuite à produire du travail émotionnel (Monier, 2020) (traduction libre).

Cette exigence s’intensifie lorsqu’il s’agit d’une maladie chronique, par exemple le diabète de type 2. En effet, la Fédération Internationale du diabète rapporte que 382 millions de personnes dans le monde sont touchées par le diabète, et ce chiffre devrait atteindre 592 millions d’ici 2035 (Jena et al., 2018). Cette augmentation remarquable appuie l’importance pour les soignants de disposer de compétences émotionnelles solides afin d’assurer une prise en charge durable et pertinente.

En ce qui concerne la relation soignant-soigné, celle-ci, associée à un environnement de soins bienveillant, permet d’améliorer la qualité des soins centrés sur le patient ce qui permet l’augmentation à son tour de la satisfaction au travail et la satisfaction des patients (Xu et Fan, 2023).

Ainsi, « dans les métiers du care et de contact avec un public, la régulation des émotions, c’est-à-dire de ses propres émotions en contexte de travail, mais aussi de celles de l’interlocuteur, fait partie intégrante du travail » (Monier, 2020) (traduction libre). Cette régulation des émotions d’autrui est illustrée par les auteurs à travers des situations dans lesquelles les soignants doivent gérer l’anxiété, la peur ou la tension des patients et de leurs proches afin de préserver la relation de soin.

Pourtant, la réalité du terrain ne permet pas toujours aux soignants d’identifier, d’exprimer ou de mobiliser adéquatement leurs propres capacités émotionnelles.

Ainsi, la régulation émotionnelle et la relation de soin apparaissent comme deux dimensions complémentaires contribuant au développement de compétences indispensables à la qualité des soins, spécialement lorsqu’il s’agit de l’éducation thérapeutique des patients atteints de diabète.

B. Partie Pratique

Dans cette section, nous abordons la partie pratique du mémoire qui regroupe l'ensemble du travail empirique, incluant : la méthodologie, les résultats ainsi que leur discussion.

3. Matériel et Méthode

Dans cette partie du travail, seront présentés le type d'étude ainsi que les caractéristiques de l'échantillon choisi. Les critères d'inclusion et d'exclusion des participants seront exposés, ainsi que les démarches adoptées afin de mener la recherche à bien, incluant les différentes étapes du déroulement des entretiens et du processus de collecte des données. Enfin, la méthode d'analyse utilisée sera détaillée, afin d'enrichir l'interprétation des résultats par des données pertinentes et rigoureuses.

3.1 Type d'étude

Une approche qualitative a été privilégiée dans le cadre de cette recherche. En effet, l'objectif est de comprendre comment les infirmier.ère.s perçoivent le rôle des compétences émotionnelles dans la relation soignant-soigné, et plus spécifiquement dans le cadre de l'éducation thérapeutique des patients chroniques (DT2). L'approche qualitative permet d'explorer l'expérience humaine et peut, s'il y a lieu, contribuer à générer de nouvelles hypothèses (cours Introduction aux méthodes qualitatives en santé publique WFSP2106).

Par ailleurs, la réalisation d'entretiens individuels semi-directifs a été retenue comme méthode de collecte de données, car elle permet de rebondir sur des éléments importants évoqués spontanément par les participants, ce qui serait plus difficile à explorer à travers une approche strictement quantitative. L'objectif est ainsi de recueillir des données riches ainsi que des dimensions subjectives apportées par les professionnels.

Sur la base d'un approfondissement de la littérature scientifique, un guide d'entretien (*cfr. annexe 1*) a été élaboré, comportant des questions ouvertes visant à structurer les échanges tout en assurant une liberté d'expression aux participants. Celui-ci a été adapté progressivement au fil des entretiens en fonction de la pertinence des réponses obtenues.

Avant chaque entretien, un consentement relatif à l'enregistrement et à l'utilisation des données a été présenté et validé par les participants (*cfr. annexe 1*).

Afin de compléter les données qualitatives, les participants ont été invités, après l'entretien, à remplir de manière anonyme le Profil des Compétences Émotionnelles (PEC) (Brasseur et al., 2013).

L'anonymat strict des participants a constitué un élément important pour cette étape de la recherche, notamment en raison du contexte dans lequel elle s'inscrit. Les entretiens ayant été réalisés auprès de collègues de travail, préserver l'anonymat était indispensable afin de favoriser une expression libre et authentique, en limitant les biais liés aux relations professionnelles préexistantes. Néanmoins, ce choix méthodologique implique plusieurs limites : il n'a pas été possible d'établir un lien direct entre les données qualitatives issues des entretiens et les résultats quantitatifs obtenus à partir du Profil des Compétences Émotionnelles (PEC). Dans cette perspective, l'outil quantitatif n'a pas été utilisé dans un objectif d'analyse individuelle, mais plutôt afin d'obtenir une vision globale des compétences émotionnelles au sein du service d'endocrinologie et du service d'éducation thérapeutique.

Par ailleurs, le sexe des participants a uniquement été utilisé dans les grilles du PEC pour des raisons méthodologiques et d'interprétation des scores, les moyennes de référence variant selon ce critère. Toutefois, cette variable n'a pas été prise en compte pour la présentation des résultats. Les grilles complétées ont ensuite été transmises et scorées par Madame Raes, en raison de son expertise dans le domaine, mais également pour des raisons éthiques liées à la préservation de l'anonymat des participants. Cette démarche visait à éviter tout lien entre les entretiens réalisés et les résultats du Profil des Compétences Émotionnelles (PEC) des participants.

Cette recherche s'inscrit ainsi dans un design à méthode dominante qualitative, comme expliqué précédemment, dans lequel une composante quantitative est imbriquée de manière complémentaire (cours Introduction aux méthodes qualitatives en santé publique WFSP2106). L'approche qualitative guide l'étude, tandis que les données quantitatives viennent soutenir l'analyse en offrant une image collective du niveau des compétences émotionnelles des professionnels de la santé.

3.2 Critères d'inclusion et d'exclusion de l'échantillon

Les participants ont été sélectionnés de manière à apporter des informations pertinentes à la recherche. Comme toute recherche qualitative, le nombre d'entretiens a été ajusté en fonction des besoins de l'étude et n'était pas défini à l'avance. Les entretiens ont été arrêtés lorsque les données n'apportaient plus de plus-value à l'étude.

Au total, 12 entretiens ont été réalisés.

Les critères d'inclusion de la population cible étaient les suivants :

- Être infirmier.ère exerçant dans un service d'endocrinologie (service d'hospitalisation ou service d'éducation thérapeutique).
- Pratiquer l'éducation thérapeutique du patient (ETP).
- Avoir une expérience dans la prise en charge des maladies chroniques, en particulier du diabète de type 2.
- Maîtriser la langue française afin d'assurer un entretien fluide et concret.

Les critères d'exclusions étaient :

- Ne pas exercer dans les services concernés par l'étude, à savoir le service dans lequel je pratique, l'unité 44, ainsi que le service d'éducation thérapeutique des patients diabétiques au sein des Cliniques Universitaires Saint-Luc (CUSL).
- Ne pas pratiquer l'ETP.
- Ne pas travailler auprès des patients atteints de maladies chroniques.
- Ne pas maîtriser la langue française.

3.3 Collecte des données

Pour la sélection des participants, j'ai choisi de mener des entretiens auprès d'infirmier.ère.s de mon service ainsi que de l'unité d'éducation thérapeutique (infirmier.ère.s ressources en endocrinologie). Dans un premier temps, j'ai présenté mon sujet à ma cheffe de service, qui m'a donné l'autorisation d'interroger les membres de l'équipe. J'ai également reçu le soutien et l'accord de la cadre infirmière.

Il me restait toutefois à obtenir l'autorisation du service de formation des Cliniques Universitaires Saint-Luc. Je les ai donc contactés et ai reçu les directives nécessaires afin de mener les entretiens conformément aux règles institutionnelles.

La procédure consistait à soumettre mon guide d'entretien au service de formation dans le cadre d'une « enquête », accompagné des signatures des responsables des services concernés (c'est-à-dire mon service, l'Unité 44 et le service d'éducation thérapeutique des patients diabétiques), ainsi que la signature de ma promotrice et de ma co-promotrice.

Deux à trois semaines plus tard, j'ai reçu l'autorisation de l'hôpital (*cfr. annexe 2*), ce qui m'a permis de débiter les entretiens.

Entre-temps, j'avais déjà échangé avec plusieurs collègues au sujet de mon étude et envoyé des messages ou des e-mails à d'autres afin de présenter mon sujet, expliquer ma motivation et préciser les objectifs de mon travail. Certaines personnes ont manifesté immédiatement leur intérêt, tandis que d'autres ont mis plus de temps à se positionner. J'ai dû relancer à deux reprises plusieurs personnes hésitantes à la confirmation de leur participation.

Au final, 8 infirmier.ère.s sur 12 de mon service ont accepté de participer, ainsi que 3 infirmier.ère.s du service d'éducation thérapeutique et la coordinatrice du service. Les non-participations s'expliquaient principalement par un manque de disponibilité, une absence de motivation à participer à des entretiens ou un intérêt limité pour la thématique des émotions.

3.4 Description du déroulement des entretiens

Trois entretiens ont été réalisés en présentiel et neuf à distance, via la plateforme Teams, au cours du mois de mars, en fonction des préférences des participants. La durée des entretiens a varié entre 25 et 50 minutes, selon la richesse des échanges, avec une durée moyenne approximative de 38 minutes. Les entretiens ont été enregistrés avec le consentement préalable des participants (*cfr. annexe 1*).

3.5 Méthode de traitement des données

Les données recueillies lors des entretiens ont été analysées à l'aide d'une analyse thématique et sont présentées en détail dans la section des résultats. Les données qualitatives constituent la base de l'analyse, tandis que les données quantitatives issues du *Profil des Compétences Émotionnelles (PEC)* sont intégrées de manière complémentaire afin d'appuyer et de nuancer certains résultats issus des entretiens.

Pour la partie qualitative, les entretiens ont d'abord été retranscrits conformément aux consignes du cours WFSP2106 : Introduction aux méthodes qualitatives (2025). Ensuite, une analyse thématique a été réalisée, permettant de faire émerger progressivement des sous-catégories à partir de thèmes préalablement établis selon les questions de recherche du guide d'entretien.

Chaque entretien a été relu à plusieurs reprises afin d'identifier des idées récurrentes, des éléments significatifs ainsi que des expériences partagées par les participants. Ces éléments ont évolué de manière itérative tout au long du processus d'analyse, en fonction de l'avancement

de l'interprétation des données. Les différentes relectures ont permis d'affiner certaines catégories, d'en regrouper d'autres et d'adapter l'interprétation en fonction des éléments récurrents retrouvés dans les entretiens.

Concernant la partie quantitative, l'analyse a été réalisée à partir du scoring préalablement établi par Madame Raes, sur la base de l'article « *Profile of emotional competence PEC* » (Brasseur et al., 2013) (*cfr. annexe 3*). Cette approche a permis d'apporter des éléments complémentaires aux données qualitatives en offrant une vision d'ensemble des compétences émotionnelles des professionnels de la santé interrogés. Il s'agissait toutefois d'une vision globale, ne permettant pas d'identifier individuellement les profils des participants ayant participé aux entretiens.

3.6 Cadre éthique de l'étude

Comme mentionné précédemment, une attention particulière a été portée au respect de la confidentialité des entretiens qualitatifs ainsi qu'à l'anonymisation des résultats et des questionnaires des participants tout au long de cette recherche, notamment en raison du contexte professionnel dans lequel les entretiens ont été réalisés.

Dans la section des résultats, seule la fonction des participants a été mentionnée lorsque cela était pertinent. Les participants ont été codés sous la forme « P » suivie d'un numéro attribué en fonction de l'ordre des entretiens.

4. Résultats

4.1 Présentation de l'échantillon

L'échantillon est composé de 12 infirmier.ère.s, dont 8 issus du service d'endocrinologie (U44) et 4 du service d'éducation thérapeutique.

Sur le plan sociodémographique, l'échantillon comprend 5 hommes et 7 femmes. La répartition par service est la suivante : 2 hommes et 6 femmes pour le service d'endocrinologie et 3 hommes et 1 femme pour le service d'éducation thérapeutique.

Concernant la formation, l'ensemble des participants est titulaire d'un bachelier en sciences infirmières. Certains présentent des qualifications complémentaires : une formation en endocrinologie pour plusieurs participants et un master en santé publique pour d'autres.

