

" Les compétences émotionnelles des soignants contribuent-elles à favoriser leur bien-être professionnel ? "

Devos, Anne-Françoise

ABSTRACT

Le but de cette recherche est de comprendre les compétences émotionnelles des soignants mais aussi de mettre en évidence l'usage des émotions dans leur quotidien professionnel et ce en vue de contribuer à leur bien-être. Dans un premier temps, une recherche dans la littérature a été réalisée afin de savoir ce qui avait déjà été dit à propos de la thématique des émotions et plus particulièrement au sujet des émotions du personnel soignant. Cette recherche a mis en évidence que les compétences émotionnelles s'avèrent primordiales tant dans la réussite personnelle que professionnelle. Un autre fait tout aussi important est que l'intelligence émotionnelle contribue au bien-être dans toutes les dimensions de la vie des individus. Une seconde recherche a été réalisée sur le thème du bien-être au travail. Il s'agissait de prendre connaissance, dans les recherches précédemment menées, des facteurs pouvant avoir une influence sur le bien-être du personnel soignant. Les facteurs sont l'engagement, la motivation, la satisfaction, l'insatisfaction et les difficultés, le stress, le bien-être et la fatigue. Suite à ces recherches, cette première partie a conduit au développement de la question de recherche : « Les compétences émotionnelles des soignants contribuent-elles à favoriser leur bien-être? ». Par la suite, dans la partie pratique des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de sept infirmières travaillant dans différentes unités : les services des soins intensifs, de gériatrie, de médecine et de chi...

CITE THIS VERSION

Devos, Anne-Françoise. *Les compétences émotionnelles des soignants contribuent-elles à favoriser leur bien-être professionnel ?*. Faculté de santé publique, Université catholique de Louvain, 2022. Prom. : Hesbeen, Walter. <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:33559>

Le répertoire DIAL.mem est destiné à l'archivage et à la diffusion des mémoires rédigés par les étudiants de l'UCLouvain. Toute utilisation de ce document à des fins lucratives ou commerciales est strictement interdite. L'utilisateur s'engage à respecter les droits d'auteur liés à ce document, notamment le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit à la paternité. La politique complète de droit d'auteur est disponible sur la page [Copyright policy](#)

DIAL.mem is the institutional repository for the Master theses of the UCLouvain. Usage of this document for profit or commercial purposes is strictly prohibited. User agrees to respect copyright, in particular text integrity and credit to the author. Full content of copyright policy is available at [Copyright policy](#)

Faculté de santé publique

**Les compétences émotionnelles des soignants
contribuent-elles à favoriser leur bien-être
professionnel ?**

Mémoire réalisé par
Devos Anne-Françoise

Promoteur
Hesbeen Walter

Année académique 2020-2021

Master en sciences de la santé publique
Finalité spécialisée

Faculté de santé publique

**Les compétences émotionnelles des soignants
contribuent-elles à favoriser leur bien-être
professionnel ?**

Mémoire réalisé par
Devos Anne-Françoise

Promoteur
Hesbeen Walter

Année académique 2020-2021

Master en sciences de la santé publique
Finalité spécialisée

Remerciements

La réalisation d'un mémoire demande un investissement important d'un grand nombre de personnes.

Tout d'abord, je tiens à remercier mon promoteur Monsieur Hesbeen sans qui la conduite de ce mémoire n'aurait pas été possible. Je le remercie pour ces conseils pertinents et adéquats. Je le remercie également pour sa compréhension lorsque ma démarche prenait une tournure différente que celle conseillée et ce, malgré moi.

Je remercie mon institution et les personnes qui ont acceptées d'être interviewées, sans leur collaboration ce mémoire n'aurait pas pu être rédigé.

Aussi, je remercie vivement mes proches, enfant, amies, amis, collègues qui m'ont apportés l'aide, le réconfort, le soutien et l'énergie afin finaliser 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 étudiants 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.

Table des matières

1. Introduction.....	1
2. Première partie (cadre théorique).....	3
2.1 Les émotions	3
2.1.1 Étymologie et définition du terme émotion	3
2.1.2 Qu'est-ce une émotion ?	4
2.1.3 Les fonctions des émotions	5
2.1.4 Les déclencheurs de l'émotion sont de deux types :.....	5
2.1.5 Les différentes émotions	6
2.1.6 La place des émotions dans les soins	7
2.1.7 L'intelligence émotionnelle	8
2.1.8 Les compétences émotionnelles.....	9
2.1.9 Les limite des compétences émotionnelles	11
2.1.9.1 L'instrumentalisation des émotions	11
2.1.9.2 La sensibilité aux émotions	12
2.1.10 Comment développer les compétences émotionnelles ?.....	12
2.1.10.1 L'identification des émotions.....	12
2.1.10.2 La compréhension des émotions	14
2.1.10.3 L'expression des émotions	14
2.1.10.4 La régulation des émotions	16
2.1.10.5 L'utilisation des émotions	17
2.2 Le bien-être	20
2.2.1 Le bien-être général	20
2.2.2 Le bien-être au travail	20
2.2.3 La situation du personnel soignant	21
2.2.4 Les facteurs altérant le bien-être des soignants.....	21
2.2.4.1 Des conditions de travail difficile	21
2.2.5 L'épuisement des soignants	22
2.2.5.1 L'épuisement professionnel	22
2.2.5.1 L'épuisement émotionnel	22
2.2.5.2 La dépersonnalisation des soins	24
2.2.5.3 La réduction des compétences.....	24

2.2.6	Les facteurs impactant le bien-être	24
2.2.6.1	L'engagement au travail.....	25
2.2.6.2	La motivation et la satisfaction au travail	26
2.2.7	Le stress et ses effets sur le bien-être	28
2.2.7.1	Le stress et l'environnement professionnel.....	28
2.2.7.2	Les différents types du stress	29
2.2.8	Les difficultés rencontrées par le personnel soignant	30
2.2.9	Les valeurs fondamentales des soignants.....	32
2.2.10	Que retenir de cette partie ?	35
3.	Deuxième partie (cadre pratique).....	36
3.1	Introduction	36
3.1.2	Objectif général de la recherche.....	36
3.1.3	Objectifs spécifiques de la recherche.....	36
	L'objectif va être de tenter d'apporter des réponses aux questions suivantes :	36
3.2	Choix de la méthodologie.....	37
3.2.1	Le recueil des données	37
3.2.2	Le guide d'entretien	37
3.2.3	Sélection de l'échantillon.....	38
3.2.4	Sélection de l'institution	38
3.2.5	Le comité d'éthique	38
3.2.6	Echantillon test et correction du guide d'entretien	39
3.2.7	Choix de la méthode d'analyse des données.....	39
3.3	Analyse et présentation des résultats	40
3.3.1	Données générales de l'échantillon	40
3.3.2	L'engagement	40
3.3.3	La motivation	41
3.3.4	La satisfaction	42
3.3.5	Le bien-être	42
3.3.6	Les difficultés, l'insatisfaction et le stress liés au travail.....	43
3.3.7	La fatigue	45
3.3.8	L'avenir professionnel	46
3.3.9	La connaissance du concept des compétences émotionnelles	46
3.4	Discussion.....	48

3.5 Les limites.....	52
3.6 Les Forces.....	53
3.7 Les perspectives.....	54
4. Conclusion	55
5. Bibliographie.....	57
6. Annexes.....	65

1. Introduction

La naissance du thème de ce mémoire fait suite d'une part à de multiples vécus dans ma pratique professionnelle et d'autre part aux cours suivis dans le cadre de mon master en santé publique.

Je suis dans la profession infirmière depuis maintenant un peu plus de 9 ans, (j'ai commencé mes études en soins infirmiers tardivement à un moment de ma vie où j'ai ressenti le besoin et l'envie de réorienter ma carrière).

Je travaille dans le service d'orthopédie- traumatologie à Saint Luc Bouge. Le turn-over des patients y est croissant, la charge de travail est elle aussi croissante. Au sein de l'équipe l'entraide est prônée par la cheffe de service, l'esprit d'équipe est une valeur que nous partageons. Cependant, le stress, les moments de colère, de fatigue sont bien présents. Je vis et j'assiste fréquemment à des situations de tensions, de stress, d'épuisement, de frustrations, la sensation et le sentiment d'être dépassée par les tâches à réaliser. Je suis également interpellée par des comportements d'emportements et de dérives au sein de l'équipe et aussi envers les patients et les stagiaires. Cela me touche énormément. J'ai le sentiment que nous nous éloignons, malgré nous, des objectifs et buts de notre profession et de nous- mêmes. Force est de constater que, trop fréquemment, notre bien-être est perturbé, altéré.

L'idée d'explorer le thème des émotions m'est apparue suite à un cours suivi lors de mon master en santé publique. L'une des options choisies était « Comportements et Compétences pour la santé ». L'un des cours dispensés dans cette option par Mme Mikolajczak portait sur les émotions et les compétences émotionnelles. Ce type de compétence était pour moi un domaine totalement inconnu (Aujoulat, WFSP 2241).

Les compétences émotionnelles réfèrent aux différences dont les individus identifient, comprennent, expriment, utilisent et régulent leurs émotions et celles d'autrui (Mikolajczak, 2014). Le fait d'avoir de bonnes connaissances en ce qui concerne les émotions permet une meilleure adaptation à nos environnements.

Ce cours m'a donné l'envie d'en savoir davantage sur le thème des émotions, de consulter la littérature afin d'en avoir une compréhension plus précise. Mon envie est de comprendre leurs fonctions, leurs impacts dans notre quotidien, dans nos relations avec nous-mêmes et avec autrui ainsi que leurs influences dans nos pratiques professionnelles de soignant.

Une première recherche me conduit au terme « d'intelligence émotionnelle » défini par Salovey et Mayer en 1990 comme « *une forme d'intelligence sociale qui implique l'aptitude à contrôler ses propres émotions et celles des autres, à les discriminer entre elles et à utiliser cette information pour guider à la fois sa pensée et son action* » (Chanlat J-F, 2003)

D'autre part, les constatations de notre bien-être perturbé à certains moments dans nos pratiques de soignant m'incitent à consulter la littérature afin d'avoir une compréhension plus précise et d'éclairer le concept du bien-être des soignants.

« Le bien-être d'une personne est un ensemble de sources de satisfactions issues des différentes dimensions dans lesquelles elle vit dans son quotidien tels que la famille, les amis, les diverses activités, les loisirs, le travail, ... Le bien être est décrit comme un plaisir, une satisfaction ou un bonheur qui a un caractère subjectif et comme un principe qui motive l'activité de la personne » (Revue québécoise de psychologie, 2000).

Suite à ce vécu et à ces constats, s'intéresser au bien-être du personnel soignant au travers de l'information émotionnelle orientant sa pensée, ses réactions et son action paraît important à exploiter.

Portant un intérêt particulier au bien-être et aux émotions, l'objectif visé par cette recherche et ce travail est d'avoir une information plus précise à propos des émotions des soignants en tentant de répondre aux questions :

Le personnel soignant tient-il compte de l'information émotionnelle dans sa pratique quotidienne ?

Quelles sont les ressources émotionnelles utilisées par le personnel soignant en vue de contribuer à son bien-être professionnel ?

Les émotions identifiées, ressenties et exprimées par le personnel soignant dans leur quotidien professionnel sont-elles favorables à leur bien-être ?

Pour finalement tenter de répondre à la question : « **Les compétences émotionnelles des soignants contribuent-elles à favoriser leur bien-être professionnel ?** »

La première partie de ce travail a pour objectif, et ce à partir de recherches dans la littérature scientifique, d'éclairer et de comprendre les thèmes des émotions, de l'intelligence et des compétences émotionnelles. Ensuite la thématique du bien-être sera développée, en s'intéressant aux éléments constitutifs du bien-être des soignants.

La deuxième partie de ce travail sera consacrée à une recherche sur le terrain. Cette recherche à caractère qualitatif sera réalisée par l'intermédiaire d'entretien semi-directif. L'objectif est de mettre en lumière les ressources émotionnelles des soignants à travers les différents concepts développés dans la partie théorique.

La troisième partie aura pour objectif et ce à partir des éléments issus de l'analyse des résultats des entretiens et de la revue scientifique de mettre en lumière les rôles, les impacts, l'influence des compétences/capacités émotionnelles sur le bien-être. Pour terminer, j'aimerais émettre d'éventuelles pistes de solutions en vue de développer les capacités et compétences émotionnelles conduisant à un meilleur bien-être au travail. Avec pour but final de pouvoir éventuellement poser une action positive sur le bien-être du personnel soignant dans sa pratique professionnelle.

2. Première partie (cadre théorique)

Cette partie théorique s'articule autour de deux grands concepts. La première partie aura pour objectif d'explorer la thématique des émotions en général et dans la pratique de soins. La seconde sera quant à elle, consacrée aux facteurs favorisant le bien-être en général et le bien-être du personnel soignant.

2.1 Les émotions

2.1.1 Étymologie et définition du terme émotion

Le terme « émotion » fait partie de notre quotidien et ne cesse d'être étudié et exploré. De multiples auteurs concentrent leurs travaux et leurs recherches sur la compréhension et l'explication des émotions. La signification de ce terme est depuis plus d'un siècle un sujet de débat entre psychologues et philosophes. Parmi la diversité de définitions recensées, celles qui suivent me paraissent les plus pertinentes.

Le terme « émotion » vient du latin « e movere ». Movere voulant dire mouvoir, ébranler ou encore mettre en mouvement et du préfixe « e » indiquant un mouvement vers l'extérieur, une tendance qui pousse à l'action. L'émotion est un mouvement, elle incite l'individu à agir. (Hochner, 2016).

L'Oxford English Dictionary définit l'émotion comme *« une agitation ou un trouble de l'esprit, du sentiment, de la passion, tout état mental de véhémence ou d'excitation »*.

Daniel Goleman désigne par émotion *« à la fois un sentiment et les pensées, les états psychologiques et biologiques particuliers, ainsi que la gamme de tendances à l'action qu'il suscite. Selon lui il existe des centaines d'émotions avec leurs combinaisons, leurs variantes et mutations. Il ajoute que leurs nuances sont si nombreuses que nous n'avons pas assez de mots pour les désigner »*. (Goleman 2014).

Une définition plus générale propose que *« les émotions sont le résultat d'interactions entre facteurs subjectifs et objectifs, réalisées au sein de systèmes neuronaux ou endocriniens, qui peuvent : (a) induire des expériences telles que des sentiments de plaisir ou de déplaisir ; (b) influencer des processus cognitifs tels que mémoire, niveaux d'attention, évaluations, ou catégorisations ; (c) causer des ajustements physiologiques globaux ; (d) induire des comportements qui sont, le plus souvent, expressifs et adaptatifs »*. (Kleinginna PR, Kleinginna 1981)

2.1.2 Qu'est-ce une émotion ?

Les émotions sont inhérentes à la vie et nous ne pouvons pas ne pas les ressentir, le fait de les réprimer en permanence, de ne pas leur accorder d'importance peut donner l'impression de faire face aux situations difficiles alors que finalement cela peut conduire l'individu à l'épuisement.

Les émotions sont selon Damasio « ce qui permet de colorer la vie des individus elles sont indispensables à la survie des individus » (Damasio, 1994 cité par Mikolajczak). Les émotions sont des états relativement brefs provoqués par un stimulus ou une situation spécifique (Luminet, 2002 cité par Mikolajczak). Elles résultent de la conscience subjective et immatérielle, d'un ressenti face à une situation, un phénomène. Les différentes émotions sont catégorisées selon cinq grands types de réactions (Scherer, 2001).

Les pensées suscitées par la situation : ex : « ce chien n'a pas l'air commode, je n'ai rien pour me défendre ».

Les modifications biologiques : où trois types de manifestations ont lieu en cascade (1) les modifications neuronales, (2) les modifications physiologiques avec variations du rythme cardiaque, de la pression artérielle, de la température corporelle, du rythme respiratoire, (3) les manifestations neuro-végétatives : par exemple en cas de peur, sueurs, palpitations, oppression respiratoire. (Annexe 1)

Les tendances à l'action : l'émotion induit une impulsion, une envie pressante de faire quelque chose selon la nature de l'émotion. La peur induit la fuite, la honte induit le désir de se volatiliser, la colère la tentation de frapper, etc... Le fait des tendances à l'action est fonction de la faisabilité, des contraintes sociales et personnelles.

Les modifications expressives et comportementales : l'émotion s'accompagne d'une modification de l'expression faciale, de la gestuelle, de la posture, de la voix. Ces modifications expressives et comportementales sont les plus visibles pour l'extérieur.

L'expérience subjective : ce que ressent l'individu par ex : « je ressens que j'ai peur » (Klaus Scherer, 2001).

2.1.3 Les fonctions des émotions

Les émotions sont indispensables à notre survie et à notre adaptation. Elles informent, elles facilitent l'action, elles aident à la prise de décisions, elles sont cruciales et indispensables à l'adaptation.

Les émotions sont l'énergie psychique qui motive l'individu à prendre des décisions, à avoir des réactions, à changer son mode de vie, à apprécier les choses. Elles jouent un rôle important dans les relations humaines et communicationnelles.

L'émotion et sa nature informent l'individu sur la réalisation de ces objectifs, sur la satisfaction de ses besoins, elle est toujours porteuse d'un message. Une émotion négative signale un obstacle dans l'atteinte de l'objectif, une émotion positive signale que le but est atteint ou en voie de l'être. L'émotion facilite certains comportements tout en inhibant d'autres, elle agit comme un guide de comportement afin de permettre à l'individu d'agir vite et bien.

2.1.4 Les déclencheurs de l'émotion sont de deux types :

Le premier type survient lorsqu'une situation ou un événement met à mal ou à bien les objectifs de l'individu. Elles surviennent dans les situations où l'atteinte des buts ou des objectifs est perturbée ou menacée et donnent naissance à des émotions négatives. Les émotions positives surviennent lorsque l'individu atteint ses objectifs. Il est important de préciser la nature subjective des objectifs, des buts. C'est la signification par l'individu qui donne lieu à telle ou telle émotion, si la signification ou la perception change, l'émotion peut en être modifiée, changée voire disparaître (Gross, 2007).

Le second type de déclencheur est celui mettant à mal les croyances fondamentales de l'individu, les croyances de bases qui l'aident à fonctionner et à donner un sens à sa vie, elles sont implicites. (Janoff- Bulman, 1992).

2.1.5 Les différentes émotions

Les chercheurs et théoriciens ne sont pas d'accord en ce qui concerne l'existence d'émotions fondamentales ni sur la classification des émotions, ni sur leurs définitions. Cependant voici les émotions principales les plus souvent citées :

- la colère : fureur, indignation, ressentiment, exaspération, tracas, acrimonie, animosité, mécontentement, irritabilité, hostilité. La haine et la violence pouvant être les extrêmes pathologiques.
- la tristesse : chagrin, affection, morosité, mélancolie, apitoiement sur soi-même, solitude, abattement, désespoir. La dépression profonde en est la pathologie.
- la peur : anxiété, appréhension, nervosité, inquiétude, consternation, crainte, circonspection, énervement, effroi, la terreur, épouvante, la phobie et la panique quand elle devient pathologique.
- Le plaisir : bonheur, joie, soulagement, contentement, félicité, délectation, amusement, fierté, plaisir sensuel, frisson de joie, ravissement, satisfaction, euphorie, humeur fantaisiste, extase.
- Amour : approbation, amitié, confiance, gentillesse, affinité, dévotion, adoration, engouement.
- Surprise : choc, ahurissement, stupéfaction, étonnement.
- Dégoût : mépris, dédain, répulsion, aversion, répugnance, écœurement.
- Honte : sentiment de culpabilité, embarras, contrariété, remords, humiliation, regret, mortification, contrition. (Annexe 2)

Certaines questions se posent encore aujourd'hui en ce qui concerne le classement de certaines variantes, notamment la jalousie qui est un mélange de colère, de tristesse et de peur. Mais aussi l'espérance, la foi, le courage, l'indulgence, l'assurance, l'équanimité, le doute, la suffisance, la paresse, la torpeur, l'ennui.

Selon Paul Ekman, il existe un petit nombre d'émotions fondamentales. Suite à ces travaux, il constate l'universalité d'expressions faciales pour certaines émotions. Les mêmes expressions sont identifiées par des individus issus de cultures très différentes et dans le monde entier y compris des peuples sans écriture, des peuples lointains de la « civilisation ».

Suite à ces travaux, Paul Ekman nomme la peur, la colère, la tristesse et le plaisir comme les émotions fondamentales.

2.1.6 La place des émotions dans les soins

Les soignants font face à des situations difficiles dans leur profession, ils sont en relation avec l'humain dont la souffrance peut être sociale, physique, psychique ou encore la combinaison des unes et des autres. Ils sont confrontés non seulement à leurs propres émotions mais aussi à celles des patients, à celles générées par le travail en équipe et d'autres issues des conditions et de l'environnement de travail.

Conscient des vécus parfois difficiles des soignants, l'association Soins aux professionnels en santé (SPS) a mis en place en 2016 une plateforme d'appel pour les soignants. Elle propose un accueil de premier niveau par l'écoute et propose une orientation adaptée. Elle vise une prise en charge psychologique des soignants soumis à un choc émotionnel. Après un an de fonctionnement, le nombre d'appels, qui était de 2000, dépassait de loin les estimations émises par l'association, ce qui témoigne du malaise et de la souffrance des soignants dans leur profession.

Les conditions de travail sont parfois à l'origine de vécu professionnel douloureux ou les notions de sens, de qualité de travail et d'éthique sont remises en question.

D'autre part, les émotions et leurs expressions peuvent paraître comme une faiblesse, un manque de professionnalisme. Le soignant est supposé garder le contrôle de lui-même en toute circonstance. La nécessité de maîtriser, de façonner, de cacher ses propres émotions conduit à des tensions à la fois physiques et psychologiques dont les conséquences négatives sont le turn-over, l'absentéisme, la diminution de cohésion et de collaboration au sein de l'équipe, des burnout, une satisfaction qui diminue, du stress, des somatisations, des consommations et abus de psychotropes. (« Émotions des soignants en situation difficile (Castello, C., Borenstein, M., Derome, M., d'Harcourt, C., Pons, C. 2018)

Suite au malaise des soignants, il y a une incitation au travail émotionnel dans la profession. Ce travail est de plus en plus formalisé par des manuels de formation mais aussi dans les discours des cadres et des formateurs. Les objectifs sont que le soignant doit contrôler ses propres émotions, ne pas s'effondrer, garder son calme. Le soignant doit induire chez le patient des émotions facilitant le travail de soin en calmant l'angoisse des patients, atténuer la gêne liée aux soins intimes, redonner le sourire au patient déprimé, etc. (Lhuillier, D. 2006). Cela tient plutôt « d'une prescription émotionnelle » pour les soignants, ce qui peut les amener à s'éloigner d'eux-mêmes en devant utiliser les émotions aux bénéfices de la profession et des patients.

La profession infirmière est exigeante émotionnellement, mentalement et physiquement. Il est à noter que le risque de dépression est présent et considérable chez le personnel infirmier vivant un stress au travail, un alourdissement de la charge de travail ainsi qu'un manque de respect.

2.1.7 L'intelligence émotionnelle

La naissance du concept d'intelligence émotionnelle date des années 1920. À l'époque Thorndike met en évidence « l'habilité à identifier ses propres états internes, motivations et comportements (ainsi que ceux des autres) et à interagir avec autrui de manière optimale sur base de ces informations » (Thorndike, 1920).

En 1983, Gardner définit en plus de l'intelligence classique (QI) deux autres types d'intelligence « personnelle » qu'il nomme **intelligence intra personnelle** : « la connaissance introspective de soi, le sentiment d'être vivant, l'expérience de ses émotions, la capacité à les différencier, à les nommer, à en tirer les ressources pour comprendre et orienter ses comportements » (Gardner, 1983) et **intelligence interpersonnelle** : « la capacité à repérer ce que distingue l'individu, en particulier les différences d'humeur, de tempérament, de motivation et d'intention », elle permet de déceler les projets et les désirs des autres (Gardner, 1983).

En 1990, Salovey et Mayer définissent l'intelligence émotionnelle comme « *une intelligence sociale qui implique la capacité d'identifier ses propres émotions mais aussi celles des autres, la capacité à discriminer les différentes émotions et à les utiliser pour orienter les pensées et les actions* ». (Brasseur, Grégoire 2010)

Aussi comme « la capacité à raisonner au sujet des émotions et à les utiliser afin d'enrichir la pensée. La capacité à identifier les émotions, à générer les émotions adéquates pour faciliter la pensée, à promouvoir, à comprendre les émotions et gérer ses émotions de manière à promouvoir la croissance émotionnelle et intellectuelle » (Mayer, Salovey Caruso 2004)

Le concept d'intelligence émotionnelle a été popularisé par Daniel Goleman dans son livre « L'intelligence émotionnelle » (Goleman, 1995) qui fût un énorme succès. Selon lui l'intelligence émotionnelle est plus importante que le QI dans la prédiction du succès professionnel et personnel (Goleman, 1998). En outre elle peut être apprise et développée. Il met en évidence l'influence de facteurs non intellectuels sur la réussite et le succès sur les plans personnel et relationnel. L'intelligence émotionnelle (IE) contribue au bien-être dans toutes les dimensions de la vie et permet de mieux faire face aux situations de stress (Mikolajczak 2006).

L'évolution des recherches met en évidence deux approches majeures de l'IE : l'approche comme aptitude de l'individu et l'approche comme trait de l'individu.

IE comme aptitude : quatre composantes allant de l'aptitude la plus basse à la plus élevée :

- La capacité à percevoir, décoder et exprimer les émotions
- La capacité à utiliser les émotions comme facilitateurs de la pensée
- La capacité à raisonner au sujet des émotions et en appréhender la complexité
- La capacité à gérer/ réguler ses émotions et celles des autres

IE comme trait de personnalité avec les tendances propres de l'individu comme l'optimisme, l'estime de soi mais aussi la façon habituelle et préférentielle dont l'individu appréhende, pense, ressent ses émotions et celles des autres et sa manière de gérer les situations relationnelles. (Sophie Brasseur et Jacques Grégoire)

2.1.8 Les compétences émotionnelles

Les compétences émotionnelles s'avèrent primordiales pour réussir socialement, personnellement et économiquement, elles constituent un réel capital pour la société dans son ensemble et pour les entreprises (Goleman).

Les auteurs font une distinction entre l'intelligence et les compétences émotionnelles. Les compétences s'inscrivent dans une démarche de développement personnel. La personne a pour but d'améliorer sa connaissance d'elle-même en vue de relations plus harmonieuses, plus efficaces avec son soi et avec autrui, dans son travail et son environnement en général.

Qu'est-ce qu'une compétence. ?

La définition la plus générale de la compétence réfère à des qualités ou des capacités individuelles c'est-à-dire des attributs ou des aptitudes de la personne. Les compétences peuvent être acquises au travers la formation, l'expérience personnelle et professionnelle.

D'autre part, les compétences relèvent d'un processus psychosocial où il est difficile de distinguer ce qui relève des compétences sociales, relationnelles, émotionnelles (Merchiers, 2000). En fonction des ressources personnelles et des conditions psychosociales, une personne sera plus ou moins apte à développer telle ou telle compétence et notamment ses compétences émotionnelles.

Les compétences émotionnelles.

Selon Goleman (2002) « *la compétence émotionnelle est une capacité apprise fondée sur l'intelligence émotionnelle qui entraîne une performance remarquable au travail* ».

Le modèle de Goleman cite quatre grandes compétences : *conscience de soi, gestion de soi, conscience et régulation des émotions d'autrui*. Pour lui « *si on est conscient de son état émotionnel, si on est capable de bien le réguler, si on fait preuve d'empathie envers les autres, si on est capable de réguler leurs émotions on obtiendra une augmentation des performances personnelles et organisationnelles* ». (Goleman, 2002).

Le développement des compétences émotionnelles peut avoir deux orientations :

- L'une orientée vers la subjectivité et la santé psychique, qui s'intéresse « à la gestion des émotions par les individus eux-mêmes et les difficultés qu'ils rencontrent quand les ressources font défaut ».
- La seconde orientée vers la gestion de compétences émotionnelles au service de la performance au travail.

Les compétences émotionnelles se déclinent en trois niveaux (Mikolajczak, 2008) :

- La Connaissance : les connaissances implicites et explicites de l'individu à propos de chacune des compétences émotionnelles.
- L'habilité : la capacité de l'individu à appliquer des connaissances en situation émotionnelle.
- La disposition : la propension de l'individu à se comporter de telle ou telle manière dans les situations émotionnelles en général.

Au cœur des compétences émotionnelles, on trouve deux types de compétences : l'une personnelle, la seconde sociale.

La compétence personnelle détermine la façon dont nous nous comportons.

La conscience de soi : connaître ses propres états intérieurs, ses préférences, ses ressources, ses intuitions.

- La conscience de soi émotionnelle : savoir reconnaître ses émotions et leurs effets.
- Une autoévaluation précise, connaître ses forces et ses limites.
- La confiance en soi, être sûr de sa valeur et de ses capacités.

La maîtrise de soi : savoir gérer ses états intérieurs, ses impulsions, ses ressources.

- Le contrôle de soi : gérer ses émotions et impulsions.
- La fiabilité : se montrer honnête et intègre en toutes circonstances.
- La conscience professionnelle : s'acquitter de son travail de manière responsable.
- L'adaptabilité : faire preuve de souplesse lors de changement.
- L'innovation : être à l'aise avec les idées et les informations nouvelles.

La motivation : la tendance émotionnelle qui nous aide à atteindre nos buts.

- L'exigence de perfection : l'effort pour atteindre le niveau d'excellence ou pour l'améliorer.
- L'engagement : savoir épouser les objectifs du groupe ou de l'entreprise.
- L'initiative : être prêt à saisir les opportunités.
- L'optimisme : poursuivre les objectifs avec ténacité malgré les obstacles et déconvenues.

La compétence sociale concerne notre façon de gérer nos relations aux autres.

L'empathie : la conscience des sentiments, des besoins et des soucis d'autrui.

- La compréhension des autres : capter les sentiments et les points de vue des autres et éprouver un intérêt réel pour leurs soucis.
- La passion du service : anticiper, reconnaître et satisfaire les besoins des autres.
- L'enrichissement des autres : sentir les besoins et les carences des autres et stimuler leurs capacités.
- L'exploitation de la diversité : savoir concilier des sensibilités différentes pour mieux savoir saisir les opportunités.
- Le sens politique : savoir déchiffrer les flux émotionnels sous-jacents d'un groupe et ses relations de pouvoir.

Les aptitudes sociales : induire des réponses favorables chez les autres.

- L'ascendant : savoir employer la tactique efficace pour persuader.
- La communication : envoyer des messages clairs et convaincants.
- La direction : inspirer les groupes ou les personnes.
- Cristalliser les changements : savoir initier ou gérer les changements.
- Le sens de la médiation : savoir négocier et résoudre les conflits.
- Nouer des liens : savoir cultiver des relations utiles.
- Le sens de la collaboration et de la coopération : travailler avec les autres à des objectifs communs.
- Mobiliser une équipe : créer une synergie de groupe au service d'objectifs communs. (Goleman, p 523 à 525).