L'ancienneté professionnelle varie entre 1 et 37 ans, avec une moyenne approximative de 19 ans, ce qui témoigne d'un échantillon hétérogène en termes d'expérience.

D'autre part, les participants exercent dans des contextes de travail différents. Les infirmier.ère.s du service d'endocrinologie travaillent dans une unité hospitalière prenant en charge des patients présentant des pathologies diverses, dont des patients diabétiques, impliquant une organisation des soins centrée sur des prises en charge pluripathologiques.

À l'inverse, les infirmier.ère.s du service d'éducation thérapeutique interviennent en consultation avec le patient diabétique et assurent un suivi au sein du service.

Ces différences de contexte professionnel constituent un élément important pour l'interprétation des résultats.

Dans cette section, les résultats qualitatifs issus des entretiens seront présentés sous forme de titres correspondant à des thèmes prédéfinis à partir des questions de recherche du guide d'entretien, ainsi que des sous-catégories émergentes issues de l'analyse des entretiens.

Ces éléments seront mis en lien avec certains résultats quantitatifs obtenus à partir du *Profile of Emotional Competence (PEC)* (Brasseur et al., 2013).

Les scores issus des grilles PEC ont été calculés par Madame Raes et comparés aux moyennes de référence présentées dans l'article de Brasseur et al., (2013) (*cfr. annexe3*).

Les compétences émotionnelles et leurs sous-dimensions ont été évaluées sur une échelle allant de 1 à 5, un score élevé reflétant un niveau plus important de la compétence en question.

L'anonymisation a été respectée tout au long de l'analyse, compte tenu de la nature contextuelle de l'échantillon. Ainsi, seule la fonction des participants est mentionnée lorsque cela est pertinent pour l'analyse.

Chaque participant a été identifié par la lettre « P », suivie d'un numéro attribué en fonction de l'ordre des entretiens.

Les résultats qualitatifs et quantitatifs ont été analysés de manière intégrée. Conformément au design mixte à prédominance qualitative adopté dans cette recherche, les données quantitatives issues du PEC ont principalement servi à compléter et à nuancer les résultats qualitatifs issus des entretiens.

4.2 Freins organisationnels et facteurs de stress influençant la relation de soin

a) *Un contexte professionnel sous pression*

Plusieurs freins organisationnels liés à la prise en considération des émotions dans la relation de soin ont été mentionnés par les participants, principalement en lien avec la charge de travail et le manque de temps.

La majorité des soignants expriment une surcharge de travail limitant leur disponibilité : « *la charge de travail nous freine* » (P1), « *surcharge de travail, manque de temps* » (P5). On observe que le manque de temps est souvent lié à une pression : « *on a de moins en moins de temps, on est pressé comme des citrons* » (P7).

Plusieurs participants évoquent également l'augmentation du nombre de patients, la réduction du personnel ainsi qu'un manque de soutien institutionnel (P3, P9, P12) décrivant aussi un sentiment de solitude : « *on est souvent tout seul* » (P9).

D'autres contraintes organisationnelles sont également citées, telles que les interruptions régulières : « *téléphone non-stop, interruptions constantes* » (P8), les exigences institutionnelles : « *timing à respecter* » (P11) ou encore la pression dans la relation médecin-infirmier : « *ils ne comprennent pas, on doit toujours se justifier* » (P8, qui travaille en éducation thérapeutique).

Le climat de travail est également mentionné comme un élément influençant le vécu émotionnel des soignants. Certains participants évoquent « *ambiance de l'équipe* », marquée par des « *tensions entre les collègues* » (P4, P11), un « *manque de soutien des collègues* » (P11) pouvant impacter l'état d'esprit des soignants « *pas content d'aller travailler* » (P11), « *moins de patience ...* » (P10).

Les données quantitatives viennent renforcer ces observations qualitatives en mettant également en évidence certaines difficultés liées à des dimensions des compétences émotionnelles. En effet, plusieurs participants présentent des variations au niveau de la régulation émotionnelle, avec des scores parfois inférieurs aux moyennes de référence, allant de 2,0 à 4,2 (moyenne de référence comprises entre 2,78 (ET = 0,84) et 3,01 (ET = 0,92)). Des difficultés concernant l'expression des émotions apparaissent également chez certains participants, avec des scores variant de 2,0 à 3,6, proches ou inférieurs aux moyennes de référence situées entre 2,93 (ET = 0,88) et 3,14 (ET = 0,86) . Par contre, certains participants présentent des scores plus élevés dans les dimensions interpersonnelles, où on trouve des valeurs allant jusqu'à 4,4 (moyenne de référence de 3,14 avec ET = 0,86).

Ces résultats peuvent traduire des capacités variables à gérer et exprimer les émotions dans un contexte professionnel marqué par la pression et la surcharge de travail.

Toutefois, une participante a mentionné un élément facilitateur dans son environnement de travail, favorisant la prise en compte des émotions, P3 explique que : « *la distance et le contrôle émotionnel ... ça me permet d'avoir une posture froide et de ne pas laisser les émotions prendre le dessus* ».

b) Les conséquences sur la relation de soin

Les participants décrivent plusieurs conséquences des contraintes organisationnelles sur la relation de soin et la prise en compte des émotions.\

Une diminution de la qualité de la prise en charge, notamment par une éducation thérapeutique : « *réduite au minimum* », une qualité de soin diminuée (P3), et une adaptation jugée imparfaite (P2). Certains soulignent une altération de la qualité relationnelle, avec des difficultés à comprendre les émotions (P4) ainsi qu'un accompagnement moins personnalisé et plus rapide : « *explications plus rapides, moins personnalisées* » (P10).

D'autres participants expriment le sentiment de : « *passer à côté de quelque chose* » (P6) ou bien décrivent la situation de : « *catastrophique* » (P7).

Les participants expliquent que ces contraintes agissent également sur les soignants eux-mêmes, générant du stress et de la frustration : « *sentiment d'être frustré ou stressé* » (P5) et affectant leur motivation : « *ça joue sur nos émotions et notre motivation* » (P9).

Au niveau quantitatif, les variations observées dans les dimensions liées à la régulation émotionnelle et à l'expression des émotions, présentées dans la partie précédente, semblent

faire écho aux difficultés relationnelles décrites par les participants. Ces différents éléments peuvent influencer la disponibilité émotionnelle des soignants et la qualité de l'accompagnement.

Enfin, certains participants mentionnent des impacts sur les pratiques professionnelles, incluant des comportements inadaptés (P11) ainsi qu'une qualité de l'accompagnement perturbée (P12).

4.2.1 Une relation de soin spécifique dans le diabète de type 2

a) Une relation inscrite dans la chronicité

Les participants mettent en évidence la dimension chronique du diabète de type 2, qu'ils décrivent comme une pathologie avec laquelle les patients doivent vivre sur le long terme. Ainsi, P1 souligne qu'il s'agit d' : « *une pathologie avec laquelle le patient va devoir vivre potentiellement toute sa vie* », tandis que P10 évoque : « *des patients, souvent suivis sur le long terme* ».

Cette chronicité s'accompagne, selon les participants, d'une relation de soin inscrite dans la durée. Plusieurs infirmier.ère.s insistent sur la notion d'accompagnement et de continuité, comme l'exprime P5 : « *c'est plus une relation d'accompagnement et de suivi* », ou encore P6 : « *c'est une continuité de travail* ».

Les scores globaux des compétences émotionnelles montrent des niveaux relativement satisfaisants, particulièrement au niveau des compétences interpersonnelles telles que l'identification et la compréhension des émotions d'autrui. Toutefois, une certaine variabilité est observée entre les participants, les scores globaux s'étendant de 2,86 à 3,88, pour des moyennes de référence comprises entre 3,33 (ET = 0,54) et 3,42 (ET = 0,49).

Enfin, cette relation est perçue comme différente de celle rencontrée dans les prises en charge aiguës. P7 illustre cette distinction en affirmant : « *Ce n'est pas une relation brève comme en chirurgie, je ne peux pas juste faire un acte et partir* ».

b) Une relation éducative qui passe par l'information

Les participants présentent la relation soignant-soigné comme comportant une dimension éducative incontournable, centrée sur l'autonomie du patient. P12 mentionne : « *Un accompagnement éducatif, centré sur l'autonomie du patient* ».

Cette démarche éducative se traduit par des actions d'explication, de transmission d'informations et de soutien. P11 souligne l'importance d' : « *expliquer, rassurer* », tandis que P8, travaillant en éducation thérapeutique, met en avant la nécessité de : « *savoir transmettre un message* ». Dans la même perspective, P7 précise que : « *ce n'est pas juste donner des conseils, mais ça va au-delà de ça* », insistant sur la complexité de cette démarche.

Plusieurs participants mettent également en évidence l'importance de l'éducation thérapeutique dans leur pratique professionnelle. P10, exerçant dans le service d'hospitalisation en endocrinologie, parle d'une « *dimension éducative importante dans le service* » ainsi que P4 qui appuie la même idée. D'une manière plus générale, certains infirmier.ère.s affirment que l' « *l'éducation thérapeutique fait partie de notre travail* » (P1, P4, P6, P10).

Les données quantitatives présentent effectivement des scores satisfaisants dans la compréhension et l'utilisation des émotions. Les scores de compréhension émotionnelle varient globalement entre 2,4 et 4,6, avec plusieurs valeurs proches ou supérieures aux moyennes de référence situées entre 3,26 (ET = 0,87) et 3,71 (ET = 0,66), suggérant une capacité à comprendre les émotions mobilisées dans la relation d'éducation. Concernant l'utilisation des émotions, les scores observés s'étendent entre 2,0 et 4,2, en comparaison aux moyennes de référence comprises entre 2,87 (ET = 0,83) et 3,77 (ET = 0,81), ce qui peut traduire des capacités variables à mobiliser les émotions dans l'accompagnement et la transmission d'informations auprès des patients.

c) Une relation personnalisée et adaptée au patient

Les participants décrivent une relation soignant-soigné personnalisée et adaptée aux caractéristiques propres de chaque patient. À ce titre, P1 évoque : un « *plan de soins hyper personnalisé* », tandis que P9 souligne que : « *chaque patient doit avoir un accompagnement différent et personnalisé* ».

Les résultats quantitatifs semblent soutenir cette capacité d'adaptation. Plusieurs participants présentent des scores relativement élevés dans l'identification des émotions, avec des valeurs pouvant atteindre 4,8, supérieures aux moyennes de référence situées entre 3,58 (ET = 0,80) et 3,67 (ET = 0,75). De manière générale, les compétences interpersonnelles apparaissent relativement satisfaisantes chez certains participants, avec des scores variant de 2,92 à 4,08, pour des moyennes de référence comprises entre 3,38 (ET = 0,58) et 3,52 (ET = 0,51). Ces

éléments peuvent favoriser une meilleure prise en compte du vécu et des besoins des patients dans la relation de soin.

Cette individualisation de la relation repose notamment sur la prise en compte du vécu, des croyances et du contexte du patient. Ainsi, certains soignants rapportent l'importance de s'appuyer sur l'histoire du patient, comme l'expriment P1 et P12 : « *avoir le vécu du patient, ses croyances, on va s'axer sur vraiment ce qui il est* ». P4 insiste sur : « *comprendre qu'est-ce qui s'est passé ? pourquoi ?* ».

De même, P7 indique qu'il : « *essaie vraiment de comprendre leur réalité* ». P9 ajoute également des notions telles que : « *le vécu n'est pas le même, l'origine ethnique, la langue* », qui influencent la manière d'adapter l'accompagnement.

Plusieurs participants soulignent la nécessité de : « *s'adapter* » (P2, P4, P11) et de travailler : « *cas par cas, patient par patient* » (P5).

Cependant, selon les participants, certaines contraintes peuvent entraver la construction d'une relation de soin adaptée, notamment celles liées au caractère du patient et le degré d'acceptation de sa maladie.

Comme le mentionnent P2, P4 et P8, la relation peut varier selon : « *l'ouverture du patient à la discussion, son acceptation de sa maladie ou s'il est fermé* ». Cela peut influencer la posture adoptée par le soignant. Dans cette perspective, P7 explique : « *avec certains, je vais être plus dans l'humour. Avec d'autres, je vais être plus dans l'écoute silencieuse, ça dépend si les patients se ferment ou pas* ».

d) Une relation influencée par le contexte de soins

La charge de travail est perçue comme un facteur impactant la qualité de la prise en charge, comme le souligne P1 : « *la charge de travail impacte la prise en charge* ». Dans ce contexte, certains évoquent la nécessité de « *trouver un rythme de travail correct* » (P8).