2.1.9 Les limites des compétences émotionnelles

2.1.9.1 L'instrumentalisation des émotions

Les pratiques de gestion visent à instrumentaliser les émotions afin de les rendre productives et donc les normaliser. Le contrôle et la gestion des émotions au service d'une conformité au « sentiment approprié » dans telle ou telle situation, apparaissant comme normes sociales et à un coût psychique au vu des exigences d'ajustement aux nouvelles règles d'expression des émotions.

Les techniques de la prescription émotionnelle sont aujourd'hui en développement. La montée en puissance du stress au travail, la focalisation sur le service au client et la relation d'aide. De ce fait, davantage de dispositifs managériaux se focalisent à prescrire les états affectifs dans le travail relationnel. (Lhuillier, 2006)

2.1.9.2 La sensibilité aux émotions

Issues d'un apprentissage précoce et évoluant tout au long de la vie l'intelligence intellectuelle (IE) et les compétences émotionnelles (CE) varient d'une personne à l'autre. Dès la naissance, certains auront plus de facilités à apprendre, ce qui aura des conséquences sur leur travail scolaire et professionnel. Cette sensibilité impactera donc la qualité des relations humaines.

L'acquisition et le développement de l'IE et de CE ne s'effectuent pas uniquement par l'enseignement et la formation. D'autres institutions telle la famille, les organisations religieuses et culturelles, les médias, le milieu du travail participent à la transmission et au développement de ces compétences. Elles se construisent et se développent par les actions et les interactions de manière implicite dans des contextes éducatifs formels ou informels, durant le développement de l'enfant au sein de la famille et du groupe social dans lequel l'individu évolue. (Gendron, 2007)

Le travail émotionnel et développement des compétences émotionnelles.

Pour Hochschild (1983, 2002), les émotions peuvent être traitées comme des objets de travail où elles seraient à transformer, à déployer, avec comme finalité de parvenir à la maîtrise au travers la compréhension, l'évaluation et la gestion de ses propres émotions et celles d'autrui.

Le travail émotionnel en tant que régulateur des émotions est étudié par les différents courants de la clinique au travail avec un accent mis sur les dimensions intrapsychiques (les travaux en psychologie du travail (Dejours, 2000)

2.1.10 Comment développer les compétences émotionnelles ?

Le développement des compétences émotionnelles passe par différentes étapes.

2.1.10.1 L'identification des émotions

D'une part, la capacité à identifier ses émotions est la base du développement des compétences émotionnelles complexes telles que la régulation et l'utilisation des émotions. Cette capacité d'identification est essentielle à l'adaptation de l'individu à son environnement et primordial pour la santé mentale, la santé physique et les relations sociales.

D'autre part, la difficulté à identifier ses émotions, à distinguer des sensations corporelles, la difficulté à exprimer ses états émotionnels définit le concept d'alexithymie (Bastin et al, 2004). (Jouanne, C. 2006). Des études montrent que les personnes ayant un niveau élevé d'alexithymie sont plus à risque de développer des dépressions, en effet, elle augmente la vulnérabilité à l'anxiété, à l'hypocondrie, aux troubles de la dépendance et aux troubles

alimentaires. (Kauhanen et al, 1996) (Jula, Salminen, Saarijarvi, 1999 ; Todarello, Taylor, Parker, Fanelli, 1995).

Qu'elles soient de nature positive ou négative, les émotions nous informent sur nous-mêmes, sur le monde extérieur et sur notre rapport avec celui-ci. L'émotion est une source capitale d'informations, le fait d'être ouvert à ses émotions est indispensable au processus d'identification, d'en accepter leur existence afin d'en extraire la valeur informative qu'elles nous apportent.

Afin de pouvoir identifier nos émotions, il est nécessaire de disposer d'un vocabulaire émotionnel suffisamment riche et complexe. Un nombre suffisant de signifiants va permettre à l'individu de comprendre les nuances de sa vie affective. (Annexe 3)

Une autre approche afin de mieux les identifier consiste à considérer les émotions comme dans un espace bidimensionnel avec un premier axe qui définit la valence désignant le coté plaisant ou déplaisant de l'émotion (agréable- désagréable ; positive- négative). Le second axe correspond à l'activation physiologique avec la sensation suscitée par l'émotion (Feldman-Barret et Russell, 1998).

L'identification des émotions se fait sur trois plans :

L'identification de l'émotion à partir des cognitions

Il s'agit des pensées qui accompagnent l'émotion. Le fait de pouvoir identifier ses pensées facilite l'identification des émotions (Bellinghausen, 2007). La perception et l'évaluation cognitive d'une situation déterminent le type et l'intensité de l'émotion éprouvée par l'individu (Scherer, 2000). Cela explique notamment que les individus puissent ressentir des émotions très différentes en réponse à une situation identique. Par exemple, le conflit peut provoquer de la colère pour l'un, de la tristesse pour certains ou de la culpabilité pour d'autres.

L'identification de l'émotion à partir des modifications biologiques

La littérature révèle des différences physiologiques en fonction de la valence de l'émotion ressentie. Les émotions négatives et positives induisent des modifications biologiques. Cependant, il n'existe pas assez de preuves scientifiques pour déterminer un pattern physiologique caractéristique à chaque émotion de base (Cacioppo et Berntson, 1999).

L'identification de l'émotion à partir des tendances à l'action

Chaque émotion incite à agir d'une certaine manière. Cela suggère qu'identifier nos tendances à l'action peut aider à identifier nos émotions (Bellinghausen, 2007). Le désir d'un comportement ou le comportement effectivement posé peut servir d'indicateur de l'émotion ressentie.

2.1.10.2 La compréhension des émotions

Comme vu précédemment, l'émotion tant négative que positive est porteuse de messages, d'informations. Elle nous renseigne sur nos besoins et la satisfaction de ceux-ci afin de trouver un état d'équilibre dans notre environnement. Les besoins sont de deux types : biologique et psychologique. L'insatisfaction ou la satisfaction engendrera une émotion afin de rétablir un état d'équilibre. Les émotions négatives (peur, colère, tristesse) signalent que nos besoins sont insatisfaits. Les émotions positives (joie, ravissement, amusement) signalent la satisfaction de nos besoins. La compréhension des émotions passe par trois compétences de base :

La capacité à accueillir nos émotions : sans jugement accueillir les émotions négatives comme ayant une fonction positive nous informant sur l'état de nos besoins. C'est un processus actif, conscient, d'ouverture et d'attention. Le fait d'accueillir les émotions permet de se réconcilier avec elles.

La capacité à reconnaître nos besoins : après avoir pris le temps d'identifier l'émotion, se pose la question du besoin (sécurité, d'estime, de reconnaissance) sous-jacent faisant naître l'émotion. L'émotion fait suite à un stimulus externe : le déclencheur qui est à distinguer de la cause de l'émotion. Il s'agit de prendre conscience du besoin insatisfait par la situation vécue. Lors d'une émotion désagréable se focaliser sur le déclencheur amplifiera l'émotion alors que la compréhension du besoin à l'origine de celle-ci la diminuera (Mikolajczak M., Quoidbach, J, Kotsou, J., Nelis, D. 2014). En résumé pour comprendre les besoins, trois questions se posent :

- Qu'est ce qui est important pour moi dans cette situation ?
- De quel aspect fondamental de ma vie me parle cette émotion ?
- Quel est le message apporté par cette émotion ?

La capacité à agir pour satisfaire nos besoins : distinguer nos besoins permet de se responsabiliser, d'être plus autonome, d'être plus efficient, d'être centré sur notre énergie et la diriger vers ce qui est sous notre contrôle. (Barlow, 2002)

2.1.10.3 L'expression des émotions

La capacité à exprimer ses émotions est la deuxième grande compétence émotionnelle. Le fait de maîtriser cette compétence permet d'exprimer nos émotions de manière adaptée au contexte, à nos objectifs et de faciliter l'expression de nos interlocuteurs.

L'importance de l'expression des émotions sur le plan individuel

Les effets délétères de la non -expression des émotions : la capacité à exprimer ses émotions influe tant la santé physique que mentale. La suppression des émotions par

l'individu augmente la réponse physiologique avec des conséquences sur le plan social et le plan relationnel. Cette suppression est associée à un moins bon fonctionnement interpersonnel ainsi qu'à une qualité de vie inférieure. Une longue inhibition des émotions peut exacerber le stress et avoir un impact négatif sur le système immunitaire et, de manière générale, sur la santé (Berry, Pennebaker, 1993).

Les effets positifs de l'expression des émotions : différentes recherches montrent que la santé peut être améliorée par l'expression des émotions. Le fait de nommer les émotions ressenties diminue l'activité de l'amygdale, l'activité de la région du langage aurait une influence positive sur la zone associée à la détresse. L'expression du stress et d'autres émotions négatives est notamment en relation avec un meilleur contrôle de la douleur physique (Graham, 2008).

L'importance de l'expression des émotions sur le plan social : l'expression des émotions contribue à la résolution des problèmes, tout comme elle est importante pour le développement et la régulation des relations interpersonnelles et indispensable à la vie sociale. L'émotion fournit de nombreuses informations qui servent à motiver ou à décourager certains comportements inadaptés. L'expression des émotions joue également un rôle important dans la construction des liens affectifs et dans l'intimité entre les personnes (Collin, Miller, 1994 cité par Mikolajczak M., Quoidbach, J, Kotsou, J., Nelis, D.).

2.1.10.4 La régulation des émotions

Le quotidien nous fournit un lot d'émotions. Certaines sont dysfonctionnelles et doivent être régulées afin d'éviter d'avoir des paroles ou des actes regrettables (Gross, 2008). Une émotion est dysfonctionnelle lorsqu'elle est en désaccord avec les objectifs de l'individu ou quand elle est inappropriée au contexte. Il existe 4 grands types de régulation émotionnelle :

- L'augmentation et/ou la diminution de l'émotion qui constitue les types de régulations les plus fréquentes.
- La valence négative et/ou positive de l'émotion perçue par la personne.

Les recherches ont montré que la capacité à réguler ses émotions est une aptitude essentielle ayant des conséquences fondamentales dans les principaux domaines de la vie :

Les relations sociales : les personnes qui régulent mal leurs émotions ont moins d'amis, ont des relations sociales et conjugales de moindre qualité et rencontrent plus fréquemment des conflits interpersonnels, ces personnes sont moins appréciées.

La performance académique ou professionnelle : les étudiants régulant difficilement leurs émotions réussissent moins bien à l'école (Leroy et Grégoire, 2007). Dans le monde professionnel, les personnes qui régulent bien leurs émotions sont plus performantes. Par exemple, les équipes infirmières qui ont de bonnes capacités à gérer leurs émotions prodiguent des soins de meilleure qualité et respectent plus volontiers les normes d'hygiène.

Le bien-être et les troubles psychologiques : les études indiquent que les personnes qui ne parviennent pas à réguler leurs émotions sont moins heureuses et ont une qualité de vie inférieure. Ces personnes sont plus à risque de développer des troubles psychologiques (dépression, crises d'angoisses, développer des phobies, burnouts). Les personnes qui n'arrivent pas à réguler leur tristesse finissent par faire une dépression. Les troubles du comportement résultent de la colère non régulée, tout comme les phobies ont comme origine une peur non régulée. (Gross, Munoz, 1995 ; Mikolajczak, Menil, Luminet, 2007).

La santé physique : les émotions ont une contrepartie biologique. Le corps physique éprouve ces émotions par diverses manifestations qui résultent de l'activation de différents neurotransmetteurs et de la libération de certaines hormones. La difficulté à diminuer ou à réguler ses émotions est un facteur de développement ou d'aggravation de différentes pathologies telles que l'asthme, le diabète, les maladies cardiovasculaires, les maladies gastro-intestinales et certains cancers. D'autre part, le stress entraîne une série de réactions qui aboutissent à la libération du cortisol. Cette libération est fonctionnelle sur le moment mais devient délétère lorsque la libération se prolonge. Ce qui est le cas pour les personnes qui ont des difficultés à réguler leurs émotions.

2.1.10.5 L'utilisation des émotions

En vue d'utiliser au mieux nos émotions, il est important de comprendre leurs influences sur les processus cognitifs et comportementaux. Les émotions influencent nos pensées, nos perceptions. Elles modifient la manière dont nous traitons les informations, dont nous interprétons les événements, nos jugements. Elles déterminent les gestes que nous posons et les décisions que nous prenons.

L'influence de l'humeur sur le processus cognitifs et sur les comportements

Les émotions influencent nos perceptions, nos attentions, nos pensées, nos jugements, nos choix, nos actions, notre mémoire. Les émotions provoquent des biais de congruences. Le fait d'être heureux rend l'individu prioritairement plus enclin à percevoir et à être plus sensible aux stimuli positifs. Inversement, les stimuli négatifs seront les premiers perçus par une personne triste ou malheureuse.

Les émotions encouragent l'individu à adopter un comportement plutôt qu'un autre. Les personnes d'humeur positive sont plus chaleureuses, plus communicatives, plus à l'aise et plus constructives que les personnes d'humeur négative. Avoir conscience de l'influence de notre humeur sur notre comportement est fondamental, surtout dans nos actions et nos interactions.

Optimiser l'effet des émotions

Une prise de conscience des émotions et de l'état émotionnel dans lequel il se trouve va aider l'individu à prioriser les multiples tâches à réaliser. Par exemple une humeur positive sera très utile lors de l'organisation d'un événement festif alors qu'une humeur négative sera plus à propos lors de la rédaction d'une lettre de demande délicate.

2.1.11 Que pouvons-nous retenir de cette partie ?

Les émotions font l'objet d'études et de recherches nombreux auteurs. Avec pour objectifs d'expliquer ce qui a trait aux affects des individus. L'analyse des structures du cerveau expliquent les logiques de l'émotion mais aussi l'analyse des différents systèmes endocriniens actionnés lors de telle ou telle émotion afin de finalement tenter d'apporter une réponse aux comportements, aux actions et réactions des individus.

Parce -ce que les émotions sont inhérentes à la vie, nous ne pouvons pas ne pas les ressentir. Le fait de les réprimer, de ne pas y accorder d'attention peut avoir des conséquences néfastes comme le mal-être, des comportements inappropriés et des répercussions tant sur la santé physique que psychique.

Une émotion, qu'elle soit positive ou négative est toujours porteuse d'un message, d'une information. Elle guide le comportement, elle joue un rôle crucial dans tous les domaines de la vie : les relations humaines, les relations professionnelles, dans les apprentissages, etc.

S'intéresser aux émotions du personnel soignant est légitime dans le sens où l'humain est au cœur de son activité professionnelle. Les soignants ont des vécus difficiles, ils font face chaque jour à la souffrance physique, psychique ou encore sociale. De plus en plus on parle de mal-être et de problèmes de santé chez les soignants. Certains en arrivent à l'épuisement professionnel et émotionnel plus communément appelé le burnout.

L'intelligence émotionnelle fait, elle aussi l'objet de nombreuses études. On parlera des différentes capacités et des aptitudes individuelles dans le domaine des émotions. Selon Goleman, l'intelligence émotionnelle est plus importante que l'intelligence intellectuelle (QI). Les personnes avec un QI élevé sont moins performantes sur le plan social, communicationnel, et relationnel, elles ont moins de ressources afin de rebondir dans telle ou telle situation (Goleman, 1998).

La grande particularité de l'intelligence émotionnelle par rapport au QI, est qu'elle peut être développée et devenir une compétence de l'individu. Ce sont les « compétences émotionnelles ». Elles sont constituées d'un versant intra personnel (compétences personnelles) et d'un versant interpersonnel (les compétences sociales).

Le développement des compétences émotionnelles passe par différentes étapes afin d'acquérir cinq grandes capacités : l'identification, la compréhension, l'expression, la régulation et l'utilisation de ses propres émotions. Ces mêmes grandes capacités sont aussi développées mais pas rapport à autrui. Il s'agit d'identifier les émotions de l'autre, de les comprendre, d'être ouvert à l'expression de ses émotions, de pouvoir les canaliser et de l'aider à utiliser ses émotions.

Pour finir, l'intelligence et les compétences émotionnelles contribuent au bien-être dans toutes les dimensions de la vie. Elles permettent de mieux appréhender et de mieux faire face aux situations de stress (Mikolajczak 2006).

Continuons ce travail en nous intéressant au bien-être du personnel soignant dans son quotidien. Nous mettrons en évidence les facteurs et les caractéristiques pouvant impacter le bien-être.

2.2 Le bien-être

2.2.1 Le bien-être général

Le bien-être d'une personne est un ensemble de sources de satisfactions issues des différentes dimensions dans lesquelles elle vit dans son quotidien tels que la famille, les amis, les diverses activités, les loisirs, le travail, ... Le bien être est décrit comme un plaisir, une satisfaction ou un bonheur qui a un caractère subjectif. Il est aussi décrit comme un principe qui motive l'activité de la personne (Revue québécoise de psychologie, vol.21, n°2, 2000).

2.2.2 Le bien-être au travail

En Belgique, le bien-être au travail est légiféré par une loi « Loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail ». Elle stipule que le bien-être doit être recherché par des mesures qui ont trait à la sécurité au travail, à la protection de la santé du travailleur, à la charge psychosociale occasionné par le travail, à l'ergonomie, à l'hygiène, à l'embellissement des lieux de travail, aux mesures prises par l'entreprise en matière d'environnement, à la protection des travailleurs contre la violence et le harcèlement moral ou sexuel au travail.

Le travail représente une des sources qui influencent le bien-être général. Notons que des facteurs intra et extra- professionnels peuvent avoir une influence sur le bien-être au travail. Il est important de distinguer le bien-être de la personne au travail (l'hygiène, la sécurité, la santé, le cadre et l'embellissement du lieu de travail), du bien-être du travailleur au travail qui se rapporte aux tâches effectuées et à la satisfaction qu'il en retire. Cela implique trois conditions :

- Qu'il ne soit pas empêché de réaliser les tâches qui lui incombent.
- Qu'il dispose des moyens et des conditions adéquates à l'exercice de ses tâches.
- Que sa pratique corresponde avec le sens « idéal » qu'il donne à son travail.

Insistons sur le fait qu'éprouver du bien-être, se sentir bien, relève principalement du ressenti de la personne. Le bien-être est subjectif, tout comme les sentiments, les émotions, les affects éprouvés par la personne.

2.2.3 La situation du personnel soignant

À l'heure actuelle, le monde soignant et plus précisément le personnel infirmier présente un risque élevé d'insatisfaction au travail. Cela se traduit notamment par de l'absentéisme ou des réorientations de carrière. Cette insatisfaction est à l'origine, pour certains, d'épuisement tant professionnel qu'émotionnel.

Un rapport du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) publié en janvier 2020 révèle une augmentation du risque de burnout, de l'insatisfaction au travail, de l'intention de quitter la profession. Ce rapport mentionne que **36% du personnel infirmier présente un risque élevé d'épuisement émotionnel. Ce risque est estimé à 48% dans les hôpitaux de Wallonie.** Ce même rapport mentionne également qu'une moyenne de 10% du personnel infirmier envisage de chercher un travail en dehors des soins infirmiers.

D'autre part l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS 2015) émet diverses recommandations axées sur « Les ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon de 2030 ». Un des objectifs est de répondre à la pénurie du personnel infirmier, **d'accroître leurs compétences**, de maintenir le personnel en place, de faire face au vieillissement. Ce rapport met l'accent sur le fait que le personnel motivé, **la combinaison des compétences**, l'amélioration des conditions de travail auraient pour résultats des soins de santé de qualité ainsi que l'atteinte des objectifs sanitaires visés.

Il est préconisé de favoriser le plus possible la motivation, la satisfaction des agents de santé, de fidéliser le personnel dans la profession de santé et de porter une attention constante à la sécurité et la santé au travail. **Favoriser l'épanouissement personnel. Investir dans l'enseignement et la formation professionnelle.**

2.2.4 Les facteurs altérant le bien-être des soignants

2.2.4.1 Des conditions de travail difficile

Le secteur des établissements de santé se caractérise par une pénibilité des conditions de travail avec une charge mentale importante. Les différentes études statistiques qui se sont intéressées aux conditions de travail ont mis en exergue plusieurs types de contraintes :

- les contraintes horaires, notamment le travail de nuit et le week-end.
- le rythme de travail.
- les contraintes physiques.
- la relation avec le public.
- la charge mentale.
- la charge émotionnelle.

(Qualité de vie au travail et qualité des soins 2016 HAS)

D'après une enquête (G.Jourdain 2010) réalisée auprès de 1636 infirmières, deux postulats ayant une relation avec l'épuisement professionnel sont mis en évidence. Un processus énergétique centré sur l'épuisement émotionnel et un processus de motivation centré sur la dépersonnalisation. Cette enquête mentionne le facteur « des conditions de travail » qui amèneraient le personnel infirmier à l'épuisement. Les conditions et les facteurs environnementaux seraient à l'origine de stress menant à des situations d'épuisement du personnel. Les facteurs de stress sont considérés comme un déterminant majeur de l'épuisement professionnel et émotionnel. D'autre part, l'épuisement émotionnel est associé positivement à la dépersonnalisation et a une plus grande influence sur l'intention de quitter la profession. (Boivin-Desrochers C, Alderson M. 2014)

2.2.5 L'épuisement des soignants

2.2.5.1 L'épuisement professionnel

Maslach (1992) définit l'épuisement professionnel comme un syndrome d'épuisement comprenant trois dimensions.

- L'épuisement émotionnel : où le réservoir des émotions de la personne est épuisé.
- La dépersonnalisation : fait référence aux attitudes négatives et cyniques et aux sentiments impersonnels.
- La réduction des compétences : une perception de soi réduite, le sentiment de ne pas/plus être bon dans son travail.

2.2.5.1 L'épuisement émotionnel

Dans ses activités quotidiennes, le personnel infirmier éprouve des émotions intenses. Émotions résultantes des interactions, des relations et des actions face à des personnes humaines en souffrance. Le personnel est continuellement en situation de réponse à la demande de soins envers les patients. L'immense effort émotionnel qu'exigent les prestations des soins infirmiers, l'engagement émotionnel des infirmiers, en vue de qualité et d'excellence des soins infirmiers est reconnu (Huynh 2009 recherche en soins infirmier).

L'épuisement émotionnel (Maslach) est la conséquence d'un sentiment d'anéantissement des ressources émotionnelles. Il fait partie du syndrome qui amène au burnout. Les soignants ressentent un écart entre la représentation initiale qu'ils ont de leur métier et la réalité d'un travail exigeant, un investissement personnel et affectif excédant leurs ressources personnelles. Plusieurs travaux mettent en évidence diverses causes : la confrontation régulière avec des situations humaines dramatiques, un sentiment d'impuissance, l'attente

d'une plus haute technicité générant une surcharge de travail et une désorganisation des équipes (Canouï et Mauranges, 2004 ; Delbrouck, 2003).

2.2.5.2 La dépersonnalisation des soins

La dépersonnalisation est « une expérience prolongée et répétée d'un sentiment de détachement, d'une impression d'être devenu un observateur extérieur de son propre corps ». De nombreux arguments cliniques et neurophysiologiques attribuent un rôle central aux structures cérébrales impliquées dans la gestion des émotions conduisant à la dépersonnalisation (O Saladini, JP Luauté, 2003)

Les soignants sont centrés sur les problèmes physiques, sociaux, psychologiques des patients, comportant une charge émotionnelle qui peut provoquer un stress chronique, émotionnellement épuisant. Cela se traduit, chez certains, **par un sentiment de cynisme, un développement d'attitudes et de sentiments négatifs** à l'égard des patients. Le phénomène de dépersonnalisation ou cynisme est décrit par Maslach et Jackson, (1981) comme une réponse insensible et impersonnelle de la part du soignant envers les patients. Le soignant met une distance entre lui et les divers aspects du travail. Réaction qui fait suite à l'épuisement émotionnel (Maslach et Leiter, 2005).

2.2.5.3 La réduction des compétences

Il s'agit ici de l'émergence d'un sentiment d'efficacité réduite de la part du travailleur. Ce sentiment est lié à l'épuisement émotionnel et à la dépersonnalisation. Elle est le fait de la part du travailleur de s'évaluer négativement par rapport à son travail, de sous-estimer ses propres compétences. Le soignant est mécontent de lui-même, insatisfait de son accomplissement au travail. Cette auto-évaluation de la part de la personne fait naître des sentiments d'incompétence, de manque de réussite et de productivité au travail.

2.2.6 Les facteurs impactant le bien-être

D'après l'étude de Vandebroek et al (2017), il est mis en évidence que le bien-être individuel au travail, la satisfaction, la motivation, le rendement et l'engagement au travail sont des facteurs influant sur les situations d'épuisement des soignants. À terme cette étude révèle qu'environ 30% du personnel infirmier montre un épuisement professionnel alors que les chiffres européens se situent dans une fourchette de 10 à 78%.

Il paraît intéressant d'éclairer les différents facteurs mis en évidence par Vandebroek et al.

2.2.6.1 L'engagement au travail

L'engagement au travail est phénomène positif qui se manifestant par l'énergie, l'implication et l'efficacité qui sont les contraires des trois dimensions décrites précédemment (Maslach et Leiter, 1997 p.34). Dans le cas où l'engagement se transforme en un phénomène négatif il est observé que l'énergie se transforme en épuisement, l'implication se transforme en cynisme et l'efficacité se transforme en inefficacité.

L'engagement est défini comme un état d'esprit positif, épanouissant et lié au travail. Il se caractérise par la vigueur, le dévouement et l'absorption (Schaufeli, Salanova, Gonzalez-Roma, Bakker, 2002a), mais aussi comme un état affectif-cognitif persistant et omniprésent.

- La vigueur caractérisée par des niveaux d'énergie élevés, une résilience mentale au travail, la volonté d'investir des efforts dans son travail, la persévérance face aux difficultés.
- Le dévouement se caractérise par un sens de l'importance, de l'enthousiasme, de l'inspiration, de fierté et de défi.
- L'absorption, élément constitutif de l'engagement (Schaufeli et al, 2001) se caractérise par le fait d'être pleinement concentré et joyeusement absorbé dans son travail, le temps passe vite et on a du mal à se détacher du travail.

L'engagement organisationnel se réfère à l'attachement qu'un employé manifeste à l'égard de son organisation (Doucet, Bernard, 2005). C'est un lien psychologique entre un employé et son organisation (Allen, Meyer, 1996). Trois dimensions sont identifiées : l'engagement affectif, l'engagement calculé et l'engagement normatif (Meyer, Allen, 199,1997).

L'engagement affectif : fait référence à l'attachement émotionnel, à l'identification et à l'implication du travailleur à l'égard de son organisation (Bentein, Vandenberghe et Dulac, 2004). Ce type d'engagement est associé à une meilleure performance individuelle et collective, à l'adoption de comportements de citoyenneté organisationnelle, une réduction de l'absentéisme (Ricketta, 2002, Meyer et Allen, 1997). Le travailleur développe un attachement émotionnel à l'égard de l'institution dans laquelle il travaille, il s'identifie à son organisation, à ses missions et valeurs (Meyer, Allen, 1997).

L'engagement normatif : se manifeste par des attitudes de loyauté et de devoir, traduit une prédisposition à agir dans l'intérêt de l'organisation.

L'engagement calculé ou de continuité : fait référence aux coûts générés par les départs de l'organisation. C'est le besoin qui motive l'employé à rester dans l'organisation. Ce besoin peut être source de frustrations à long terme et rendre le travail inadéquat (Bentein, Vandenberghe et Dulac, 2004). Ce type d'engagement comprend deux sous dimensions :

- « Les sacrifices perdus » (SAC) c'est-à-dire une prise de conscience qu'un ensemble d'investissements serait perdu en cas de départ de l'organisation, avec un effet négatif dans le domaine de l'efficacité au travail.

- « L'absence d'alternatives perçue » (ALT) résultant de l'absence d'alternatives d'emploi qui aurait un effet positif sur le fait d'obtenir une promotion ou une augmentation (Bentein, 2004)

L'engagement organisationnel a des effets sur la performance, l'absentéisme, l'intention de quitter la profession et le turnover. Ces effets varient selon la phase de carrière dans laquelle se trouve la personne. (Cohen, 1993). L'engagement organisationnel est une attitude qui se développe lentement sur le long terme.

2.2.6.2 La motivation et la satisfaction au travail

La motivation et la satisfaction sont citées comme facteurs induisant le bien-être au travail. D'autre part, le manque de motivation et l'insatisfaction peuvent conduire à l'épuisement professionnel (Vandenbroeck et al, 2017).

La motivation

Le motif et la motivation partagent la même racine latine « movere » qui introduit l'idée de se mouvoir, ou le cœur de la motivation est le dynamisme (Campbell, 1970). Les motifs en anglais « motives » correspondent à la concrétisation des besoins : composante dynamique et directionnelle de l'acte concret (Nuttin, 1991).

La motivation repose sur trois paradigmes

- Les besoins - les mobiles - les valeurs.
- Le choix cognitif.
- L'autorégulation (Kanfer, 1990).

La motivation vise à expliquer le pourquoi des agissements et à définir la cause des comportements (Fenouillet, 2016). Elle explique la dynamique du comportement humain. Elle trouve son origine dans des forces internes et externes et suit une succession de phases : le déclenchement, la direction, la persistance et l'intensité d'un comportement ou d'une action » (Vallerand et Thill, 1993, p.18).

Ces forces induisent un comportement ou une action, avec des origines multiples telles le but, le désir, le besoin, l'émotion, l'envie, l'intérêt (Roussel, 2001). La force motivationnelle interne dépend des caractéristiques personnelles tels que les besoins, les pulsions, les traits de personnalité. La force motivationnelle externe dépend des situations, de l'environnement de travail, de la nature de l'emploi. Les facteurs de motivations qu'ils soient intrinsèques ou extrinsèques sont changeants et propres à chaque individu (Pinder, 1984, p8) (Deci et Ryan, 2002).

Les besoins sont cités par différents auteurs comme les éléments constitutifs de la motivation. À titre d'illustrations, prenons la liste des besoins développés par Maslow dans sa célèbre pyramide des besoins. Les besoins y sont hiérarchisés selon un ordre de priorité croissante :

- Besoins physiologiques.
- Besoins de sécurité.
- Besoins affectifs (les rapports sociaux, l'affection, l'appartenance à un groupe).
- Besoins d'estime de soi (la reconnaissance).
- Besoins de réalisation ou d'actualisation de soi (de progresser, de se développer, de s'épanouir).

L'individu a le désir d'assouvir et de satisfaire ces différents besoins. Lorsque l'un des besoins est atteint, il trouve une nouvelle motivation en vue de satisfaire une autre classe de besoins. La motivation évolue et varie en fonction du degré de satisfaction individuelle.