Le manque de temps est perçu également comme une contrainte majeure, influençant directement l'accompagnement des patients, comme le rapportent plusieurs participants (P2, P3, P6).

En outre, des contraintes liées aux capacités cognitives des patients peuvent compliquer la relation de soin. Certains participants mentionnent, par exemple, que : « *parfois, les patients déments, ils ont oublié* », ce qui nécessite une adaptation particulière de la part des soignants.

Enfin, l'état émotionnel des patients ainsi que leurs attentes influencent également la relation. P10 souligne que les patients « *sont souvent dans un moment de vulnérabilité, d'inquiétude* », alors que P12 indique que la relation dépend aussi de « *ce que la personne vient chercher* ».

4.2.2 Les émotions dans la relation de soin

a) *Les émotions vécues par les patients*

Les participants décrivent les patients comme traversant une diversité d'émotions dans le cadre de leur prise en charge. P1 souligne notamment que : « *le patient vit une émotion* » et qu'il « *rentre seul avec ses émotions* ».

Plusieurs émotions négatives sont rapportées, telles que la : « *colère et la frustration* » (P2). ainsi qu'un sentiment de difficulté face à la maladie, décrit comme « *en difficulté* » (P3).

L'anxiété apparaît comme fréquente, se manifestant par du : « *stress, peur, inquiétude* » ainsi que par des « *questions répétées* » (P4, P7, P9, P10, P12).

Certains participants mentionnent également un sentiment de culpabilité ressenti par quelques patients, comme le rapporte P7 à travers l'expression d'un patient qui dit : « *c'est de ma faute* ». Des émotions plus visibles sont également décrites, telles que des patients : « *en pleurs* » (P6). Par ailleurs, les émotions s'expriment aussi à travers le corps. P10 observe que certains patients : « *deviennent très tendus, respirent plus superficiellement, transpirent et évitent le regard* ».

Enfin, certaines peurs spécifiques sont évoquées, notamment : « *la peur de l'insuline* » (P11), illustrant les représentations des patients liées au traitement.

D'autre part, les résultats quantitatifs montrent des scores relativement élevés dans l'identification et la compréhension des émotions d'autrui, avec des valeurs pouvant atteindre 4,8 pour l'identification émotionnelle et 4,6 pour la compréhension des émotions, des scores supérieurs aux moyennes de référence situées entre 3,58 (ET = 0,80) et 3,71 (ET = 0,66). Ces éléments peuvent favoriser une meilleure reconnaissance des manifestations émotionnelles des patients.

b) Les émotions vécues par les infirmier.ère.s

Les participants rapportent différentes émotions vécues dans le cadre de leur pratique professionnelle (surtout dans l'éducation thérapeutique). Certaines émotions positives sont citées, telles que la joie, ainsi qu'un sentiment de satisfaction et d'accomplissement en lien avec la mise en place d'un processus de soins avec le patient (P5).

Cependant, les soignants expriment également de nombreuses émotions négatives. Parmi celles-ci on cite l'agacement, la nervosité et la fatigue mentale (P2, P4), ainsi que la frustration (P5, P7, P10) et un sentiment d'impuissance (P10). D'autres participants évoquent également de la déception, de l'énervement et l'impression de : « *tourner en rond* » (P12). Le stress apparaît comme une émotion fréquemment mentionnée (P4, P6, P9), parfois en lien avec une pression organisationnelle (P3) ou une charge émotionnelle importante (P6).

P8 exprime : « *les émotions peuvent vraiment nous écraser comme un bulldozer* », et P11 ajoute : « *je me sens envahi par ces émotions* ».

Des émotions telles que l'empathie (P4, P7, P10) ou la colère (P4) sont également mentionnées, témoignant du vécu émotionnel complexe des soignants.

Ce vécu émotionnel peut aussi se traduire sur le plan physique. P12 évoque un sentiment « *d'épuisement après les séances* », lié à l'investissement émotionnel, tandis que P7 décrit des manifestations somatiques du stress en disant : « *si je ressens du stress, je sens que je transpire et je n'arrive plus à parler* ».

D'autres manifestations corporelles sont également rapportées, telles qu'une : « *tension dans les épaules* », « *accélération du rythme cardiaque* » ou encore le fait d'être : « *plus crispée physiquement* » ou bien « *avoir une respiration plus courte* » (P10).

c) L'influence réciproque des émotions dans la relation soignant-soigné

Les résultats mettent en évidence une influence réciproque des émotions dans la relation soignant-soigné, où le vécu émotionnel de chaque partie (soignant ou patient) agit sur l'autre de manière continue.

Les entretiens mettent ainsi en évidence une véritable circulation émotionnelle dans la relation de soin.

D'une part, l'attitude ou les émotions du patient apparaissent comme influençant le soignant.

Face au déni ou à la résistance du patient, les soignants expliquent que cela peut générer de

l'agacement ou de la frustration. P8 dit : « *quand ils sont dans le déni, ça génère de la colère* ». De même, un sentiment d'impuissance peut émerger : « *je ne sais pas quoi faire* » (P8).

À l'inverse, l'état émotionnel du patient peut susciter une résonance chez le soignant, comme en témoignent P7 : « *ça me touche* » et P11 : « *ces émotions me pénètrent assez fort, ça fait miroir* ».

Selon les participants, cette influence peut également modifier l'attitude du soignant dans l'interaction, le rendant plus tendu ou moins disponible : « *mon corps se tend, je vais plus vite* », « *je deviens moins disponible* » (P10).

D'autre part, les entretiens montrent que les émotions des soignants influencent à leur tour la relation de soin et sont perçues par le patient.

Ainsi : « *si j'arrive énervée, ça se passe moins bien* » (P2) et « *mes émotions négatives influencent de manière très négative* » (P8), « *il est important de ne pas transmettre mes émotions négatives* » (P4), « *il ne doit pas percevoir mon stress* » (P6). À l'inverse, « *si on est positif, le patient sera positif* » (P5), « *j'essaie toujours de rester neutre* » (P9).

Cette réciprocité émotionnelle observée dans les entretiens peut également être mise en perspective avec l'hétérogénéité des profils émotionnels retrouvés chez les participants. Les scores observés dans certaines dimensions des compétences émotionnelles, notamment interpersonnelles, suggèrent que les soignants ne perçoivent ni ne vivent l'impact émotionnel de la relation de soin de manière identique (avec des scores variant globalement entre 2,0 et 4,8, en comparaison avec les moyennes de référence situées entre 2,78 (ET = 0,84) et 3,76 (ET = 0,75)).

4.2.3 La régulation émotionnelle dans la pratique infirmière

a) Les stratégies individuelles de régulation adoptées par les soignants

Face aux différentes contraintes organisationnelles et à la complexité émotionnelle de la relation de soin, les participants décrivent plusieurs stratégies individuelles utilisées pour gérer leurs émotions. Le recours au recul émotionnel est fréquemment évoqué : « *prendre du recul* » (P2, P6, P7, P11), permettant de se distancier de la situation.

Certains participants mentionnent également d'autres techniques de régulation plus concrètes, telles que : « *respirer profondément* » ou le fait de « *prendre quelques secondes* » (P10) ou « *prendre volontairement du temps et se poser* » (P4).

D'autres stratégies reposent davantage sur une mise à distance émotionnelle, comme : « *laisser ses émotions à l'entrée de l'hôpital* » ou développer une : « *carapace de protection* » (P9), « *fermer la porte mentalement* » ou « *mettre à côté* » (P12).

L'humour est également mobilisé afin de dédramatiser certaines situations : « *rigoler, chanter .. l'humour* » (P8), « *j'utilise l'humour* » (P2).

Enfin, certains participants décrivent des stratégies d'évitement, comme : « *couper court et s'enfuir* » (P11) ou : « *passer le relais* » (P2). Des ressources extérieures au contexte hospitalier sont également mentionnées, notamment certaines activités personnelles comme le sport : « *je fais du sport* » (P4).

Parallèlement, les participants décrivent l'importance de l'adaptation relationnelle dans la gestion des émotions en situation de soin. Celle-ci concerne leur relation et leur communication en fonction du patient : « *je m'adapte, en fonction de ce que le patient me donne* » (P1), « *adapter la communication selon le patient* » (P2).

La posture du soignant apparaît ainsi variable selon les situations : « *avec certains je me livre et avec d'autres je reste neutre* » (P1), « *j'essaie de rester professionnel* » (P9), tout comme l'attention portée à la communication : « *faire attention à mes mots, à mon ton* » (P7). Certains indiquent également le fait de : « *rester calme* » (P5, P6) ou de ne pas montrer leurs émotions : « *pas montrer mon stress* » (P6).

Les différences observées dans les résultats quantitatifs, notamment au niveau de la régulation émotionnelle intrapersonnelle, peuvent illustrer la diversité de stratégies de régulation décrites dans les entretiens. Les scores observés, variant entre 2,0 et 4,2, suggèrent des manières différentes de gérer ou adapter les émotions dans les situations de soin.

b) Le rôle de l'expérience professionnelle dans la gestion des émotions

Les participants mettent en avant le rôle de l'expérience professionnelle dans la gestion des émotions.

L'expérience est associée à une plus grande confiance, une diminution du stress, ainsi qu'à un sentiment de confort sur la durée dans les situations complexes : « *c'est plus confortable avec le temps* » ainsi qu'à une réduction du stress et une augmentation de la confiance : « *moins de stress avec le temps* », « *plus de confiance* » (P2, P4, P7).

P4 décrit notamment un changement progressif d'approche auprès du patient, passant d'une posture principalement technique à une approche davantage relationnelle.

Certains participants soulignent également un développement progressif des compétences émotionnelles : « *tu parviens à gérer plus avec 30 ans d'expérience* » (P6), ainsi qu'une forme de maturité « *plus de maturité* » (P9).

Enfin, l'expérience est décrite comme un processus continu d'apprentissage : « *c'est un apprentissage de toute ma vie* », impliquant une capacité à trouver des solutions : « *plus on avance, plus on trouve des solutions et on se remet en question en permanence* » (P12).

En ce qui concerne les résultats quantitatifs, ils mettent également en évidence une certaine diversité dans les compétences émotionnelles des participants. Cela semble faire écho aux discours des soignants décrivant la gestion des émotions comme une compétence se construisant au fil de l'expérience professionnelle.

c) Le soutien informel

Les soignants rapportent l'importance du soutien informel dans la gestion des émotions.

Les échanges avec les collègues apparaissent comme une ressource fréquemment mobilisée (P2, P5, P10, P12), permettant de partager les expériences vécues et de constituer un espace d'écoute.

Certains soulignent le rôle des collègues comme soutien émotionnel : « *mes collègues pour m'écouter et me soutenir* » (P7).

Le *feedback* est également mentionné comme un élément important dans ce processus (P2, P6).

Les participants décrivent ainsi la notion du collectif comme une ressource permettant de prendre du recul face à certaines situations émotionnellement difficiles et de favoriser les échanges constructifs.

d) Le développement des compétences émotionnelles et les besoins des soignants

- Un apprentissage basé sur l'expérience

Les participants décrivent principalement des modalités d'apprentissage individuelles des compétences émotionnelles, telles que l'essai-erreur (P2), l'expérience du terrain (P1, P4, P6, P7, P10, P12) ainsi que l'expérience personnelle (P9).

Plusieurs soignants expliquent avoir développé leurs compétences émotionnelles progressivement au contact des patients, à travers les situations rencontrées au quotidien, l'adaptation aux différents profils de patients ainsi que la gestion répétitive de situations complexes et émotionnellement pesantes. P1 explique notamment que cet apprentissage s'est construit progressivement à travers : « la connaissance du patient au-delà de la maladie » ainsi qu'« *un accompagnement plus riche, plus complet et très empathique* ». Certains évoquent l'importance de l'écoute, du non-verbal et de l'observation dans leur manière d'accompagner les patients diabétiques. P12 souligne notamment : « *le ressenti, l'observation, la lecture du non-verbal* ».