La satisfaction

La satisfaction est définie comme un sentiment de bien-être, d'un plaisir qui résulte de l'accomplissement de ce que l'on juge souhaitable (Robert, 2020). Cette satisfaction peut donner un sentiment de contentement, de fierté, de jouissance, d'assouvissement. La satisfaction professionnelle se rapporte au sentiment de satisfaction lié au travail par rapport à ses besoins, à ses désirs.

Les facteurs favorisant la satisfaction dans le milieu du travail sont classés en deux catégories : les facteurs intrinsèques et extrinsèques.

Les facteurs intrinsèques : les accomplissements personnels avec la réalisation d'un travail bien fait, la responsabilité, la promotion, la possibilité de développement. Ces facteurs apportent de la satisfaction au travailleur.

Les facteurs extrinsèques : les facteurs d'hygiène, d'ambiance, la politique et l'administration de l'entreprise, les conditions de travail, les relations avec les collègues et les subordonnés, le prestige, la sécurité de l'emploi, la rémunération, les facteurs de vie personnels sont quant à eux mentionnés comme donnant naissance à l'insatisfaction de l'individu au travail (Herzberg, 1971), (Herzberg et al., 1957, 1959).

La satisfaction au travail a une composante affective avec le sentiment de satisfaction et une composante perceptive avec l'évaluation de la personne des besoins satisfaits par la réalisation de son travail (Tovey et Adams, 1999). Soulignons le fait qu'une insatisfaction croissante amène l'individu à envisager d'autres possibilités d'emploi (Hellman, 1997).

2.2.7 Le stress et ses effets sur le bien-être

Le stress est considéré comme un facteur pouvant conduire l'individu à l'épuisement tant dans sa vie privée que dans sa vie professionnelle. L'épuisement professionnel est l'une des complications les plus sévères du stress professionnel (Légeron, 2008 p 815)

2.2.7.1 Le stress et l'environnement professionnel

Selon l'Agence Européen de sécurité et de santé au travail, le stress est le problème de santé le plus répandu dans le monde du travail (Fondation Européenne, 2007). Pas moins de 50% des travailleurs européens estiment le stress courant sur leur lieu de travail. (Patrick Légeron, 2008). Les conséquences sont l'augmentation de l'absentéisme, des baisses de production et de qualité (Accord cadre européen, 2004).

L'accord cadre européen d'octobre 2004 donne au stress la définition suivante : « Le stress est un état accompagné de plaintes ou de dysfonctionnements physiques, psychologiques ou sociaux.

Le stress au travail fait partie des risques psychosociaux. Ces risques peuvent avoir des conséquences physiques, psychologiques et sociales négatives. Le stress n'est pas considéré comme une maladie, mais à long terme, il peut provoquer des problèmes de santé.

D'autre part, le stress est un processus indispensable d'adaptation (biologique et psychologique) de l'individu à son environnement et aux situations difficiles. Une situation de stress induit une réaction de l'organisme qui va l'aider à s'adapter aux menaces et contraintes de l'environnement. Il est important de préciser l'influence des perceptions et des réactions dont le registre est très variable d'un individu à l'autre. Une même situation conduit la personne à agir ou réagir de façon différente.

Le terme « réaction d'adaptation » est préféré par certains scientifiques pour désigner le stress comme réaction indispensable au bon fonctionnement de l'individu (Légeron, 2008 André C, Lelord F, Légeron P. Le stress. Toulouse : Éditions Privat, 1998).

L'endocrinologue, Hans Seyle (1936) développe la notion de stress comme une réaction de l'organisme face à une agression (physique, chimique ou psychique). Ces réactions ont pour but d'améliorer les capacités de défense et de résistance mais, en cas de chronicisation, elles peuvent s'avérer nocives physiquement et mentalement. (Marc Lorient, Deede Sall, 2014).

2.2.7.2 Les différents types du stress

Le stress biologique

Défini comme « syndrome général adaptif » où deux processus hormonaux sont sollicités :

- Le système sympathique et médulosurrénalien.
- Le système hypothalamo-hypophysaire-corticosurrénalien.

(Selye 1936), (Le Scanff, C. 2005).

Le stress psychologique

Le stress fait partie des processus émotionnels, cognitifs et sociaux. Il dépend de la façon dont l'individu fait face à une situation. Une même situation stressante ne va pas impacter la personne de la même façon. Il est question de subjectivité, de perception et des possibilités de régulations individuelles (Lazarus, Coyne, 1980). Le stress naît suite à l'évaluation de la situation par la personne et sa capacité personnelle à faire face aux événements.

Le stress professionnel

Les composantes des effets du travail sur les comportements et la santé citées sont :

- Les exigences du travail liées la quantité du travail, la complexité et la contrainte de temps.
- Le degré d'autonomie qui permet de prendre des décisions et la possibilité de faire des choix.
- Le soutien technique et émotionnel que l'individu reçoit de la part de ses collègues et ses supérieurs. (Karasek et Theorell, 1990).

2.2.8 Les difficultés rencontrées par le personnel soignant

Dans les recommandations émises par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS 2015) l'amélioration des conditions de travail est un objectif à atteindre. Quelles sont les difficultés liées aux conditions de travail rencontrées par le personnel soignant ?

La charge de travail : une quantité de travail importante associée à des exigences de qualité représente une forte contrainte. De plus en plus d'informations à traiter, des interruptions de travail fréquentes, une performance à atteindre conduisent à une augmentation de la charge mentale.

Les changements : la réorganisation de l'entreprise, les nouvelles technologies et leurs évolutions, l'accélération des rythmes.

Les frustrations : les attentes des soignants sont trop souvent déçues : en cause le manque de renforcements matériels, sociaux (considération, valorisation) et symboliques (sens donné au travail) sont sources de déceptions.

Les relations : les contacts avec les usagers parfois exigeants, impatientes, agressifs, les relations avec les collègues, la hiérarchie qui peuvent être plus ou moins conflictuelles.

Le sous financement : le budget alloué à l'hôpital par ETP est inférieur aux coûts réels. Les hôpitaux, pour faire face au budget restreint, recourent à diverses stratégies : réduire les effectifs, engager du personnel moins qualifié car moins coûteux, utiliser d'autres moyens financiers pour rémunérer leurs infirmiers tels que des suppléments facturés aux patients, des retenues sur les honoraires médicaux.

Un personnel insuffisant face à une charge de travail croissante

Aujourd'hui, on constate que les soignants qui travaillent dans les établissements belges s'occupent de 9,4 patients en moyenne (KCE, 2019). Or, il est signalé à l'échelle internationale, qu'au-delà de 8 patients par soignant, la sécurité n'est plus assurée. Pour l'année 2016, le manque de personnel soignant au niveau mondial s'élève à 6,6 millions de personnes, avec une légère diminution à 5,9 millions pour l'année 2018 (OMS, 2020).

Les études belges et internationales ont démontré l'existence d'un lien entre le nombre de patients par infirmier et la qualité des soins. Pour le personnel infirmier, cela se traduit par une insatisfaction au travail plus importante. La quantité de soins infirmiers nécessaires non réalisés augmente également avec le nombre de patients par infirmier, la charge de travail étant plus élevée, les infirmiers sont obligés de négliger certaines tâches.

L'augmentation des hospitalisations et diminution des durées de séjours

La tendance actuelle des hôpitaux est caractérisée par une diminution des durées de séjour en hôpital avec en parallèle une augmentation des hospitalisations. Il est attendu qu'entre 2014 et 2025 le nombre d'hospitalisations classiques augmente de 11.8%. Les durées de séjour

continuent à diminuer dans une proportion qui est estimée à 5%. Les conséquences se traduisent par une charge de travail plus élevée pour le personnel soignant.

Le vieillissement

D'une part, le personnel infirmier belge vieillit. Plus d'un infirmier sur trois est âgé de plus de 50 ans. Le nombre de jeunes diplômés a augmenté pendant la période de 2013-2017 pour ensuite diminuer.

D'autre part, le vieillissement de la population générale qui atteindra selon les estimations son point culminant aux environs de 2025. En Belgique, la part de patients âgés de 75 ans et plus représente 25% des admissions hospitalières pour l'année 2014, la projection en 2025 est, elle, estimée à 28% (KCE 2019).

Une autre conséquence de ce phénomène de vieillissement est la hausse des maladies chroniques, devenue la principale cause de morbidité et de mortalité dans le monde (KCE, 2012).

Suite à ces diverses difficultés il est possible que certains soignants aient du mal à reconnaître les valeurs initiales qu'ils ont de la profession, celles qui ont guidé leurs choix professionnels.

2.2.9 Les valeurs fondamentales des soignants

Les valeurs sont des idéaux abstraits représentant les croyances d'une personne sur les conduites à tenir ou à avoir. Les valeurs sont définies comme des buts désirables, trans-situationnels. Elles varient en importance et servent de principes directifs dans la vie d'une personne (Rokeach, Schwartz, 1994). Elles déterminent le sens que l'on donne à notre vie et nous servent de guide afin d'orienter nos conduites.

Les infirmiers ont pour mission d'assurer le bien-être physique, moral des patients au travers les soins techniques, relationnels et de nursing avec pour objectif le soin centrée sur le patient. L'introduction des valeurs axées sur la performance et les résultats ont un impact négatif sur le travail des soignants. Ils éprouvent des difficultés à réaliser des soins relationnels basés sur l'écoute et les soins de nursing. Les conséquences sont une dégradation des conditions de travail des infirmiers, ce qui génère un malaise professionnel. (Robert, 2007)

La littérature scientifique s'intéresse aux valeurs exprimées par le personnel infirmier. Les valeurs guidant leurs comportements et leurs activités sont les suivantes :

- L'intégrité : fait référence à l'honnête et à la franchise, c'est la pierre angulaire des devoirs déontologique.
- Le respect de la personne : établissement et maintien d'une relation de confiance, reconnaissance de son unicité, respect de son droit à la vie privée et à son autonomie décisionnelle : faire des choix en toute connaissance de cause.
- La compétence et l'autonomie professionnelle : la capacité à prendre des décisions dans l'intérêt du patient et en toute objectivité et indépendance, d'en être imputable et d'en rendre compte.
- L'excellence des soins : elle vise le bien-être et la sécurité de toutes les personnes à chaque étape de leur vie. Elle constitue le but ultime de la profession infirmière.
- La collaboration professionnelle : l'importance d'agir en partenariat avec d'autres professionnels en vue d'assurer et d'optimiser la qualité et la sécurité des soins et services.
- L'humanité : se traduit par la générosité, la tolérance et la solidarité envers l'autre. Elle permet l'empathie et l'attention à l'autre dans son unicité. (Oiiq, 2019)

Les valeurs citées ci-dessus sont pourtant mises à mal. Dans l'étude de Ceccato- Rochette on repère un conflit entre les valeurs personnelles et les valeurs imposées par les organisations (Les principes de performance, de résultats et d'efficacité) qui donnent naissance à des tensions quant aux valeurs fondamentales du personnel soignant. Les soignants et les managers identifient les valeurs suivantes :

- La bienveillance : désir de réaliser des soins de qualité en vue d'améliorer le bien-être des patients. Cette bienveillance est souvent mise à mal avec l'injonction de remplir les lits, de réaliser de plus en plus de tâches, qui entraîne des comportements déviants, non éthiques.
- L'autonomie : sentiment de ne pas avoir assez de marge de manœuvre dans la prise de décision.
- Le pouvoir : fait écho à la valeur de l'autonomie. Il se traduit par la volonté et l'envie de mettre en place des actions pour donner du sens à la fonction. Cette autonomie est limitée car elle n'est pas en adéquation avec les attentes de l'organisation, de la hiérarchie.
- L'universalisme : assurer une continuité de soins à tous les citoyens, une équité entre les patients. Les valeurs de performances donnent naissance à un sentiment d'injustice sociale. Les patients qui n'ont pas les moyens financiers ne pourront pas accéder à certains services.
- La conformité : donne naissance à est un sentiment de tension chez le personnel soignant dû à l'introduction de la culture des résultats, qui sont contraires aux idéaux et aux valeurs des soignants.

Suite à la mise en exergue des valeurs des soignants, l'une d'elle paraît plus pertinente et donc à développer davantage : la valeur relative à l'humanité.

L'humanité dans les soins et dans la pratique quotidienne des soignants

Les soignants procurent aux patients toute une série de soins par des techniques et des actes appris notamment lors de leur formation. Ces soins spécifiquement médicaux sont communément appelés le « cure ». Le prendre soin avec le terme anglais « care » se réfère à l'accueil de la singularité de l'humain par le soignant, à l'intention qui le guide dans sa pratique quotidienne, à l'attention qu'il porte à l'autre. Le prendre soin ou le care trouve son origine dans « le goût de l'humain » dont est habité un individu. » Le goût de l'humain » anime l'action, les agissements, les façons d'être de la personne dans les différents domaines de son existence. (Hesbeen).

Le goût de l'humain se définit par la considération que l'on porte à l'autre, le désir de l'accueillir dans sa singularité. L'estime et l'importance que l'on porte à l'autre dans nos relations quotidiennes.

La considération de l'humain amène le soignant à se questionner sur sa façon de prendre soin de l'autre. Il s'agit de l'intention qui habite le soignant. Une intention qui le conduit à mettre du soin dans les actes des soins. Le fait de mettre du soin passe par le respect de l'autre, l'écoute, la bienveillance, l'attention, la volonté d'aider la personne, de lui procurer un relatif plaisir dans ce qu'elle vit. (Hesbeen, 2012).

Le goût de l'humain qui anime le soignant trouve une relative correspondance avec l'éthique du soin, terme que l'on retrouve dans la littérature sous le vocable « éthique du care ».

L'éthique du soin

La définition de l'éthique de Paul Ricoeur est « la visée du bien pour soi (JE) et pour autrui (TU) dans des institutions justes (IL) » (Mr Jacquemin, 2019).

« La visée du bien pour soi » met l'accent sur l'atteinte du bien en vue de nous accomplir en tant qu'humain. Dans son activité quotidienne, le soignant est amené à avoir une réflexion sur les situations vécues. Cette réflexion se fait à partir du savoir, des croyances, de valeurs et normes.

« Le bien pour autrui », cet autre qui est au cœur du soin, n'a pas nécessairement les mêmes valeurs que le soignant. Il est important d'être en relation et en communication avec cet autre afin de s'adapter à cet autre.

« Dans des institutions justes » c'est-à-dire des lieux qui soutiennent et portent les actions dont les valeurs éthiques sont respectueuses du bien.

Selon Mr Hesbeen, l'éthique devrait faire partie du quotidien des soignants en vue d'apporter le meilleur soin aux patients. Il nomme l'éthique comme « une éthique du quotidien des soins ». *Une éthique concrète qui interroge, qui interpelle, les manières d'être, de faire et de dire de chacun dans l'ordinaire des pratiques soignantes.* (Hesbeen, 2017)

2.2.10 Que retenir de cette partie ?

La question du bien-être au travail fait l'objet de nombreux débats. Au sein de la profession d'infirmier, il est constaté des absentéismes de longue durée, des épuisements professionnels, des épuisements émotionnels appelés burnout ainsi que de nombreuses réorientations de carrière (KCE, 2020). Cette actualité entraîne, dans les institutions une pénurie du personnel soignant.

La pénibilité des conditions de travail du secteur de la santé n'est que trop bien connue. On parle beaucoup d'épuisement professionnel. Ce type d'épuisement est vu comme un syndrome où les réserves des émotions sont épuisées, où les attitudes sont négatives avec un sentiment de ne pas/plus être bon dans son travail.

Certains facteurs induisent l'épuisement professionnel tout comme ces mêmes facteurs peuvent favoriser le bien-être du personnel soignant. Le bien-être individuel au travail comprenant les dimensions des valeurs et de stress, la satisfaction, la motivation, l'engagement (Vandenbroeck et al 2017).