Plusieurs soignants insistent sur l'absence d'un apprentissage formel dans ce domaine. Dans ce contexte, P8 affirme que : « *aucune école nous apprend ça, c'est l'école de la vie* ». De même, P11 met en avant le rôle des expériences de vie, en disant : « *des situations de vie .. des événements m'ont marqué* ».

L'hétérogénéité des scores globaux des compétences émotionnelles, variant de 2,86 à 3,88 pour des moyennes de référence situées entre 3,33 (ET = 0,54) et 3,42 (ET = 0,49), met en évidence une diversité de profils parmi les participants. Ces résultats semblent faire écho aux discours des soignants décrivant un apprentissage progressif des compétences émotionnelles au contact des patients et des situations rencontrées dans la pratique quotidienne.

- *Le rôle des formations*

La majorité des participants rapportent un manque de formation concernant le développement des compétences émotionnelles. Plusieurs expriment une absence totale de formation, comme P3 : « *pas de formation* », P7 : « *je n'en ai pas eu* », P2 : « *c'est pas la formation, ça c'est clair* » ou encore P10 : « *pas de formation non* ».

D'autres mentionnent une présence insuffisante ou limitée, comme P1 qui décrit une : « *formation très limitée* » et « *un apprentissage très restreint* », tandis que P5 indique : « *j'en ai fait une mais ça ne suffit pas* », nouvelle infirmière travaillant dans le service. Par ailleurs, P6, ayant plus d'expérience dans le service, évoque une diminution des formations au fil du temps : « *on avait au début, mais on n'a plus de lieu pour parler* ».

Un participant travaillant en éducation thérapeutique, souligne la rareté des dispositifs : « *pas du tout, on en propose rarement* » (P9).

Enfin, P12 rapporte avoir suivi une formation en communication décrite comme particulièrement marquante.

- *Le rôle du collectif*

L'importance du collectif a été mise en évidence par les participants, notamment à travers les échanges entre collègues et le soutien de l'équipe, perçus comme des éléments facilitant la gestion des compétences émotionnelles (P5, P7, P8, P10, P12).

Plusieurs soulignent que le partage d'expériences et les discussions permettent de prendre du recul face à des situations émotionnellement difficiles. P7 insiste sur l'importance d'un climat de collaboration et d'entraide : *« passer la main à une collègue pour que ça se passe au mieux »*. P10 met en avant la nécessité de *« rassurer les patients, surtout quand on commence un traitement »*, ce qui nécessite également un soutien collectif au sein de l'équipe soignante.

a) *Les besoins des soignants*

Différents besoins en lien avec la gestion des compétences émotionnelles ont été énumérés par les participants. Plusieurs évoquent un besoin de soutien et d'accompagnement, comme P1 : *« on devrait tous avoir plus de soutien .. un meilleur suivi »* ou P7 : *« j'ai besoin de formation et de plus de support »*. D'autres mettent en avant la nécessité de développer des outils pour faire face aux situations difficiles ainsi que *« des compétences d'écoute et des formations pratiques basées sur des cas concrets »* (P2).

Le besoin de formation est mentionné à plusieurs reprises, certains participants évoquant : *« plus de formation ... groupes de parole »* (P5) ou des espaces de réflexion (P10). Par ailleurs, certains insistent sur la capacité d'exprimer et de partager les émotions comme le souligne P6 : *« il faut parler des émotions .. les émotions c'est super important »* ou P8 : *« on est submergé et il faudrait des dispositifs pour se défouler »*.

D'autres besoins concernent les conditions de travail, avec P4 qui mentionne la nécessité de : *« meilleures conditions de travail .. de sérénité »*, tandis que P12 souligne la difficulté d'accès à ces ressources en raison du manque de personnel et du manque de temps.

Enfin, P3 indique ne pas exprimer de besoin particulier dans ce domaine.

Les résultats quantitatifs mettent également en évidence que certaines dimensions des compétences émotionnelles demeurent plus fragiles chez certains participants, notamment au niveau de la régulation émotionnelle, avec des scores variant de 2,0 à 4,2, ainsi que de l'expression des émotions, avec des valeurs allant de 2,0 à 3,6, proches ou inférieures aux moyennes de référence. Ces résultats semblent souligner l'importance des besoins exprimés en matière de soutien, de formation et d'accompagnement émotionnel dans la pratique soignante.

Pour faciliter la lecture et l'analyse des résultats individuels, deux tableaux ont été élaborés et mis en annexe (*cfr. annexe 5*), reprenant les scores moyens de chaque participant. Ces scores ont été comparés aux valeurs de référence issues de l'article de Brasseur et al., (2013) (*Tableau cfr. annexe 3*). Un code couleur a été utilisé pour mettre en évidence les écarts entre les résultats obtenus et les moyennes de référence, permettant ainsi d'identifier les valeurs supérieures, inférieures ou proches des valeurs de référence.

Finalement, ces différents résultats mettent en évidence la complexité de la gestion émotionnelle dans la relation soignant-soigné en éducation thérapeutique, tant au niveau individuel qu'organisationnel. Ces résultats seront discutés au regard de la littérature dans la section suivante.

5. Discussion

Dans cette partie du mémoire, les résultats de l'étude seront confrontés à la littérature scientifique. Un résumé des différents résultats qualitatifs et quantitatifs issus des entretiens menés auprès des 12 participants (exerçant dans le service d'hospitalisation d'endocrinologie (U44) ou dans le service d'éducation thérapeutique à l'étude), ainsi que des résultats quantitatifs obtenus à partir des grilles du PEC, sera tout d'abord présenté. Ensuite, ces résultats seront mis en lien avec les articles mobilisés dans le cadre théorique, à travers une première analyse critique.

Dans un second temps, les résultats seront confrontés à d'autres articles scientifiques non inclus dans le cadre théorique afin d'enrichir l'interprétation.

Enfin, une réflexion critique personnelle sera proposée, suivie de la présentation des limites et des points forts du travail, puis des perspectives et recommandations issues de l'analyse des résultats.

5.1 Synthèse des principaux résultats

Les résultats qualitatifs, présentés dans la partie 4 de ce travail, suggèrent que la relation soignant-soigné dans le cadre de l'éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2 s'inscrit dans une approche durable, éducative, explicative et personnalisée, étroitement influencée par le contexte de soins. Les entretiens ont permis de mettre en lumière la place centrale des émotions dans cette relation, tant du côté du soignant que du patient, avec une influence réciproque continue entre les deux.

De plus, les résultats semblent montrer que la régulation émotionnelle occupe une place importante dans la pratique infirmière. Celle-ci se traduit par la mise en place de stratégies personnelles, le plus souvent développées de manière informelle par l'expérience plutôt que par une formation.

D'autre part, les contraintes organisationnelles, telles que la surcharge de travail, le manque de temps et le déficit de soutien, apparaissent comme des freins importants susceptibles de freiner la prise en compte des émotions, influençant ainsi la qualité des soins et de la relation soignant-soigné.

En ce qui concerne les résultats quantitatifs, ceux-ci mettent en évidence des niveaux modérés à élevés de compétences émotionnelles, accompagnés de différences entre les participants de

l'échantillon, pouvant refléter une certaine hétérogénéité liée à l'expérience professionnelle, au vécu émotionnel et aux caractéristiques individuelles de chacun.

Dans l'ensemble, ces résultats suggèrent que la régulation émotionnelle pourrait influencer la relation soignant-soigné en agissant notamment sur la disponibilité du soignant, la qualité de la communication, l'adaptation au patient ainsi que sur l'efficacité de l'éducation thérapeutique prodiguée.

5.2 Synthèse globale

L'analyse transversale des résultats met en avant une tension entre le caractère exigeant de la relation soignant-soigné nécessitant à la fois des compétences techniques et relationnelles, et les contraintes organisationnelles du contexte de soins. En effet, cette relation se trouve au cœur de la qualité des soins et repose sur une adaptation continue aux caractéristiques des patients, ainsi qu'à leurs besoins.

Cependant, cette exigence s'inscrit dans un environnement contraignant, caractérisé par un manque de temps, une charge de travail importante, une complexité des situations de soins et une pénurie du personnel infirmier. Ces éléments limitent la disponibilité des soignants et les conduisent à prioriser les actes techniques et à négliger l'accompagnement relationnel et émotionnel.

Dans ce contexte, les émotions occupent une place centrale et ambivalente. D'une part, elles sont indispensables à la relation de soin, en favorisant l'accompagnement et l'adhésion du patient au traitement. D'autre part, elles constituent une charge pour les soignants, qui se doivent de gérer leurs émotions ainsi que celles des patients.

Ce travail émotionnel, génère une variabilité d'émotions en fonction des caractéristiques des personnes, allant de la satisfaction et le sentiment d'accomplissement à l'épuisement et au sentiment d'incapacité.

Face aux contraintes organisationnelles et à la charge de travail, les soignants évoluent dans un environnement complexe et difficile à appréhender. Ils sont confrontés à une double exigence émotionnelle. Cette réalité les expose à de nombreux défis et obstacles, rendant leur pratique professionnelle plus stressante et complexe, les exposant ainsi à un risque important d'épuisement professionnel. Dans ce contexte, la régulation émotionnelle apparaît comme une compétence essentielle pour faire face à ces exigences. La capacité à identifier,

exprimer, comprendre et utiliser les émotions permet ainsi une meilleure gestion du travail émotionnel et favorise un accompagnement de qualité.

Toutefois, cette régulation s'inscrit dans un contexte peu soutenant. En l'absence de soutien institutionnel adapté, les professionnels de la santé se trouvent dans l'obligation de développer des stratégies de régulation individuelles, ce qui peut accentuer leur épuisement et leur fatigue. Ce cheminement renvoie à la nécessité de reconnaître le travail émotionnel comme une composante essentielle de la pratique des soignants, qui devrait être reconnue et soutenue institutionnellement, notamment à travers des formations spécifiques et des dispositifs d'accompagnement.

5.3 Confrontation avec la littérature

5.3.1 La relation soignant-soigné face aux contraintes organisationnelles

La littérature souligne que la construction d'une relation soignant-soigné adaptée au contexte de soins constitue une dimension essentielle du travail infirmier, les infirmier.ère.s étant les professionnels de santé les plus présents auprès des patients (Dailah, 2024). Cette importance se retrouve dans les résultats de l'étude, où les participants décrivent une relation de soin fortement influencée et adaptée par le contexte organisationnel, notamment la charge de travail, le manque de temps et la complexité des situations de soin.

Par ailleurs, répondre aux besoins émotionnels des patients est reconnu comme essentiel dans la relation de soin permettant d'améliorer l'adhésion des patients au traitement et d'accroître la satisfaction et la confiance du patient (Pan & Wang, 2025). Les résultats confirment en partie cette idée, par l'importance accordée à l'écoute, l'explication et la personnalisation de l'accompagnement. Néanmoins, ils mettent également en évidence les exigences du terrain pouvant altérer la disponibilité émotionnelle des soignants, et ainsi, altérer la qualité de la relation soignant-soigné entretenue.

Enfin, bien que la littérature insiste sur le rôle des infirmier.ère.s dans le rétablissement physique et psychologique des patients, impliquant de la patience et de la sensibilité à chaque étape de leur prise en charge (Şahin & Özhanlı, 2025), les données recueillies modulent cette vision en soulignant les difficultés à tenir ce rôle dans un environnement sous pression. En effet, les soignants rapportent que la charge de travail, le nombre élevé de patients et certaines caractéristiques des patients telles que les capacités cognitives, le niveau d'acceptation de la

maladie ou l'ouverture à la relation soignant-soigné peuvent compliquer la prise en charge et limiter la qualité de l'accompagnement.

Ces notions suggèrent un écart entre les propos théoriques et les réalités du terrain, où les contraintes structurelles limitent la capacité des soignants à mobiliser et appréhender leurs compétences émotionnelles dans la relation de soin, ce qui peut influencer la communication, la qualité de la relation thérapeutique et l'adhésion du patient dans la gestion de sa propre maladie.

De ce fait, compte tenu des exigences cliniques, les soignants sont amenés à prioriser les tâches techniques au détriment de l'accompagnement relationnel et émotionnel, afin de respecter la dynamique du travail et faire face aux contraintes temporelles et à la charge de travail.

5.3.2 L'éducation thérapeutique : entre principe de co-construction et les réalités du terrain

Comme énoncé dans la littérature, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) repose sur une collaboration large et durable, voire toute la vie, entre les patients et les professionnels de la santé, notamment pour les affections comme le diabète de type 2 (Gagnayre, n.d.). Cette dimension de chronicité et de durabilité apparaît clairement dans les résultats, où les soignants décrivent une relation de soin inscrite dans la durée, fondée sur un accompagnement durable et adapté au patient afin de répondre à ses besoins.

Par ailleurs, Gagnayre (2003) met en évidence le rôle central des infirmier.ère.s spécialisées en diabétologie dans l'ETP qui apportent aux patients et à leurs proches un soutien social, psychologique et émotionnel. Les résultats confirment cette implication, en particulier à travers les pratiques de réexplication des informations, de suivi et d'ajustement du contenu éducatif en fonction du niveau de compréhension des patients (propos évoqués par des soignants pratiquant dans le service d'ETP). Cela témoigne ainsi d'une démarche éducative qui dépasse la simple transmission d'informations.

De plus, l'ETP n'a pas uniquement l'effet de préservation du capital de santé par le meilleur contrôle métabolique, mais favorise la responsabilisation et l'autonomisation du patient dans la gestion de sa maladie (Doubi et al., 2014).

Cette dimension est largement retrouvée dans les entretiens, où les participants insistent sur l'importance de rendre le patient acteur de sa propre santé. Les résultats mettent également en

évidence une volonté des soignants de favoriser l'autonomie du patient malgré les contraintes du contexte de soins.

Cette dynamique peut être relativisée avec le modèle d'auto-efficacité de Bandura, selon lequel l'individu peut adopter un changement de comportement en fonction de ses croyances en sa capacité à atteindre un objectif (I.Aujoulat, WFSP2241). Dans le cadre de l'ETP et du modèle en question, cette auto-efficacité se construit à travers l'apprentissage par expérience vécue, l'observation, la persuasion verbale et les états émotionnels. Ainsi, le rôle des soignants consiste également à soutenir ces différentes sources afin de renforcer la confiance du patient et lui permettre de gérer sa maladie en autonomie.

Cependant, la notion de co-construction du soin, permettant d'aboutir à l'intention éducative en transmettant les compétences nécessaires au patient, bien que présentée en détail dans le travail du portfolio WFSP2244, apparaît de manière moins explicite dans les résultats.

En effet, les soignants évoquent davantage une adaptation aux caractéristiques individuelles du patient, telles que son vécu, ses croyances, son ethnicité ou sa culture, sans nécessairement formaliser cette approche comme un processus de co-construction entre le soignant et le patient.

Ce constat peut traduire une adaptation des soignants vers une approche davantage centrée sur le patient, sans s'inscrire dans une démarche de co-construction du soin, mais en adoptant une stratégie d'ajustement en fonction des besoins du patient. Cela pourrait s'expliquer par un manque de formation relative à ce concept, ou une compréhension partielle de la co-construction par les soignants. Cette manière d'être peut être influencée par les contraintes organisationnelles limitant la mise en place d'une réelle collaboration entre les soignants et les patients.

5.3.4 Le diabète de type 2 : une source d'émotions pour les soignants

Selon la littérature, la prise en charge du diabète de type 2 doit être régulièrement réévaluée dans toutes ses dimensions, tant au niveau des traitements médicamenteux que des modifications du mode de vie (*Stratégie thérapeutique du patient vivant avec un diabète de type 2*, n.d.). Cette dimension est retrouvée dans les résultats, notamment dans les pratiques de suivi et d'adaptation décrites par les soignants, en particulier dans le cadre de l'ETP.

En outre, les interventions interactives et centrées sur le patient sont liées à des changements au niveau de la qualité de vie, spécifiquement en termes de satisfaction et de réduction des

inquiétudes (Turki et al., 2024). Ces effets apparaissent indirectement dans les résultats, où les soignants expriment des émotions positives telles que la joie, la satisfaction et la sensation d'accomplissement lorsque les patients progressent.

Cependant, des émotions négatives sont également rapportées par les participants, telles que la frustration, le stress ou le sentiment d'impuissance notamment lorsque cette progression ne se manifeste pas dans la prise en charge.

Les résultats qualitatifs montrent ainsi que l'évolution du patient influence directement le vécu émotionnel des soignants.

Ces faits montrent que le vécu émotionnel des soignants est étroitement lié à l'état du patient ainsi qu'à son évolution. Cela met en lumière un travail émotionnel important attendu de la part des soignants, caractérisé par une variabilité d'émotions ressenties.

Ainsi, la question se pose au niveau de l'état émotionnel des soignants, qui apparaît dépendant non seulement de leur rôle en tant que professionnels de la santé mais également des émotions et de l'évolution des patients.

5.3.5 Les compétences émotionnelles : développées mais insuffisamment soutenues

Les résultats quantitatifs, obtenus à partir du codage des grilles PEC de Sophie Brasseur et Moïra Mikolajczak (2012), indiquent que les participants présentent globalement un niveau modéré à élevé de compétences émotionnelles, particulièrement en ce qui concerne l'identification des émotions (Min = 3.2 ; Max = 4.8 /5) . Cette compétence constitue une base essentielle au développement des autres dimensions des compétences émotionnelles (ouvrage *"Les compétences émotionnelles"*, dirigé par Moïra Mikolajczak, avec la collaboration de Jordi Quoidbach, Ilios Kotsou et Delphine Nélis (2023)).

Toutefois, bien que ces compétences apparaissent relativement développées, les résultats qualitatifs mettent en évidence un manque de dispositifs permettant leur mobilisation et leur renforcement dans la pratique. Les participants décrivent un environnement de travail peu adapté à la prise en compte des émotions, ainsi qu'un soutien institutionnel insuffisant.

Par ailleurs, la littérature souligne l'importance de la formation dans le développement des compétences émotionnelles (Galanis et al., 2024; Hayek et al., 2025) et la nécessité que les soignants soient formés continuellement sur les approches relationnelles dans les soins (Shukuru Lossa Daniel et al., 2025). Cependant, les résultats de l'étude relèvent une absence

ou une insuffisance de formation dans ce domaine, les compétences étant développées principalement par l'expérience.

Cette discordance entre les recommandations théoriques et la réalité du terrain appuie l'existence d'un besoin accru en formation et d'accompagnement des professionnels. Cette situation pourrait être associée à des contraintes organisationnelles, telles que la charge de travail ou la priorisation des actes techniques. Elle peut également avoir des répercussions sur la relation soignant-soigné, en limitant la mobilisation des compétences émotionnelles et en exposant les professionnels à des difficultés dans la régulation de leurs émotions.

5.3.6 La régulation émotionnelle : d'une exigence à une compétence professionnelle

La littérature souligne que « parvenir à moduler une émotion pour qu'elle soit cohérente avec le contexte professionnel et social représente un travail exigeant de l'énergie ainsi que des compétences spécifiques » (Monier, 2020). Cette dimension est clairement retrouvée dans les résultats, où les soignants expriment leur volonté de ne pas transmettre leurs émotions négatives aux patients, telles que le stress, l'agacement ou la frustration.

Par ailleurs, plusieurs auteurs mettent en avant que le travail émotionnel peut aboutir à diverses conséquences négatives, telles que la fatigue, le stress ou l'épuisement (Mikolajczak et al., 2009). Les données recueillies confirment ces constats : les participants rapportent une charge émotionnelle importante, souvent associée à un épuisement physique et mental, particulièrement après les séances d'éducation thérapeutique. Le fait que la coordinatrice du service d'ETP insiste également sur cet aspect renforce l'idée que l'épuisement est reconnu et partagé au sein de l'équipe.

Bien que les soignants mettent en place différentes stratégies de régulation émotionnelle, telles que la prise de recul, l'adaptation ou le contrôle des émotions, ces mécanismes apparaissent eux-mêmes exigeants en termes d'énergie et de temps, et reposent essentiellement sur des ressorts personnels, en l'absence de soutien structuré et de formation spécifique.

Suite à l'analyse des résultats, un paradoxe émerge. Les professionnels de la santé ont le rôle d'assurer une relation soignant-soigné de qualité, impliquant à la fois un accompagnement technique et relationnel des patients, afin de garantir la qualité et l'efficacité des soins. Cette mission implique un travail émotionnel constant, nécessitant une adaptation continue ainsi

qu'une régulation fine des émotions. Toutefois, non accompagnée, cette régulation devient elle-même une source d'épuisement.

Ces résultats soulignent la nécessité de considérer le travail émotionnel comme une compétence professionnelle à part entière. Ainsi, il est indispensable de développer et d'intégrer des formations spécifiques à la régulation émotionnelle, ainsi que des espaces de soutien. Plusieurs dispositifs ont été proposés par les participants, tels que les groupes de parole ou les échanges réguliers avec les collègues. Ces outils permettraient d'assurer le soutien des soignants et de reconnaître cette exigence comme une compétence professionnelle reconnue, valorisée et soutenue par l'institution.

5.3.7 Fatigue compassionnelle et altération de la qualité des soins (articles externes)

La littérature met en évidence que les infirmiers travaillant en soins aigus évoluent dans des environnements à haut niveau de stress. Les conséquences émotionnelles négatives de ce stress incluent la dépression, l'anxiété, la peur de la mort et l'épuisement professionnel. (traduction libre) (Hayajneh et al., 2025).

Ces constats peuvent concorder avec les résultats obtenus, dans lesquels les participants décrivent un vécu émotionnel parfois difficile, marqué par le stress, la frustration, une charge mentale importante ainsi qu'un sentiment d'impuissance dans certaines situations de soin.

Dans ce contexte, la littérature souligne également l'impact des expériences de « trauma » liées à la profession. Lorsque ces traumatismes sont combinés aux facteurs de stress actuels du travail, les infirmiers sont à risque de développer une fatigue compassionnelle et un *burnout*, ce qui altère la qualité des soins aux patients (traduction libre) (Wolotira, 2023)

Cette dimension est également observée dans les résultats, où les soignants rapportent que leurs émotions influencent directement leur posture et leur disponibilité professionnelle dans la relation de soin.

Par ailleurs, l'épuisement professionnel des infirmiers est associé à une diminution du climat ou de la culture de sécurité, à une baisse des niveaux de satisfaction des patients et à une diminution de la qualité des soins évaluée par les infirmiers (traduction libre) (Li et al., 2024). De plus, il est également lié à une augmentation de la fréquence des erreurs médicamenteuses, des chutes des patients, des événements indésirables et des soins omis. (traduction libre) (Li et al., 2024)

Tous ces éléments font écho aux résultats de la recherche, dans lesquels les professionnels de la santé décrivent une diminution de la qualité des soins, expliquée par une prise en charge plus rapide, le sentiment de « passer à côté de quelque chose ». Ces observations illustrent une charge émotionnelle et organisationnelle importante impactant directement la qualité de la relation soignant-soigné.

6. Limites et points forts de l'étude

Cette recherche présente certaines limites. Tout d'abord, la taille de l'échantillon peut apparaître limitée. Toutefois, le recrutement a été arrêté lorsque le seuil de saturation des données a été atteint, c'est-à-dire lorsque les entretiens n'apportaient plus d'informations supplémentaires pertinentes, ce qui s'inscrit dans une vraie démarche qualitative. Néanmoins, cette taille limite la transférabilité des résultats à d'autres contextes.

De plus, le cadre contextuel de l'étude, notamment le fait que certains participants soient des collègues de travail, a pu influencer la dynamique des entretiens, en raison de certaines relations interpersonnelles, bien que cette proximité ait également favorisé l'instauration d'un climat de confiance.

Aussi, l'étude a été menée dans un seul établissement, ce qui limite la généralisation des résultats. Le contexte temporel constitue aussi une limite, la régulation émotionnelle étant un concept évolutif, qui gagnerait à être étudié sur une période plus longue.

Par ailleurs, les résultats reposent sur des données subjectives, issues des perceptions et avis des participants, ce qui ne permet pas une généralisation, mais favorise une compréhension approfondie des vécus personnels et expérimentiels.

D'autre part, l'utilisation de la grille d'évaluation des compétences émotionnelles (PEC) peut avoir introduit un biais de désirabilité sociale.

Certains items, en particulier ceux relatifs à l'utilisation des émotions dans les interactions interpersonnelles, peuvent être interprétés de manière ambiguë par les participants. En effet, des termes tels que « utiliser » ou « influencer » les émotions d'autrui peuvent être perçus négativement, voire associés à des comportements inappropriés, voire manipulatoires.