Ces facteurs ont un caractère extrinsèque, cela est dû aux caractéristiques de l'emploi tel que les relations avec les collègues, la hiérarchie, les patients, la charge de travail croissante, le personnel insuffisant, le turn-over des hospitalisations, l'organisation institutionnelle avec les nouvelles normes et outils de mesure.

Toutefois ces facteurs ont également un caractère intrinsèque. Ils sont fonction des caractéristiques personnelles, des perceptions, des attentes, des besoins, des buts et des objectifs personnels mais aussi des forces et des faiblesses individuelles.

Le personnel soignant doit faire preuve d'une grande souplesse mais aussi d'une grande capacité d'adaptation au quotidien. La pratique soignante est un lieu de rencontre avec des hommes et des femmes. Il s'agit ici, pour le soignant, de conjuguer sa pratique avec la singularité du patient et la singularité de la situation.

3. Deuxième partie (cadre pratique)

3.1 Introduction

Les recherches réalisées dans la première partie m'ont permis une compréhension de ces différents thèmes : les émotions, l'intelligence et compétences émotionnelles. Par la suite, je me suis intéressée au bien-être du personnel soignant avec une mise en exergue de différents concepts cités qui ont une influence sur ce bien-être, tel que l'engagement, la motivation, la satisfaction, le stress et les valeurs du personnel soignant.

3.1.2 Objectif général de la recherche

Au cours de cette seconde pratique, je vais mettre en relation les notions théoriques avec les données recueillies en vue de tenter d'avoir une compréhension de terrain des différents concepts. Je vais d'abord expliquer la méthodologie utilisée, construire le guide d'entretien, analyser les données recueillies et pour terminer en dégager les résultats afin de répondre à la question de recherche : « **Les compétences émotionnelles des soignants contribuent-elles à favoriser leur bien-être professionnel ?** »

3.1.3 Objectifs spécifiques de la recherche

L'objectif va être de tenter d'apporter des réponses aux questions suivantes :

Le personnel soignant tient-il compte de l'information émotionnelle dans sa pratique quotidienne ?

Quelles sont les ressources émotionnelles utilisées par le personnel soignant en vue de contribuer à son bien-être professionnel ?

Les émotions identifiées, ressenties et exprimées par le personnel soignant dans leur quotidien professionnel sont-elles favorables à leur bien-être ?

Pour finalement pouvoir identifier :

L'attention qui est portée aux émotions par le personnel soignant dans sa pratique quotidienne.

3.2 Choix de la méthodologie

Pour cette partie pratique, le choix de la méthode qualitative est préféré. La méthode qualitative de type phénoménologique est idéale pour ce travail. Il se justifie par le fait d'écouter et d'analyser l'expérience vécue, le ressenti, la perception du personnel infirmier en vue d'apporter des explications concernant le thème de ce travail. Chaque vécu individuel sera détaillé et analysé par une démarche inductive. À partir des données récoltées, des catégories thématiques seront créées afin de classer les réponses au sein de ces différents thèmes, pour finalement rendre compte, objectivement, du vécu.

Etant donné la nature subjective du sujet, les données récoltées vont permettre l'expression des soignants et la mise en lumière des facteurs qui influencent leur bien-être et les émotions relatives.

3.2.1 Le recueil des données

La récolte des données est faite sur base d'entretiens semi-directifs individuels. Ce type d'entretien a pour avantage de laisser une liberté de parole au répondant, de mieux cerner son vécu, de créer un climat favorisant l'expression la plus libre dans un cadre défini par le chercheur. Cette méthode permet en outre d'avoir un réel échange, des interactions et, en cas de nécessité, des techniques de relance, de reformulation, de précision et de clarification. Les interviews se font à partir d'un guide d'entretien réalisé au préalable. Il est composé de questions ouvertes et précises en rapport avec les divers thèmes. Ce guide permet de structurer, d'organiser et sert également de fil conducteur lors de l'entretien afin de récolter les informations les plus pertinentes.

Cependant, ce type d'entretien comporte des limites : d'une part les données récoltées ne peuvent être généralisées à l'ensemble de la population et d'autre part la qualité des données dépend de ce que les personnes veulent bien transmettre. Et enfin ce type d'entretien demande beaucoup de temps. De ce fait, le nombre d'entretiens doit être limité.

3.2.2 Le guide d'entretien

Le guide d'entretien est construit à partir des apports théoriques développés dans la première partie de ce travail. Il permet de structurer la recherche sur des points précis. Il se décompose en deux grandes parties où les questions ouvertes vont permettre notamment d'identifier les sources de motivation, de satisfaction et de stress chez le personnel soignant et aussi les facteurs favorisant l'épuisement professionnel/ émotionnel. Ensuite tenter de faire émerger les types d'émotions identifiées, ressenties et exprimées par les soignants ainsi que les sources des émotions attribuables à l'activité professionnelle. Evaluer la compréhension des émotions, les comportements adaptatifs utilisés par les soignants.

Avant de commencer l'entretien, le chercheur va se présenter et exposer l'objet de sa recherche. À leur tour, les participants sont invités à se présenter succinctement, et ce en vue de créer un climat de confiance avant de continuer l'entretien. (Annexe 4)

3.2.3 Sélection de l'échantillon

La sélection de l'échantillon est fonction de critères d'inclusion prédéfinis. Ce mode d'échantillonnage est dit sélectif ou intentionnel. Il permet de mettre en lumière les concepts évoqués dans le cadre théorique et d'alimenter l'objectif de recherche (Aujoulat, WFSP 2106).

La sélection des participants est réalisée en fonction de l'unité de travail. Pour avoir un échantillon représentatif de plusieurs disciplines, il est intéressant de s'adresser à plusieurs unités de soins avec l'objectif d'obtenir une variété de répondants (chirurgie générale, médecine, gériatrie et réanimation).

La sélection se fait aussi selon l'ancienneté des soignants afin de relater leurs ressentis à différents moments de leur carrière. Il est demandé à chaque cheffe de service de sélectionner une personne avec plus de 15 ans d'ancienneté et une seconde avec environ 5 années d'ancienneté.

3.2.4 Sélection de l'institution

L'institution choisie est celle dans laquelle je professe. Ce choix est motivé par le fait que l'une des idées dans le cadre de ce travail est de sensibiliser les membres du personnel et plus précisément les soignants aux concepts relatifs aux émotions. Une seconde idée aurait pour objectif d'élaborer un outil se rapportant aux capacités émotionnelles afin d'améliorer les compétences et le bien-être des soignants. L'établissement est la clinique Saint-Luc à Bouge, situé dans la périphérie de Namur qui interagit dans une zone d'environ 18 communes comptant 300.000 habitants. Selon un rapport de 2019 sur base du pourcentage de 2018, Saint-Luc compte 302 lits agréés pour 1076 membres du personnel actif (Saint-Luc, 2019). Ce seul hôpital a été choisi étant donné que l'objectif de ce mémoire n'est pas de comparer mais de mettre en évidence certains facteurs relatifs aux émotions des soignants.

3.2.5 Le comité d'éthique

Comme les personnes interrogées sont des membres du personnel soignant et non des patients, il n'est pas justifié d'introduire une demande au comité d'éthique. Cependant une demande a été faite auprès de la direction du personnel infirmier afin de s'assurer que cette démarche n'était pas nécessaire, ce qui fut confirmé. (Annexe 5)

3.2.6 Echantillon test et correction du guide d'entretien

Le guide d'entretien a été testé au préalable auprès de deux personnes afin d'évaluer la pertinence des questions mais aussi d'en connaître les éventuelles faiblesses. Suite à ces deux tests, il ressort que le temps prévu doit-être contrôlé, en effet l'un des deux a duré une heure. L'une des personnes était une cheffe de service, m'a conseillé de faire évaluer sur une échelle numérique le niveau des différents thèmes. Lors du second test la personne était peu loquace, ce qui m'a incité à utiliser davantage la reformulation, à me dire que je devais être très attentive aux termes utilisés par la personne et à son expression corporelle afin de pouvoir rebondir, mais aussi inciter la réflexion en partant d'une situation vécue par la personne.

3.2.7 Choix de la méthode d'analyse des données

Les données recueillies lors des entretiens sont riches en informations. Toutefois ces données ne sont pas utilisables sans un traitement au préalable. Nous allons procéder à l'analyse des données qui permettra de leur donner un sens, une compréhension pour in fine faire ressortir les informations utilisables pour la recherche.

Une des caractéristiques majeure de la recherche qualitative et de l'analyse qualitative est que le chercheur est le principal outil. Cela implique que les données récoltées ainsi que leurs traitements dépendent de la subjectivité du chercheur. D'autre part, les données récoltées sont nuancées également par la subjectivité des personnes interviewées.

Précisons également que les résultats issus de l'analyse des informations recueillies ne se veulent pas généralisables à une population, ils sont contextuels et concernent l'échantillon constitué.

Toutefois, les résultats pourraient éventuellement être transférables et reproductibles à un échantillon ayant des caractéristiques semblables.

Afin de traiter les données récoltées, deux niveaux d'analyse sont utilisés. Une analyse descriptive qui consiste « à rendre compte systématiquement et objectivement de ce qui a été dit à propos de l'objet de recherche » (Aujoulat, 2018). Ce type d'analyse permet le repérage des différents thèmes pertinents en lien avec l'objectif de recherche. Dans un deuxième temps, l'analyse interprétative va permettre d'expliquer les résultats et ce, à partir des connaissances issues de la littérature et de la subjectivité du chercheur.

3.3 Analyse et présentation des résultats

3.3.1 Données générales de l'échantillon

Entretien	Age	Ancienneté	Genre
1	35 ans	13 ans	Femme
2	27 ans	3 ans	Femme
3	43 ans	20 ans	Femme
4	24 ans	1 an	Femme
5	49 ans	24 ans	Femme
6	41 ans	19 ans	Femme
7	23 ans	1 an	Femme

L'échantillon est uniquement composé de femmes. La moitié des participantes comptabilise plus de 10 ans d'ancienneté dans la profession et dans l'institution. La seconde moitié a une ancienneté est inférieure à 5 ans tant dans la profession que dans l'institution. (Annexe 6 : une retranscription d'un entretien).

3.3.2 L'engagement

L'objectif est d'identifier le type d'engagement ressenti et exprimé par les soignants. La majorité des participantes exprime un engagement de type affectif. Elles se sentent bien au niveau de l'institution, qu'elles qualifient de plus familiale où l'organisation générale et l'écoute sont préférées en comparaison à d'autres institutions où elles ont effectués des stages.

L'engagement normatif est identifié au travers du vécu lors de l'entretien d'embauche : « *très bon contact avec la direction lors de l'entretien* », « *je me suis bien sentie lors de l'entretien d'embauche* » (Interview 3 et7).

L'engagement de continuité ou calculé est exprimé par certaines : « *c'est la première institution qui m'a répondu* » (interview 3), « *c'est l'institution la plus proche de chez moi* », (Interview 6), « *C'est la première institution qui m'a proposée un contrat* » (Interview 5).

Il est constaté que les trois types d'engagement sont identifiés. L'engagement de type affectif est quant à lui exprimé par toutes les participantes ce qui se traduit par un attachement des soignants envers l'institution.

3.3.3 La motivation

L'objectif est d'identifier les sources de motivation des soignants dans leur pratique quotidienne. Et d'autre part interroger la nature intrinsèque et/ou extrinsèque de la motivation. Et enfin d'inviter à l'expression des émotions ressenties et identifiées en rapport avec la motivation.

De façon générale, les soignants identifient comme sources de motivation intrinsèque: le fait de sentir utile, de s'occuper des patients. L'importance des soins et les contacts, le fait de pouvoir aider les gens. La réflexion que suscite la pratique est également mentionnée.

« J'aime bien le contact avec les patients et le fait de travailler en équipe. J'aime bien les personnes et pouvoir apporter des soins et être au contact de la personne c'est quand même important pour moi » (Interview 4).

Cependant certaines expriment que leur motivation est différente aujourd'hui, que le sens initial et idéal de leur métier a évolué. La cause est le temps consacré réellement aux patients qui est de plus en plus bref. Car la charge de travail et le turn-over des patients sont élevés, le manque de personnel est également considéré comme facteur impactant le temps passé au chevet du patient. *« D'une part mon métier correspond à mes attentes mais d'autre part non, car on n'a pas assez de temps pour être auprès des patients »* (Interview 2,4).

Les sources de motivation extrinsèques sont : le salaire, l'équipe soudée, l'organisation, le travail d'équipe, les responsabilités, les journées qui ne sont jamais pareilles, les situations compliquées qui demandent plus de réflexion.

Toutefois les deux types de motivations sont exprimés comme se complétant.

« Ce qui me motive, ben on ne va pas se mentir le salaire parce que il faut payer la maison, les études des enfants, la voiture et tout ça...mais c'est aussi l'amour de mon métier» (Interview3).

Lors de la demande de l'expression d'une émotion éprouvée par rapport à la motivation, les participantes éprouvent des difficultés à nommer une émotion...

« Je ressens le bien-être, mais ce n'est peut-être pas une émotion.... » (Interview1).

« Pas facile à dire » ou encore *« ce n'est pas facile de mettre un nom sur les émotions»*. *« Un peu de tristesse avec le besoin de communiquer et de sécurité, je ne sais pas comment expliquer... je n'arrive pas vraiment à expliquer... »* (Interview2, 4).

« Une excitation, une bonne excitation, avoir la tchatche... » (Interview3).

« J'ai l'impression de faire quelque chose de bien de ma vie » (Interview 6).

3.3.4 La satisfaction

L'objectif est d'identifier les sources de satisfaction du personnel soignant de nature intrinsèque ou extrinsèque et d'autre part les émotions relatives à la satisfaction.

Les sources de satisfaction sont: « le fait de se sentir utile, d'être dans l'action, le sentiment d'être à sa place, les retours positifs des patients, quand on s'est battu alors que l'on aurait pu baisser les bras, le fait d'être écouté (Interview 1, 2, 3, 4, 5, 6). Ces dires relèvent de facteurs relatifs à l'accomplissement personnel.

D'autres sources de satisfaction sont exprimées par rapport aux collègues et au travail en lui-même. « *Le retour des collègues, le fait de les aider, de les encadrer, le travail non répétitif. Je me sens bien entourée par mes collègues, on est souvent entr aidé. La continuité du travail et le travail d'équipe* » (Interview 1, 2, 3).

Les émotions citées en rapport à la satisfaction sont pour certaines participantes : la joie, la fierté, le fait d'être heureuse. : « *Très satisfaite de ce que je fais, je me sens bien entourée au niveau des collègues, on est entr aidé, et souvent remercié par les patients, on a quand même un retour des patients qui est assez positif* » (Interview 2).

« *Quand on sort les patients d'une maladie chronique, lorsqu'on arrive à ce que les patients quitte en guillemet les SI sur leurs deux jambes ou en tout cas réintégrer un service de soins classique alors que l'on s'est battu et que l'on aurait pu baisser les bras plein de fois, c'est le plus satisfaisant* » (Interview 3).

Pour d'autres, une émotion précise ne peut être citée. Toutefois il est exprimé un ressenti positif tel que : être satisfait de son travail, le fait d'être à sa place, d'être bien dans sa peau, faire de son mieux.

3.3.5 Le bien-être

Le bien-être général est considéré comme bien à très bien pour trois des participantes. Deux personnes considèrent leur bien-être moyen. « *Avoir des pauses, avoir des jours off ou on ne doit penser à rien mais cela n'arrive pas souvent* » (Interview 1).

« *Je crois que l'année prochaine je vais passer à 4/5 ème, pour avoir un jour de congé en plus pour pouvoir m'occuper de moi, faire des choses pour moi, des choses que j'ai envie de faire car ici il y a beaucoup de choses que je ne fais plus, que je faisais avant, parce que le seul jour que tu as de récup, c'est faire quoi..., c'est faire tes courses, ton ménage et puis le lendemain c'est rebelote, le boulot... et tu vois un jour en plus par semaine pour pouvoir t'accorder des sorties* » (Interview 5).

Enfin une des participantes se dit impactée par l'actualité relative à la pandémie de la covid : « *L'actualité en ce moment c'est un peu compliqué d'avoir un bien-être élevé, parce que c'est difficile de voir nos proches* » (Interview 2).

Le bien-être au travail

Les facteurs de bien-être relevés sont l'écoute, le travail d'équipe, la bonne entente et la bonne humeur entre les membres de l'équipe, les patients souriants, la guérison des patients.

« *Les autres, la satisfaction des autres, la joie des autres, aux patients, aux collègues le fait d'apporter du bonheur aux autres moi ça me fait du bien* » (Interview 4).

« *La satisfaction des patients, le fait de voir un sourire, de recevoir un merci, souvent quand on a, ça arrive très peu, mais quand on a des patients guéris on les voit repartir sur pied avec un grand sourire, voilà c'est vraiment chouette* » (Interview 2).

Les facteurs altérants le bien-être : la difficile combinaison entre travail et vie familiale, l'impression de passer la majorité du temps au travail, la charge de travail, l'augmentation du temps de travail pour combler les horaires.

« *Bon point de vue dans mon boulot je me sens bien et tout mais il y a quand même toujours cette pression de manque de temps qui fait que je suis toujours speed, je ne suis jamais relax... Enfin tu vois parfois je suis à la maison, j'ai encore ma dernière bouchée en bouche que je suis déjà levée et je débarrasse, parce que t'as le rythme et que chez moi je n'arrive pas à me poser, jamais chez moi je m'assieds dans mon divan et je regarde un film, je regarde un film un fois par année pour te dire....., parce qu'il y a toujours à faire, forcément... mais c'est pas facile...* » (Interview 5).

Les émotions exprimées par rapport au bien-être sont : la joie, la peur, le contentement (Interview 2,3). Les autres participantes ne savent pas identifier une émotion. Elles disent se sentir bien en général au travail et dans leur vie.

3.3.6 Les difficultés, l'insatisfaction et le stress liés au travail

Les difficultés

Les principales difficultés citées par les participantes sont : les horaires, le manque de temps pour s'occuper des patients, le sentiment d'être débordée, le fait de devoir courir après les médecins lorsqu'un problème survient, la peur de mal faire les choses de par le fait que les soins qui touchent directement les patients. La lourdeur physique et psychologique du service, la charge de travail. Ces difficultés sont sources d'insatisfaction et de stress chez certaines participantes.

L'insatisfaction

Les facteurs d'insatisfaction cités : la lourdeur et la charge de travail, le sentiment d'être débordé, faire les choses vite, vite. Le fait de ne pas avoir le temps de se poser et de parler aux patients, le sentiment de devoir courir dans tous les sens. L'une des participantes plus jeune dans la profession exprime l'origine de son insatisfaction dans son manque d'expérience. « *C'est quand je me retrouve face à l'inconnu, une situation que je n'ai pas encore vécue, que j'ai des situations qui se posent à moi et que je n'ai pas encore pu voir, qu'on ne m'a pas encore expliqué comme des choses rares qui se passent je me sens insatisfaite dans le fait que je n'y arrive pas et que je ne sais pas comment réagir* » (Interview 4).

« *Quand il y a trop boulot et qu'on se dit que l'on arrivera jamais à tout faire, à terminer à l'heure, à ne pas prendre le temps pour les patients ou alors oui je vais arriver à tout faire mais je cavale, je me mets la pression, ça c'est de l'insatisfaction, oui. Quand je sens que la pression elle monte et que je me dis que je ne vais pas savoir tout faire parfaitement* » (Interview 6).

« *C'est lourd à tout point de vue, oui, émotionnellement tu n'as pas le temps de parler aux gens qui ne vont pas bien, t'as des patients qui n'ont pas beaucoup de familles et qui ont envie que tu t'asseyes prêt d'eux et tu n'as pas le temps de t'asseoir et de les écouter. Tu fais un soin et à la limite tu as un peu peur de les regarder dans les yeux parce que tu as peur qu'ils te posent une question et je n'ai pas le temps, je dois passer à la chambre suivante* » (interview 5).

Le stress

Les sources de stress citées sont : la combinaison vie professionnelle et privée. La charge de travail, les demandes des médecins où il faut faire les choses vite. Les nouveaux collègues ajoutant une charge de travail avec une impression de ne pas pouvoir les aider suffisamment. Le fait de faire des rapports aux collègues et médecins (dire les bonnes informations). Le fait de ne pas pouvoir accorder plus de temps aux patients.

L'une des participantes dit avoir un niveau de stress général très élevé : « *l'organisation familiale qui est vraiment un facteur de stress et pour l'instant j'ai une grosse charge de travail donc ça fait beaucoup, plus le service qui est pour l'instant très lourd où il faut être partout* » (Interview 1). Les autres participants ne se sentent toutefois pas très stressés. Certaines situations sont stressantes sur le moment mais ne donne pas lieu à un stress permanent.

En ce qui concerne l'expression d'émotions tant au niveau des difficultés, de l'insatisfaction et du stress, l'identification est difficile. Pour trois des participantes il n'est pas possible de mettre des mots sur leurs émotions. (Interview 4, 6, 7)

La tristesse est exprimée par deux personnes (Interview 2, 5). Cette tristesse est due au manque de communication avec les patients, au fait de ne pas pouvoir être à l'écoute des patients et de leur détresse psychologique. Cette tristesse provoque du stress avec lequel la personne rentre à la maison où elle fond en larmes...

« Grande insatisfaction car les gens ont besoins de parler, d'exprimer leurs craintes et leurs peurs. C'est le plus dur pour moi. La Tristesse et la colère, j'en parle un peu avec mes collègues et on se dit que c'est comme ça... J'ai du mal à fermer la porte ! (interview2).

Une autre participante ressent de la colère et de la nervosité face à des situations insatisfaisantes qu'elle régule d'elle-même : « je gère en faisant autre chose, j'essaie de m'occuper autre part et d'avancer le travail autrement et je gère assez bien tout ça » (interview 3).

La frustration et l'angoisse font partie du quotidien de l'une des participantes : « C'est de l'angoisse car je ne sais pas gérer mes enfants comme je voudrais le faire ». « Frustrée de ne pas avoir pu faire ce que je devais faire » (Interview 1).

3.3.7 La fatigue

Physique

Deux personnes sur les sept ne se sentent pas fatiguée physiquement. (Interview 3, 4).

L'une se sent très fatiguée, elle a des difficultés pour s'endormir le soir, elle ne sait d'où cela vient... « D'habitude où je ne suis pas fatiguée du tout mais là en ce moment je le suis fort, c'est une fatigue plus physique, le service est tout le temps plein » (Interview 2).

Une autre évalue sa fatigue à 8 sur 10, « la lourdeur du service, les patients très dépendants, le fait de courir partout et des enfants en bas âges à la maison » (Interview 1).

Deux personnes expriment des douleurs physiques. « Je commence un peu à la sentir, j'ai mal au niveau du trapèze, c'est douloureux tout le temps mais c'est supportable, je ne prends pas d'antidouleur. Je n'avais pas ça avant cela fait environ 2 ans. Parfois quand je me regarde dans le miroir, je vois que je suis cernée, que j'ai des poches sous les yeux » (interview 5).

« C'est plus physique, je prends de l'âge et c'est mon physique qui va me lâcher, je commence à avoir mal au dos tous les jours. C'est lourd physiquement. » (Interview 6).

Une autre participante se dit moins fatiguée maintenant.

« Ça va mieux, il y a eu beaucoup d'absent et avec la covid il fallait plus de personnel. Faire les 3 pauses sur une semaine c'est un peu compliqué, j'étais sur les rotules. » (Interview 7).

Psychique

La fatigue moral est exprimée par une participante « *le fait de courir partout, je reste dans l'action même quand je rentre chez moi* » (Interview 1).

Une autre dit « *ne pas sentir déprimée mais dit qu'elle devrait prendre plus de temps pour elle* » (interview 5).

L'expression d'une émotion est difficile pour les participantes en général.

L'une d'elle exprime de la tristesse : « *Ça me rend triste car je ne sais pas si je vais tenir le coup ici* » (Interview 6).

3.3.8 L'avenir professionnel

Le fait de s'intéresser à l'avenir professionnel des participantes a pour but d'objectiver d'une part les ambitions professionnelles et d'autre part les motifs qui amènent les participantes à envisager un changement ou un développement de carrière.

Les infirmières avec peu d'ancienneté n'expriment pas le besoin ou l'envie de changement dans l'immédiat. Toutefois l'une exprime son envie de progression dans le futur : « *Dans le futur, augmenter de grade pour devenir cadre ou infirmière cheffe. Pour acquérir du savoir, des compétences, des responsabilités* » (Interview 4).

Une des participantes dit qu'elle restera dans le domaine de la santé mais plutôt en extrahospitalier.

Les infirmières ayant davantage d'ancienneté pensent diminuer leur temps de travail, l'une d'elle aimerait avoir des horaires et une vie plus stables.

« *Je commence à avoir mal au dos tous les jours, parfois je me dis ça m'embête... tu vois ça, ça me rend triste par exemple parce que moi je me plais dans mon boulot, je n'ai pas envie de changer mais parfois c'est lourd physiquement, donc est-ce que je vais tenir le coup, ce sont des questions que je me pose parfois* » (Interview 6).

« *Je vois mon avenir professionnel probablement en diminuant un petit peu mon temps de travail, ben je verrais, mais à 4/5 j'ai vraiment un confort familiale, sociale et professionnel juste nickel, c'est un équilibre juste parfait, quand on est mère de famille c'est vraiment l'idéal et aussi je fais des nuits, cela me permet d'avoir plus de récup* » (Interview 2).

« *Là actuellement, je ne sais pas encore vers quoi je vais aller mais je voudrais avoir un horaire stable dans un an ou deux maximum, c'est vraiment mon objectif, je fais l'école des cadres en me disant je fais ça pour me donner une autre possibilité, il y en aura peut-être d'autres. J'arrive à un moment où je me dis qu'il faut que je stabilise tout ça parce que c'est trop de stress* » (interview 1).

3.3.9 La connaissance du concept des compétences émotionnelles

L'objectif de cette question est de faire un état des lieux des connaissances des participantes au sujet des compétences émotionnelles.

Dans la majorité des cas ce concept des compétences émotionnelles n'est pas connu.

L'une des participantes en a vaguement entendu parler durant ces études, mais ne sait plus exactement.

« Je ne connais pas, on a parfois des situations très stressante et de ne pas pouvoir gérer, c'est lourd... » (Interview 1).

« Je ne connais pas, mais ce serait peut-être pour mettre les points sur les »I » face à notre ressenti » (Interview 2).

Une personne exprime le terme « empathie » : *« Je pense que c'est l'empathie... je pense que les émotions changent avec l'âge, je suis de plus en plus sensible. Plus je vieillis plus je deviens émotive, c'est dur à gérer des fois, des fois j'ai envie de pleurer avec les familles ou les patients, il faut que je sorte de la chambre » (Interview 6).*

« J'ai du mal à mettre des mots sur mes émotions, ce n'est pas pour autant que je ne les ressens pas. On a chacun sa façon de gérer ses trucs » (Interview 7).

« On en a parlé à l'école, et il me semble mais je ça ne me parle pas plus que ça, le terme oui, mais je ne saurais pas les définir. C'est vrai que j'ai du mal à mettre des mots sur mes émotions après ce n'est pas pour autant que je les ressens pas et que je les gère pas à ma manière » (Interview 7).

Enfin la dernière question porte sur un éventuel intérêt qu'ont les participantes d'en connaître davantage au sujet des compétences émotionnelles.

Les participantes sont, dans la majorité, favorable à l'idée de recevoir une information au sujet des émotions. Pour certaines cela pourraient les aider dans leurs pratiques quotidiennes.

« Je ne connais pas, apprendre à gérer ses émotions cela peut apporter beaucoup, c'est un sujet qui me parle, j'ai toujours un besoin d'apprendre et de m'améliorer et de pouvoir mieux gérer... on a parfois ici des situations très stressantes et de ne pas pouvoir gérer tout ça, c'est lourd » (Interview 1).

« Mettre point sur les » I ».au niveau de ce qu'on ressent, ce serait peut-être pas mal et aussi peut-être mieux réagir face aux patients... » (Interview 2).

« Je n'ai jamais entendu parler, mais c'est intéressant. Il y aurait du job à faire là-dessus » (Interview 3).

3.4 Discussion

Les données des entretiens analysées permettent d'explorer le thème des émotions des soignants dans leur pratique professionnelle quotidienne et ce au travers les différents facteurs considérés comme pouvant induire l'épuisement des soignants (Vandenbroeck et al (2017).

Les données des entretiens analysées montrent que la plupart des soignantes éprouvent des difficultés lorsqu'il s'agit de mettre un mot sur leurs émotions.

« *Je ressens le bien-être, mais ce n'est peut-être pas une émotion....* » (Interview1).

« *Pas facile à dire* » ou encore « *ce n'est pas facile de mettre un nom sur les émotions*» (Interview2, 4).

« *J'ai du mal à mettre des mots sur mes émotions* (Interview 7).

La difficulté à identifier ses émotions et ses états émotionnels est considérée comme l'un des facteurs favorisant le risque de développer des dépressions, de l'anxiété ou encore des troubles de la dépendance à certaines substances (Céline Jouanne, 2006).

Soulignons que l'identification des émotions est essentielle à l'adaptation de l'individu à son environnement. L'identification des émotions a un impact sur la santé mentale et physique ainsi que sur les relations sociales. D'autre part la capacité à identifier ses émotions est la base des compétences émotionnelles. En outre la capacité d'identification ouvre la porte aux autres compétences qui sont : la compréhension, l'expression, la régulation et l'utilisation des émotions.

Au cours des entretiens les participantes ont été amenées à porter une attention à leurs émotions. Après un temps de réflexion les participantes arrivent à exprimer les émotions telle que la tristesse, la colère, la frustration, l'angoisse, la peur ou encore la joie.

La tristesse est ressentie dans les situations où le manque de communication avec les patients est vécu mais aussi dans le fait de ne pas pouvoir offrir au patient l'écoute et l'attention dont ils ont besoin. (Interview 2, 5). Pour certaines la tristesse donne lieu à du stress avec lequel la personne rentre à la maison, où elle fond en larme.

La colère et la nervosité sont exprimées par une des participantes suite aux situations où elles sont dans l'attente de réponses des médecins suite à un problème rencontré demandant une rapidité de réponse. Une participant dit réguler d'elle-même : « *je gère en faisant autre chose, j'essaie de m'occuper autre part et d'avancer le travail autrement et je gère assez bien tout ça* » (Interview 3).

« *Les gens ont besoin de parler, d'exprimer leurs craintes et leurs peurs. C'est le plus dur pour moi. J'en parle un peu avec mes collègues et on se dit que c'est comme ça... J'ai du mal à fermer la porte !* (Interview2).

La frustration et l'angoisse se rencontrent lors de situations où la charge de travail est élevée mais également dans la combinaison vie professionnelle- familiale : « *C'est de l'angoisse car je ne sais pas gérer mes enfants comme je voudrais le faire* ». « *Frustrée de ne pas avoir pu faire ce que je devais faire* » (Interview 1).