Cette perception peut amener les participants à adapter leurs réponses afin de correspondre à une image socialement acceptée et valorisée au lieu de répondre de manière sincère à la question.

Malgré ces limites, cette recherche présente plusieurs points forts. La bonne connaissance du terrain a facilité la compréhension du contexte, l'accès aux participants ainsi que la construction d'échanges pertinents et riches.

Le retour positif des participants quant à leur participation souligne également leur intérêt pour la thématique abordée. En effet, la régulation émotionnelle apparaît, selon eux, comme un sujet encore insuffisamment abordé, ce qui a suscité leur engagement et leur intérêt tout au long de l'étude.

Le soutien de la coordinatrice du service d'éducation thérapeutique a constitué un apport significatif en apportant des données pertinentes ainsi que de la compréhension du terrain.

Par ailleurs, cette étude a permis de mettre en évidence des besoins importants, surtout en termes d'accompagnement des soignants dans la gestion des émotions ainsi que de formation dans ce domaine.

Enfin, le choix méthodologique, reposant sur des entretiens semi-directifs en complément de la grille de compétences émotionnelles, s'est révélé pertinent et adapté aux objectifs de la recherche, permettant une exploration plus approfondie des perceptions personnelles.

7. Recommandations et perspectives

7.1 Recommandations

Les résultats issus de cette étude mettent en évidence le rôle central des compétences émotionnelles dans la relation soignant-soigné. Cependant, des freins, tant au niveau de la formation que de l'organisation, limitent leur intégration dans la pratique quotidienne.

Dans cette optique, ce mémoire permet d'établir plusieurs recommandations pertinentes.

Tout d'abord, comme mentionné tout au long du travail, il apparaît essentiel de renforcer la formation des infirmier.ère.s en matière de compétences émotionnelles. L'intégration d'un module de cours portant sur les émotions dans le soin dans la formation initiale permettrait aux futurs soignants de mieux comprendre les exigences relationnelles du métier.

Dans cette continuité, une formation continue semble indispensable à développer, afin de favoriser le maintien du développement de ces compétences tout au long de la carrière professionnelle.

Par la suite, des améliorations organisationnelles apparaissent nécessaires. Il s'agit notamment de réduire la charge de travail, d'accorder plus de temps à l'éducation thérapeutique ainsi que

de reconnaître la gestion des émotions comme composante essentielle du travail infirmier. Une meilleure reconnaissance de cette dimension pourrait contribuer à diminuer l'épuisement professionnel ainsi que le stress lié à la charge émotionnelle.

Par ailleurs, le renforcement du soutien aux professionnels de la santé constitue un levier majeur. La mise en place d'espaces d'échange, tels que des groupes de parole ou des séances de débriefing après les situations complexes, permettrait de diminuer le stress et de promouvoir un meilleur bien-être au travail. Ce dernier qui va probablement avoir un impact positif sur la qualité des soins prodigués aux patients.

Finalement, une approche globale et centrée sur le patient est recommandée. Celle-ci repose sur l'écoute active, la communication et une approche relationnelle adaptée au contexte de soins. Ces éléments favorisent les échanges dans la relation de soin, l'établissement d'une relation de confiance, essentielle pour permettre l'adhésion du patient à son traitement et adapter la prise en charge à ses besoins spécifiques.

7.2 Perspectives

Au-delà des recommandations formulées, plusieurs perspectives de recherche future peuvent être envisagées afin d'approfondir la compréhension du rôle des compétences émotionnelles dans la pratique infirmière.

Premièrement, il serait intéressant de mener une étude comparative entre deux groupes d'infirmière.s, dont l'un bénéficierait de formations spécifiques en compétences émotionnelles, notamment en régulation émotionnelle et en affirmation de soi, tandis que l'autre groupe ne bénéficierait pas.

L'évaluation pourrait être réalisée sur le long terme, à l'aide d'entretiens semi-directifs et de la grille PEC, à différents moments (au temps initial et après deux ans par exemple). Cela permettrait d'analyser l'évolution des compétences émotionnelles ainsi que leur impact sur la relation soignant-soigné.

En second lieu, l'élargissement de l'échantillon pourrait constituer une autre piste intéressante. L'inclusion d'un nombre plus important de participants permettrait de renforcer la validité des résultats et d'approfondir l'analyse des compétences émotionnelles chez les soignants.

D'autre part, certains entretiens suggèrent que des soignants adoptent une forme de distanciation émotionnelle afin de se protéger. Il serait donc pertinent d'explorer davantage cette dimension afin d'en comprendre l'origine.

Cette posture relève-t-elle d'une stratégie de régulation émotionnelle ou d'un mécanisme associé à un état d'épuisement professionnel ?

Dans cette perspective, l'inclusion d'un outil de mesure du *burnout*, tel que le Maslach Burnout Inventory (*MBI*, *cfr. annexe 4*), pourrait être envisagée dans de futures études. Cela permettrait d'analyser le niveau d'épuisement professionnel et d'étudier son lien avec la régulation émotionnelle ainsi que la qualité des soins.

Par ailleurs, il serait également pertinent d'inclure le point de vue des patients dans de futures recherches, afin de recueillir leur expérience de soins ainsi que leur adhésion à leur traitement et à l'éducation thérapeutique.

Ainsi, ces perspectives permettront d'enrichir les connaissances et de mieux comprendre les enjeux liés aux compétences émotionnelles dans la relation de soin.

8. Partie réflexive

Dans cette partie, je propose une réflexion personnelle par rapport à différents éléments observés lors de la réalisation de ce travail.

Premièrement, j'ai été marquée par certaines postures professionnelles observées lors du déroulement des entretiens. Sans porter de jugement, il m'a semblé que plusieurs infirmier.ère.s avaient tendance à minimiser la place du patient dans la relation de soin. Le discours d'une participante en particulier m'a interpellée : elle expliquait que son approche avait évolué avec le temps, passant d'une approche technique à une approche davantage centrée sur le patient. Toutefois, certains éléments de son discours semblaient contradictoires, notamment lorsqu'elle évoquait ses propres objectifs ainsi que l'adaptation du patient à ceux-ci. Cette manière de concevoir la relation de soin pouvait laisser apparaître une tendance à dévaloriser le rôle du patient, pourtant central dans la relation de soin et dans l'ETP.

Par ailleurs, cette recherche m'amène à m'interroger sur les différences de représentations et de perceptions en fonction du contexte culturel, notamment entre mon expérience au Liban et celle observée dans le cadre de cette étude. Dans le contexte libanais, l'expression des émotions, en particulier chez les hommes, peut être abordée de manière plus réservée, tandis que les femmes sont souvent considérées comme plus ouvertes à l'expression de leurs émotions.

Cependant, les résultats de l'étude m'ont amenée à questionner ces représentations. En effet, les entretiens ont montré que, indépendamment du genre, les soignants expriment des émotions et mobilisent des compétences émotionnelles dans leur pratique.

D'autre part, ce travail m'a permis de prendre conscience de l'importance des compétences émotionnelles dans la pratique infirmière. Les résultats obtenus ont été globalement très satisfaisants, avec des niveaux de compétences émotionnelles parfois inattendus. Cette constatation met également en évidence leur caractère exigeant et énergivore, notamment dans le cadre de l'éducation thérapeutique. Cela amène à s'interroger sur le nombre de patients pouvant être pris en charge quotidiennement, tout en préservant une qualité relationnelle ainsi qu'une qualité des soins adéquate.

Enfin, cette réflexion m'a également amenée à considérer la pertinence du choix de l'éducation thérapeutique comme cadre d'étude pour analyser l'importance des compétences émotionnelles dans la relation de soin. En effet, ce choix méthodologique a permis de recueillir des résultats riches et pertinents, tout en mettant en évidence le rôle central des émotions.

9. Conclusion

Ce mémoire avait pour objectif d'explorer l'influence de la régulation émotionnelle des infirmier.ère.s sur la relation soignant-soigné, en particulier dans le contexte de l'éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2. Un second objectif visait à évaluer le niveau de compétences émotionnelles des soignants.

Les résultats mettent en évidence l'importance des émotions dans la relation de soin, ainsi que l'existence d'un échange émotionnel constant entre le patient et le soignant. Cette interaction rend la relation complexe et exigeante, nécessitant une adaptation continue, tant sur le plan émotionnel qu'organisationnel.

D'autant plus que l'étude souligne le rôle central de la régulation émotionnelle, qui apparaît comme une compétence indispensable dans la pratique infirmière. Elle permet d'améliorer la communication, de favoriser un climat d'échange adapté et de soutenir l'adhésion du patient, en particulier dans le cadre de l'éducation thérapeutique. Cependant, cette compétence reste principalement développée de manière informelle et reste insuffisamment soutenue sur le plan institutionnel.

Toutefois, cette recherche met également en évidence que la régulation émotionnelle ne peut être envisagée indépendamment des autres composantes des compétences émotionnelles. Les résultats suggèrent que l'identification, la compréhension, l'expression et l'utilisation des émotions occupent également une place essentielle dans la relation soignant-soigné et dans l'accompagnement thérapeutique des patients.

Par ailleurs, les résultats mettent en lumière les contraintes organisationnelles ainsi que leur impact sur la relation soignant-soigné. La surcharge de travail, le manque de temps ou encore le déficit de soutien limitent la disponibilité émotionnelle des soignants, les conduisant à prioriser les aspects techniques au détriment du relationnel, ce qui peut altérer la qualité des soins.

Ainsi, lorsque la régulation émotionnelle n'est ni accompagnée ni soutenue, elle peut devenir une surcharge émotionnelle.

Ces constats soulignent la nécessité de reconnaître le travail émotionnel comme une composante à part entière de la pratique infirmière. Il apparaît essentiel de renforcer les dispositifs de formation aux compétences émotionnelles et de mettre en place des espaces de soutien dédiés aux soignants.

Enfin, ce travail ouvre des perspectives quant à l'intégration des compétences émotionnelles et de la régulation des émotions dans la formation initiale et continue des infirmier.ère.s ainsi que quant à leur impact sur le bien-être au travail et la qualité des soins.

10. Bibliographie et Annexes

- 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. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0062635>
- Cecil, P., & Glass, N. (2015). An exploration of emotional protection and regulation in nurse–patient interactions: The role of the professional face and the emotional mirror. *Collegian*, 22(4), 377–385. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2014.06.002>
- Dailah, H. G. (2024). The Influence of Nurse-Led Interventions on Diseases Management in Patients with Diabetes Mellitus: A Narrative Review. *Healthcare*, 12(3), 352. <https://doi.org/10.3390/healthcare12030352>
- Doubi, S., Ouahabi, H. E., Dakkar, O., & Ajdi, F. (2014). L'évaluation d'un programme d'éducation thérapeutique chez le patient diabétique dans un Centre Hospitalier Universitaire marocain: Résultats préliminaires d'une enquête pilote. *Pan African Medical Journal*, 18. <https://doi.org/10.11604/pamj.2014.18.258.3054>
- Dubé, L., & Paquet, C. (2003). Les émotions: L'aspect négligé dans l'organisation des soins de santé centrée sur le patient: *Gestion*, Vol. 28(2), 11–18. <https://doi.org/10.3917/riges.282.0011>
- Dugué, M., Dosseville, F., Lavaud, V., Thomasse, E., & Sirost, O. (2024). Compétences émotionnelles et simulation: Une étude pilote en soins infirmiers. *Revue Education, Santé, Sociétés*, (Volume 10, Numéro 1), 1–18. <https://doi.org/10.17184/eac.8131>
- Erkayiran, O., & Demirkiran, F. (2024). The Effect of Emotion Regulation Training on Nurses: A Quasi-Experimental Study. *Nursing & Health Sciences*, 26(4), e70017. <https://doi.org/10.1111/nhs.70017>

- Fasbinder, A., Shidler, K., & Caboral-Stevens, M. (2020). A concept analysis: Emotional regulation of nurses. *Nursing Forum*, 55(2), 118–127. <https://doi.org/10.1111/nuf.12405>
- Fisher, L., Polonsky, W. H., & Hessler, D. (2019). Addressing diabetes distress in clinical care: A practical guide. *Diabetic Medicine*, 36(7), 803–812. <https://doi.org/10.1111/dme.13967>
- Gagnayre, R. (n.d.). *À l'hôpital, au-delà du patient auquel elle s'adresse, l'éducation thérapeutique s'inscrit plus largement dans une perspective d'éducation et de promotion de la santé.*
- Galanis, P., Katsiroumpa, A., Moisoglou, I., Derizioti, K., Gallos, P., Kalogeropoulou, M., & Papanikolaou, V. (2024). Emotional Intelligence as Critical Competence in Nurses' Work Performance: A Cross-Sectional Study. *Healthcare*, 12(19), 1936. <https://doi.org/10.3390/healthcare12191936>
- Ge, M., Hu, F., Jia, Y., Tang, W., Zhang, W., & Chen, H. (2023). Global prevalence of nursing burnout syndrome and temporal trends for the last 10 years: A meta-analysis of 94 studies covering over 30 countries. *Journal of Clinical Nursing*, 32(17–18), 5836–5854. <https://doi.org/10.1111/jocn.16708>
- Granados Gámez, G. (2009). The Nurse-Patient Relationship as a Caring Relationship. *Nursing Science Quarterly*, 22(2), 126–127. <https://doi.org/10.1177/0894318409332789>
- Gross, J. J. (n.d.). *The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review.*
- Hartley, S., Raphael, J., Lovell, K., & Berry, K. (2020). Effective nurse–patient relationships in mental health care: A systematic review of interventions to improve the therapeutic alliance. *International Journal of Nursing Studies*, 102, 103490. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103490>

- Hayajneh, A. A., Almrafi, S. N., Rababa, M., & Tawalbeh, R. (2025). Unearthing Predictors of Emotional Intelligence, Empathy, and Work Engagement Impacting Acute Care Nursing. *Psychological Reports*, 00332941251358216. <https://doi.org/10.1177/00332941251358216>
- Hayek, M., Ghoul, I., Abdullah, A., Said, N., Alkaissi, A., Alshawish, E., Hirzallah, F. M., Asia, A., Jkhlab, M., Daas, N., Salah, B., Abutair, J., Abd-Alkader, N., & Marzook, D. (2025). Barriers and facilitators to patient education from nursing perspectives in West bank hospitals: A Cross-sectional study. *BMC Nursing*, 24(1), 741. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03434-w>
- Jaffiol, C., Godeau, P., & Grosbois, B. (2016). Prise en charge des maladies chroniques: Redéfinir et valoriser le rôle du médecin généraliste. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 200(6), 1225–1240. [https://doi.org/10.1016/S0001-4079\(19\)30641-7](https://doi.org/10.1016/S0001-4079(19)30641-7)
- Javeed, N., & Matveyenko, A. V. (2018). Circadian Etiology of Type 2 Diabetes Mellitus. *Physiology*, 33(2), 138–150. <https://doi.org/10.1152/physiol.00003.2018>
- Jena, B., Kalra, S., & Yeravdekar, R. (2018). Emotional and psychological needs of people with diabetes. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 22(5), 696. https://doi.org/10.4103/ijem.ijem_579_17
- Lane, T. (2019). Emotional Intelligence. *The Annals of The Royal College of Surgeons of England*, 101(1), 1–1. <https://doi.org/10.1308/rcsann.2018.0209>
- Lavergne, Thomas, & Janssens, Hélène. (2024). *Pénurie des infirmier.es et crise du “prendre soin”* [Pdf]. <https://doi.org/d/2024/10.043/25>
- Li, L. Z., Yang, P., Singer, S. J., Pfeffer, J., Mathur, M. B., & Shanafelt, T. (2024). Nurse Burnout and Patient Safety, Satisfaction, and Quality of Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Network Open*, 7(11), e2443059. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.43059>

- Mderis, W., Abu Shosha, G., Oweidat, I., Al-Mugheed, K., Farghaly Abdelallem, S. M., Alabdullah, A. A. S., & Alzoubi, M. M. (2024). The relationship between emotional intelligence and readiness for organizational change among nurses. *Medicine*, 103(32), e38280. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000038280>
- Mikolajczak, M., Tran, V., Brotheridge, C. M., & Gross, J. J. (2009). Chapter 11 Using an emotion regulation framework to predict the outcomes of emotional labor. In C. E. J. Härtel, N. M. Ashkanasy, & W. J. Zerbe (Eds.), *Research on Emotion in Organizations* (Vol. 5, pp. 245–273). Emerald Group Publishing Limited. [https://doi.org/10.1108/S1746-9791\(2009\)0000005013](https://doi.org/10.1108/S1746-9791(2009)0000005013)
- Monier, H. (2020). « Designer » la Régulation Émotionnelle Collective aux Urgences: L'incontournable compétence de demain: *Management & Avenir Santé*, N° 6(1), 63–81. <https://doi.org/10.3917/mavs.006.0063>
- Moreno-Poyato, A. R., Montesó-Curto, P., Delgado-Hito, P., Suárez-Pérez, R., Aceña-Domínguez, R., Carreras-Salvador, R., Leyva-Moral, J. M., Lluch-Canut, T., & Roldán-Merino, J. F. (2016). The Therapeutic Relationship in Inpatient Psychiatric Care: A Narrative Review of the Perspective of Nurses and Patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(6), 782–787. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.03.001>
- Pan, W.-J., & Wang, S.-F. (2025). Understanding patients' emotional needs to strengthen therapeutic relationships: A deep insight into narrative nursing. *World Journal of Psychiatry*, 15(3). <https://doi.org/10.5498/wjp.v15.i3.103093>
- Phaneuf, M. (2013). L'intelligence émotionnelle, un outil de soin. *Santé mentale* (177), 54-59
- Şahin, Ş., & Özhanlı, Y. (2025). Emotional experiences, difficulties, and facilitators in patient care of nurses working in surgical units: A qualitative study. *BMC Nursing*, 24(1), 1350. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-04010-y>

Shaw, P., Ch, M. B. B., Stringaris, A., Nigg, J., & Leibenluft, E. (n.d.). *Emotion Dysregulation in Attention Deficit Hyperactivity Disorder*.

Shukuru Lossa Daniel, Dyikpanu Tibasima David, Djakisa Uringi Ernest, Agenong’a Urwodhi Robert, Léontine Mangaza, Lubala Chihyoka Achille, Bakengeze Molière Promesse, Bwinja Mwenyiheri Hippolyte, Nshobole Biringanine Bertille, Borauzima Batumike Salomon, Matabaro MukembanyI Charles, & Kasororo Mwakame Alphonse. (2025). *Etude des facteurs influençant la qualité de relation soignant-soigné: Perception des malades hospitalisés à l’Hôpital Général de Référence de Bunia, au Nord-est de la République Démocratique du Congo*. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.15336191>

Stratégie thérapeutique du patient vivant avec un diabète de type 2. (n.d.).

Thivolet, C. (2021). Prise de position de la Société francophone du diabète (SFD) sur les stratégies d’utilisation des traitements anti-hyperglycémians dans le diabète de type 2—2021. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 15(8), 779–780. <https://doi.org/10.1016/j.mmm.2021.10.016>

Turki, I., Mnif, M., & Zedini, C. (2024). The effect of therapeutic education program on quality of life among type 2 diabetic North-African patients: A randomized controlled trial L’effet d’un programme d’éducation thérapeutique sur la qualité de vie des patients diabétiques de type 2 Nord-Africains: Un essai contrôlé randomisé. *LA TUNISIE MEDICALE*, 102.

Wolotira, E. A. (2023). Trauma, Compassion Fatigue, and Burnout in Nurses. *Nurse Leader*, 21(2), 202–206. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2022.04.009>

Xu, Y., & Fan, L. (2023). Emotional labor and job satisfaction among nurses: The mediating effect of nurse–patient relationship. *Frontiers in Psychology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1094358>

https://books.google.be/books?hl=fr&lr=&id=xAHpDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=la+relation+soignant-soign%C3%A9+infirmier+et+patient+en+education+therapeutique&ots=Jnb2a0KwrT&sig=LUcekIftwzWfm0tA2L60E5kh_ZU#v=onepage&q=la%20relation%20soignant-soign%C3%A9%20infirmier%20et%20patient%20en%20education%20therapeutique&f=false

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=106>

<https://www.cancercare.be/fr/epuisement-professionnel-chez-les-infirmieres-un-probleme-mondial-qui-ne-cesse-de-saggraver/>

<https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/media/documents/192%20-%20P%C3%A9nurie%20des%20infirmier%C2%B7es%20et%20crise%20du%20%E2%80%99prendre%20soin%E2%80%99.pdf>

<https://www.santementale.fr/ddl/pdf/a62673832b84d60e8ff8d9699b71101a/>

https://www.federationdesdiabetiques.org/federation/actualites/stress-et-diabete-de-type-2-quels-sont-les-liens?utm_source=chatgpt.com

Cours :

- Portfolio (WFSP2244) : Travail pour l'option comportements et compétences pour la santé (Année académique 2024-2025).
- 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.

- **Annexe 1** : Guide d'entretien semi-directif et consentement d'enregistrement

INTRODUCTION :

Je m'appelle Christina, Je réalise actuellement un master en Santé Publique à l'UCLouvain.

Dans le cadre de mon travail en tant qu'infirmière au sein de l'U44, j'accompagne des patients atteints de diabète de type 2. Au fil de cette expérience, j'ai été confrontée à plusieurs situations mettant en évidence le rôle des émotions, tant chez les soignants que chez les patients, dans la relation de soin.

J'ai pris conscience que, dans la réalité du terrain, les contraintes liées au rythme du travail, à la charge émotionnelle ou au manque de temps peuvent parfois rendre difficile la prise en compte des émotions dans les soins.

C'est pourquoi j'ai souhaité orienter mon travail de mémoire sur la régulation émotionnelle des infirmiers et sur leurs compétences émotionnelles dans la relation de soin. J'ai choisi d'aborder cette thématique plus particulièrement dans le contexte de l'éducation thérapeutique des patients atteints de diabète de type 2, rencontrés quotidiennement (dans l'U44 et le service d'éducation thérapeutique) et demandant souvent une attention particulière et une relation soignant-soigné plus approfondie.

L'objectif de ce travail est de mieux comprendre l'influence de la régulation des émotions sur la relation de soin.

C'est dans ce contexte que je souhaiterais vous rencontrer afin de recueillir votre expérience et votre point de vue sur ce sujet.

Pour ne pas altérer la qualité et l'authenticité de vos propos, si vous êtes d'accord, cet entretien sera enregistré. L'enregistrement de l'entretien sera détruit dès la fin de son utilisation.

Êtes-vous d'accord ? ☐ *attendre sa réponse.*

La durée de l'entretien dépendra de votre vécu et de ce que vous souhaitez partager. Votre anonymat sera préservé.

Au cours de l'entretien, je serai amenée à vous poser des questions, sentez-vous libre de partager ce que vous souhaitez, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Je ne porterai aucun jugement et aucune critique sur votre discours. Si je ne me fais pas bien comprendre lorsque je vous pose des questions, n'hésitez pas à me demander de reformuler. Si vous souhaitez me partager certains éléments mais qu'ils ne soient pas enregistrés, n'hésitez pas à me le demander.

Je réagirai par rapport à vos réponses et vous demanderez d'approfondir des détails qui vous paraîtront peut-être insignifiants mais qui sont importants pour la réalisation de ce travail.

Avant de commencer l'entretien, avez-vous des questions ? ☐ *Attendre sa réponse.*

Guide d'entretien :

1) Parcours professionnel

- Pour commencer, pouvez-vous me parler de votre parcours professionnel et de votre expérience auprès des patients diabétiques de type 2?

Relances :

- Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service?
- Quel type d'accompagnement réalisez-vous le plus souvent?

2) Relation soignant-soigné / Éducation thérapeutique

- Comment décririez-vous votre relation avec les patients diabétiques de type 2?

Relances :

- En quoi cette relation diffère-t-elle, si c'est le cas, de celle que vous avez avec d'autres patients?
- Quelle place occupent les émotions dans votre pratique d'éducation thérapeutique auprès de vos patients?
 - Quelles émotions ressentez-vous le plus souvent dans ces moments (*identification*)? Et comment percevez-vous les émotions du patient? Et de quelle manière gérez-vous vos propres émotions dans ces moments?
 - Avez-vous une situation à partager?
 - Suite au partage : comment vos émotions et/ou celles du patient ont-elles constitué un levier de changement dans la prise en charge?

3) Influence des émotions sur la pratique

- Selon vous, quelle est la place des émotions dans votre manière de communiquer ou entrer en relation avec les patients? (*expression des émotions*)
(peut être positif, négatif, mixte ..)
 - Pouvez-vous illustrer par un exemple concret vécu dans votre pratique?

4) Régulation et compétences émotionnelles

- Au fil de votre expérience, avez-vous développé des manières de gérer ou de réguler vos émotions dans votre pratique professionnelle? (oui ou non)
 - Est-ce que vous avez remarqué une évolution/un changement avec le temps?
 - Pouvez-vous décrire ce que vous faites concrètement dans ces situations?
- Selon vous, comment vos émotions et la façon dont vous les régulez, influencent-elles votre relation avec les patients?

5) Freins et ressources

- Dans votre environnement de travail, qu'est-ce qui favorise ou au contraire freine l'expression, la prise en compte et la régulation des émotions ?

Relances :

- Charge de travail, manque de temps, soutien?
- Quel impact peut-il avoir sur la qualité de l'ETP?

6) Apprentissage/formation

- Comment avez-vous appris à travailler avec vos compétences émotionnelles dans votre rôle infirmier? (*identifier, comprendre, exprimer, utiliser nos émotions et celles d'autrui*)

Relances :

- Qu'est-ce qui vous a le plus aidé? (expérience, collègue, formation)?
- Selon vous, pensez-vous que vous auriez besoin davantage de soutien sur cet aspect?

Clôture de l'entretien :

- Y a-t-il d'autre chose que vous souhaiteriez ajouter et qui vous semble important par rapport à ce sujet?

Je vous remercie sincèrement pour le temps que vous m'avez accordé et pour le partage de votre expérience.

- **Annexe 2 : Accord CUSL**

	Formulaire de demande d'enquête s'adressant au Personnel du Département Infirmier	Département ressources humaines <i>Service Formation</i>
		Date d'application : 23/10/2018
DRH-FORM-219	1.0	

1. Coordonnées du (des) étudiant(s) ou chercheur(s)

NOM – PRENOM : BAZ Christina ADRESSE MAIL : Christina.baz@student.uclouvain.be, Christina.baz@saintluc.uclouvain.be, Bazchristina3@gmail.com GSM : +32 487 23 52 06
ETUDES POURSUIVIES : Master en Santé Publique
ANNEE D'ETUDES : 3 (étalement 3 ans)
INSTITUT DE FORMATION : ☐ HE ☒ UNIVERSITE ☐ INSTITUT DE PROMOTION SOCIALE ☐ HORS BELGIQUE NOM - COORDONNEES COMPLETES Université UCLouvain Bruxelles Woluwe. Adresse : Avenue E. Mounier 51, 1200 Woluwe-Saint-Lambert Téléphone : 010 47 21 11
Co-promotrice : NOM : Aujoulat Isabelle ADRESSE MAIL : isabelle.aujoulat@uclouvain.be TELEPHONE PROFESSIONNEL : 02/436.15.35

2. Sujet de l'enquête :

La régulation des émotions des infirmier.ère.s dans la relation soignant-soigné en éducation thérapeutique.

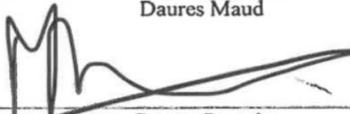
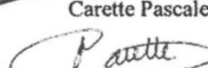
Une étude qualitative visant à expliquer l'impact des compétences émotionnelles sur la qualité des soins et surtout de l'éducation des patients chroniques (diabète de type 2).

3. Promotrice :

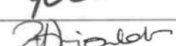
- ☐ Membre du département Infirmier des Cliniques universitaires Saint-Luc
- ☐ Membre du personnel des Cliniques universitaires Saint-Luc (hors Département Infirmier)
- ☒ Externe aux Cliniques universitaires Saint-Luc

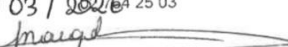
NOM : Raes Marie-Emilie
ADRESSE MAIL : raesmarieemilie@gmail.com
TELEPHONE PROFESSIONNEL :

4. Public cible :

X Unités/ Services ☐ individuel (nom des personnes concernées)	Nom et signature de l'infirmier Chef ou du responsable hiérarchique
U44 (Médecine interne et infectieuse, endocrinologie, néphrologie)	Daures Maud 
Service d'endocrinologie et de diabétologie (éducation thérapeutique)	Carette Pascale 

5. Période(s) de l'enquête :☐ Cette enquête s'effectue dans le cadre d'un stage du ... au ...☒ Cette enquête n'est pas liée à un stage : (jour de l'obtention de l'accord) -> 31/03/2025**6. Autorisations :**

	VALIDATION	SIGNATURE
Promotrice	Compétences sur la thématique des compétences émotionnelles	
Co-promotrice		

Cellule IPEH - Coordination des Stages Accord du Service Formation : Service Formation Dép. Infirmier - CuSL Avenue Hippocrate 10 - 1200 Bxl ipeh@saintluc.uclouvain.be Date : 9/03/2025 Signature : 	Refus du Service Formation : Date : Signature :
--	--

Ce document dûment complété ainsi que le questionnaire ou le canevas d'entretien sont à renvoyer au Service Formation au plus tard deux semaines avant le début de l'enquête.

Toute demande d'enquête doit obligatoirement être accompagnée du document « engagement de collaboration, de confidentialité et de non divulgation » dûment complété afin d'être traité.

Par mail : ipeh-saintluc@uclouvain.be

L'(les)étudiant(s) ou le chercheur(s) recevra (ont) par mail, le document signé par le Service Formation l'autorisant à démarrer l'enquête à la date susmentionnée

- **Annexe 3** : Grille PEC et Tableau issues de l'article de (Brasseur et al., 2013) « *Profil of emotional competence (PEC)* ».

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!

Table 2. Means, standard deviations and internal consistencies of the PEC subscales and factors for men and woman.

		Male (n= 404)		Female (n= 405)		Gender differences	
Subscales		Mean	SD	Mean	SD	α	t-test significance
Intrapersonal CE	Identification	3.58	.80	3.67	.75	.72	$p = .128$
	Expression	2.93	.88	3.14	.86	.73	$p = .001$
	Comprehension	3.26	.87	3.29	.89	.79	$p = .645$
	Regulation	3.01	.92	2.78	.84	.78	$p = .000$
	Utilization	3.62	.75	3.77	.81	.79	$p = .004$
Interpersonal CE	Identification	3.46	.82	3.65	.77	.83	$p = .001$
	Expression	3.58	.83	3.93	.68	.73	$p = .000$
	Comprehension	3.51	.72	3.71	.66	.77	$p = .000$
	Regulation	3.27	.75	3.42	.67	.79	$p = .002$
	Utilization	3.07	.84	2.87	.83	.81	$p = .001$
Factors scores	Intrapersonal CE	3.28	.62	3.33	.62	.90	$p = .255$
	Interpersonal CE	3.38	.58	3.52	.51	.90	$p = .000$
Global score	CE Global score	3.33	.54	3.42	.49	.93	$p = .008$

doi:10.1371/journal.pone.0062635.t002

Annexe 4 : Maslach Burnout Inventory

Ce mémoire a bénéficié de l'assistance d'une intelligence artificielle (ChatGPT, Open AI) pour la reformulation de certaines sections et l'aide à la traduction d'articles scientifiques, sans intervenir sur l'analyse, l'argumentation ni les résultats.

Test d'Inventaire de Burnout de Maslach - MBI

Comment percevez-vous votre travail ? Etes-vous épuisé(e) ?
 Quelle est votre capacité à gérer votre relation aux autres ?
 Où en êtes-vous sur votre degré d'accomplissement personnel ?

- Précisez la fréquence à laquelle vous ressentez la description des propositions suivantes en entourant le chiffre correspondant avec :

- 0 = Jamais
- 1 = Quelques fois par an, au moins
- 2 = Une fois par mois au moins
- 3 = Quelques fois par mois
- 4 = Une fois par semaine
- 5 = Quelques fois par semaine
- 6 = Chaque jour

- Additionnez les scores obtenus dans chacune des 3 dimensions proposées au bas du questionnaire. Voyez si ces scores sont à un degré « faible », « modéré » ou « élevé ».

	Jamais ↓				Chaque jour ↓			
01 – Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6	
02 - Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6	
03 - Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5	6	
04 - Je peux comprendre facilement ce que mes patients/clients/élèves ressentent	0	1	2	3	4	5	6	
05 - Je sens que je m'occupe de certains patients/clients/élèves de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6	
06 - Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0	1	2	3	4	5	6	
07 - Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6	
08 - Je sens que je craque à cause de mon travail	0	1	2	3	4	5	6	
09 - J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens	0	1	2	3	4	5	6	
10 - Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0	1	2	3	4	5	6	
11 - Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6	
12 - Je me sens plein(e) d'énergie	0	1	2	3	4	5	6	
13 - Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6	
14 - Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	0	1	2	3	4	5	6	
15 - Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6	
16 - Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	0	1	2	3	4	5	6	
17 - J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6	
18 - Je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de patients/clients/élèves	0	1	2	3	4	5	6	
19 - J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0	1	2	3	4	5	6	
20 - Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5	6	
21 - Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	6	
22 - J'ai l'impression que mes patients/clients/élèves me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0	1	2	3	4	5	6	

Total du Score d'Épuisement Professionnel (SEP)

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 01. 02. 03. 06. 08. 13. 14. 16. 20

SEP =

Epuisement Professionnel	SEP < à 17	18 < SEP < 29	30 < SEP
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

Total du Score Dépersonnalisation / Perte d'empathie (SD)

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 05. 10. 11. 15. 22

SD =

Dépersonnalisation	SD < à 5	6 < SD < 11	12 < SD
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

Total du Score Accomplissement Personnel (SAP)

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 04. 07. 09. 12. 17. 18. 19. 21.

SAP =

Accomplissement Personnel	SAP < à 33	34 < SAP < 39	40 < SAP
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

Degré de Burn Out

Attention si vos scores SEP et SD se trouvent tous les deux dans le rouge !

Surtout si votre degré d'accomplissement est également dans le rouge !!!

SEP	L'épuisement professionnel (Burn Out) est typiquement lié au rapport avec un travail vécu comme difficile, fatigant, stressant... Pour Maslach, il est différent d'une dépression car il disparaîtrait pendant les vacances.
SD	La dépersonnalisation, ou perte d'empathie, se caractérise par une baisse de considération positive à l'égard des autres (clients, collègues...), c'est une attitude où la distance émotionnelle est importante, observables par des discours cyniques, dépréciatifs, voire même par de l'indifférence.
SAP	L'accomplissement personnel est un sentiment « soupape de sécurité » qui assurerait un équilibre en cas d'épuisement professionnel et de dépersonnalisation. Il assure un épanouissement au travail, un regard positif sur les réalisations professionnelles.

Maslach, C et col. (2006). *Burn-out : l'épuisement professionnel*. Presses du Belvédère.

Annexe 5 : Tableaux résultats quantitatifs

Hommes	CE intrapersonnelle	CE interpersonnelle	CE globale
H1	3	3,2	3,1
H2	2,8	2,92	2,86
H3	3,72	3,88	3,8
H4	3,52	4,08	3,8
H5	3,72	3,8	3,76

Tableau 1 : Moyennes CE hommes

Moyennes de référence : CE intra=3,28(ET=0,62) ; CE inter=3,38(ET=0,58), CE globale=3,33(ET=0,54)

Femmes	CE intrapersonnelle	CE interpersonnelle	CE globale
F1	3,72	2,76	3,24
F2	3,52	3,84	3,68
F3	2,64	3,68	3,16
F4	4,24	3,52	3,88
F5	3,16	4	3,58
F6	3,52	3,24	3,38
F7	3,52	3,16	3,34

Tableau 2 : Moyennes CE femmes

Moyennes de référence : CE intra=3,33(ET=0,62) ; CE inter=3,52(ET=0,51), CE globale=3,42(ET=0,49)

Légende :

- Bleu : score inférieur à la moyenne de référence ($\leq$ moyenne – 0,5 écart-type)
- Rouge : score supérieur à la moyenne de référence ($\geq$ moyenne + 0,5 écart-type)
- Jaune : score identique à la moyenne de référence

LOUVAIN-LA-NEUVE | **BRUXELLES** | MONS | TOURNAI | CHARLEROI | NAMUR
Clos Chapelle-aux-champs, 30 bte B1.30.02, 1200 Woluwe-Saint-Lambert, Belgique | www.uclouvain.be/fsp