La peur est exprimée par une jeune participante. Cette peur est due au manque d'expérience : « *C'est quand je me retrouve face à l'inconnu, une situation que je n'ai pas encore vécue, que j'ai des situations qui se posent à moi et que je n'ai pas encore pu voir, le fait que je ne sache pas comment réagir* » (Interview 4).

La joie est exprimée par deux participantes. « *J'ai l'impression de faire quelque chose de bien de ma vie* » (Interview 6).

« *Le retour des collègues, le fait de les aider, de les encadrer, le travail non répétitif. Je me sens bien entourée par mes collègues, on est souvent entraidé. La continuité du travail et le travail d'équipe* » (Interview 1, 2, 3).

Le fait d'accorder une attention à l'émotion a permis une compréhension de l'émotion et ce au travers l'expérience de chacune.

Cependant de manière générale il est constaté que les participants n'utilisent pas les informations émotionnelles dans leur pratique professionnelle. Les participantes n'accordent pas une attention particulière à leurs émotions. Les ressources émotionnelles ne font pas partie de leurs habitudes de vies. Les émotions ne sont pas mises à profit en vue de contribuer à un meilleur bien-être.

Dans un second temps les entretiens interrogent le thème du bien-être des soignants dans leur pratique quotidienne.

De manière générale les participantes expriment un niveau de bien-être relativement satisfaisant. Les facteurs de bien-être cités sont l'écoute, le travail d'équipe, la bonne entente et la bonne humeur entre les membres de l'équipe, les patients souriants, la guérison des patients.

« *Les autres, la satisfaction des autres, des patients, des collègues, la joie des autres, le fait d'apporter du bonheur aux autres moi ça me fait du bien* » (Interview 4).

« *La satisfaction des patients, le fait de voir un sourire, de recevoir un merci, quand on a des patients guéris, on les voit repartir sur leurs deux pieds avec un grand sourire, voilà c'est vraiment chouette* » (Interview 2).

Toutefois les données issues des entretiens relatives aux difficultés, au stress ou encore à l'insatisfaction démontrent que le bien-être est altéré chez certaines participantes. Les événements cités sont : la lourdeur et la charge de travail, le sentiment d'être débordé, faire les choses vite. Le fait de ne pas avoir le temps de se poser et de parler aux patients, le

sentiment de devoir courir dans tous les sens. . La lourdeur physique et psychologique du service.

Le bien-être du travailleur au travail se rapporte aux tâches effectuées. Il est constaté que le bien-être est perturbé pour certaines. Ce bien-être perturbé trouve son origine notamment dans les buts et dans les idéaux qu'a la personne, qui sont les valeurs portées par les soignants (Ceccato- Rochette)

Il est constaté que l'attention portée au patient par la communication et l'écoute est une valeur partagée par les soignants. Pourtant dans le quotidien, cette valeur accordée à l'humain est très souvent malmenée ». Cela impacte » l'idéal » de la profession chez certaines participantes.

« D'une part mon métier correspond à mes attentes mais d'autre part non, car on n'a pas assez de temps pour être auprès des patients » (Interview 2,4).

« Grande insatisfaction car les gens ont besoins de parler, d'exprimer leurs craintes et leurs peurs » (Interview2).

« Quand il y a trop boulot et qu'on se dit que l'on arrivera jamais à tout faire, à ne pas prendre le temps pour les patients ou alors oui je vais arriver à tout faire je me mets la pression » (Interview 6).

Les conditions et les moyens dont elles disposent pour accomplir les tâches sont parfois très insatisfaisantes : *« C'est lourd à tout point de vue, oui, émotionnellement tu n'as pas le temps de parler aux gens qui ne vont pas bien, t'as des patients qui n'ont pas beaucoup de familles et qui ont envie que tu t'asseyes prêt d'eux et tu n'as pas le temps de t'asseoir et de les écouter » (Interview 5).*

« Quand je sens que la pression elle monte et que je me dis que je ne vais pas savoir tout faire parfaitement » (Interview 6).

Ou encore elles sont dans certains cas empêchées de réaliser les tâches comme elles le voudraient. *« Tu fais un soin et à la limite tu as un peu peur de regarder les patients dans les yeux parce que tu as peur qu'ils te posent une question et je n'ai pas le temps, je dois passer à la chambre suivante » (Interview 5).*

« Frustrée de ne pas avoir pu faire ce que je devais faire » (Interview 1).

L'analyse de ces mêmes données permet également d'établir un parallèle avec les trois dimensions de l'épuisement des soignants définies par Maslach (1992). Comme vu précédemment certaines participantes ressentent un écart entre les représentations initiales de leur métier et la réalité du travail. Ces vécues peuvent conduire le soignant à l'épuisement émotionnel. Ce ressenti touche aussi bien les jeunes infirmières que les plus anciennes. Ce phénomène est toutefois plus marqué chez le personnel avec plus d'expérience.

« D'une part mon métier correspond à mes attentes mais d'autre part non, car on n'a pas assez de temps pour être auprès des patients » (Interview 2,4).

« Il y a quand même toujours cette pression de manque de temps qui fait que je suis toujours speed, je ne suis jamais relax (Interview 5).

« Quand il y a trop boulot et qu'on se dit que l'on arrivera jamais à tout faire, à terminer à l'heure, à ne pas prendre le temps pour les patients ou alors oui je vais arriver à tout faire mais je cavale, je me mets la pression.» (Interview 6).

« C'est lourd à tout point de vue, oui, émotionnellement tu n'as pas le temps de parler aux gens qui ne vont pas bien, t'as des patients qui n'ont pas beaucoup de familles et qui ont envie que tu t'asseyes prêt d'eux et tu n'as pas le temps de t'asseoir et de les écouter » (Interview 5).

Le soignant est parfois, malgré lui, amené à développer certaines attitudes envers le patient. La charge de travail élevée fait que le soignant ne porte plus l'attention voulue aux patients. Cela conduit le soignant à une relative dépersonnalisation des soins : « Tu fais un soin et à la limite tu as un peu peur de les regarder dans les yeux parce que tu as peur qu'ils te posent une question et je n'ai pas le temps, je dois passer à la chambre suivante » (Interview 5).

Le soignant met une distance entre soi et les divers aspects de son travail dont l'écoute et la communication avec le patient.

La réduction des compétences fait suite au sentiment d'une efficacité altérée ou réduite de la part du soignant, nous pouvons reprendre les exemples cités ci-dessus afin d'illustrer de phénomène.

En conclusion, l'analyse des entretiens a permis au travers les différentes thématiques de porter une attention particulière aux émotions des soignants. Les entretiens démontrent que le domaine des émotions est peu connu par les soignantes. Le concept des compétences émotionnelles est quant à lui totalement inconnu par les participantes. Les participantes sont généralement intéressées d'en savoir plus sur les compétences émotionnelles.

Le développement des compétences émotionnelles aurait un réel intérêt pour les soignants travaillant au quotidien avec l'humain.

3.5 Les limites

Cette recherche et plus particulièrement l'interprétation des résultats reposent sur ma subjectivité ce qui constitue un biais lors de la réalisation et de l'élaboration de ce travail. Toutefois, il est important de préciser que les observations ont été reportées de façon la plus fidèle et la plus neutre possible.

En début d'étude un échantillonnage de huit personnes était convenu, en fonction de leur ancienneté, (qui devait être d'au moins cinq ans et de plus de quinze ans) mais vu la difficulté à recruter des répondants, sept finalement ont pu participer à cette étude, dont deux ont moins de deux ans dans la pratique infirmière. Cela est dû soit aux disponibilités horaires, soit à la volonté de participer des personnes sollicitées.

On peut aussi constater un biais de sélection de genre essentiellement féminin qui s'explique par le fait que le personnel de deux unités est exclusivement constitué de femmes mais aussi par la prédominance des soignants féminins dans les deux autres services.

On peut relever un biais d'information lors des entretiens. Ce biais peut-être présent suite au de réflexion limité accordé aux participantes. La conséquence principale est que l'information recueillie est trop peu aboutie. Ce biais fait suite au temps consacré à l'entretien évalué à environ une demi- heure afin de perturber le moins possible l'organisation du travail et du service.

3.6 Les Forces

La sélection des participantes s'est faite sur base volontaire et par l'intermédiaire des cheffes des services concernés qui avaient été contactées au préalable par la direction, les informant de l'accord concernant la conduite des entretiens.

Après leur avoir expliqué le motif de l'entretien, les personnes interrogées se sont senties à l'aise, ce qui a favorisé le partage de leurs vécus et de leurs ressentis sans aucune crainte.

Le sujet de ce travail a émergé bien avant la pandémie de la covid 19 avec l'objectif de relater le vécu des soignants dans leur profession habituelle. Lors de la réalisation des entretiens, la phase 2 de la pandémie prenait fin, les soignants reprenaient une vie normale et un travail « habituel ». Ma crainte était que, suite à ces conditions de travail perturbées et éprouvantes, l'expression des soignants soit tournée vers ces vécus difficiles or, seulement deux participantes ont fait une brève allusion à la pandémie. Il est important de préciser qu'une seule unité faisant partie de la sélection d'échantillonnage a été très impacté par la pandémie. Les trois autres unités ont travaillé plus ou moins comme d'habitude.

Cette étude pourrait avoir une potentialité pratique importante pour l'institution dans laquelle elle a été faite. Lorsque j'ai rencontré la direction de l'institution afin d'avoir l'accord quant à la réalisation des entretiens, celle-ci fût tout de suite enthousiaste et très intéressée par le sujet de ma recherche. Il est important de souligner que la bienveillance et le bien-être du personnel sont des valeurs portées et promues par l'institution.

3.7 Les perspectives

Suite à ce travail, plusieurs perspectives pourraient être envisagées.

Dans un premier temps, il serait intéressant de conduire une étude similaire à une plus grande échelle où un nombre bien plus important de soignants pourraient s'exprimer sur la même thématique en vue de corroborer cette présente étude.

D'autre part, l'idée de formation aux compétences émotionnelles pourrait s'avérer très enrichissante pour les soignants. On pourrait imaginer une formation à différents niveaux.

- Au niveau des écoles de formations en art infirmier : les émotions sont peu abordées lors des études en soins infirmier. Certaines écoles proposent de petits ateliers comme la sophrologie, la méditation, le reiki aux étudiants demandeurs. Il pourrait être imaginé une formation théorique et pratique à ces futurs soignants qui eux-aussi vont être confrontés à une réalité parfois difficile émotionnellement.

- Au niveau de l'institution ou des institutions : plusieurs pistes pourraient être envisagées.

- Pour les nouveaux engagés qui commencent à travailler dans l'institution et qui bénéficient d'un panel de formations, pourquoi ne pas envisager d'y inclure une formation sur les compétences émotionnelles ?
- Pour le personnel en place : l'institution pourrait proposer aux soignants une information sur les compétences émotionnelles et une formation plus complète pourrait éventuellement être envisagée.

Toutefois, l'un des freins parmi bien d'autres est le coût de ce type de formation qui est assez onéreux.

Malgré cela, il serait bien d'informer le personnel de l'existence de ce type de formation qui pourrait susciter un intérêt et un investissement individuel.

- Au niveau individuel : il serait bien d'informer le personnel de l'existence de ce type de formation qui pourrait susciter un intérêt et un investissement individuel.

4. Conclusion

Au début de ce travail, les raisons qui ont motivé le choix du sujet ont été expliquées. De par mon vécu professionnel j'ai conscience que nos bien-être sont trop souvent altérés. D'autre part, il est relaté dans la littérature que l'épuisement professionnel et émotionnel affecte de plus en plus de soignants, ces types d'épuisements peuvent finalement conduire la personne à la dépression ou encore au burnout dans les cas extrêmes.

Le but de cette recherche était de comprendre les compétences émotionnelles des soignants mais aussi de mettre en évidence l'usage des émotions dans leur quotidien professionnel et ce en vue de contribuer à leur bien-être.

Dans un premier temps, une recherche dans la littérature a été réalisée afin de savoir ce qui avait déjà été dit à propos de la thématique des émotions et plus particulièrement au sujet des émotions du personnel soignant. Cette recherche a mis en évidence que les compétences émotionnelles s'avèrent primordiales tant dans la réussite personnelle que professionnelle. Un autre fait tout aussi important est que l'intelligence émotionnelle contribue au bien-être dans toutes les dimensions de la vie des individus.

Une seconde recherche a été réalisée sur le thème du bien-être au travail. Il s'agissait de prendre connaissance, dans les recherches précédemment menées, des facteurs pouvant avoir une influence sur le bien-être du personnel soignant. Les facteurs sont l'engagement, la motivation, la satisfaction, l'insatisfaction et les difficultés, le stress, le bien-être et la fatigue.

Suite à ces recherches, cette première partie a conduit au développement de la question de recherche : « Les compétences émotionnelles des soignants contribuent-elles à favoriser leur bien-être? ».

Par la suite, dans la partie pratique des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de sept infirmières travaillant dans différentes unités : les services des soins intensifs, de gériatrie, de médecine et de chirurgie.

Lors de la sélection de l'échantillonnage, une seule limite a été fixée : l'ancienneté du personnel. Au sein de chaque unité, il a été demandé aux cheffes de services de sélectionner deux personnes dans chaque service, certaines avec plus de 15 années d'ancienneté, et d'autres avec environ 5 années.

Un guide d'entretien a été réalisé afin de cadrer le déroulement de la rencontre mais aussi de n'omettre aucun sujet et de pouvoir suivre le fil des idées tout en tentant de laisser une liberté d'expression aux répondantes. Au cours des entretiens des techniques de précision et de clarification ont été utilisées. Il est important de préciser que la taille de l'échantillonnage ne permet pas la généralisation des résultats obtenus.

L'analyse des entretiens met en évidence que le domaine des émotions est peu connu par les soignantes interrogées.

Les participantes n'accordent pas d'attention à l'information émotionnelle dans leur pratique professionnelle.

Dans la majorité de cas, les soignantes éprouvent des difficultés lorsqu'il s'agit d'identifier leurs émotions, et trouver les mots justes leur correspondant.

Cette recherche a mis en évidence le fait que les compétences émotionnelles ne font pas partie des capacités des soignantes interviewées et ne peuvent donc pas contribuer à leur bien-être professionnel et personnel. Cette constatation ouvre la porte à diverses perspectives tant au niveau organisationnel, institutionnel mais également au niveau individuel.

Grâce à l'élaboration de ce travail enrichissant et plus précisément lors de la réalisation des entretiens, j'ai pu rencontrer d'autres personnes toutes très riches humainement, connaître leurs vécus, leurs perceptions, avoir un aperçu relativement succinct sur des services bien différents de celui dans lequel j'exerce.

Cette type recherche m'a également permis de découvrir pratiquement la méthode qualitative dont la théorie nous avait été dispensée lors des cours du master. Ce type de recherche nécessite énormément de rigueur, d'investissement personnel, de réflexion, ce qui m'a apporté un enrichissement précieux et valorisant.

5. Bibliographie

Acker F. (2004). Les infirmières en crise la découverte, « Mouvements » 2004/2 n° 32, pp. 60 à 66 <https://www.cairn.info/revue-mouvements-2004-2-page-60.htm>

Andela, M. (2015). Considérations conceptuelle, méthodologique et contextuelle du travail émotionnel : impacts sur le burnout, les troubles somatiques des soignants et les risques de maltraitance vis-à-vis des patients. *Sciences humaines combinées* [Online], 15, 2015. URL : <http://preo.u-bourgogne.fr/shc/index.php?id=397>

Apter, G., Mellier, D. Saint-Cast, A (2010). Introduction. L'émotion, un mouvement vers l'autre. Ed. Érès, « Enfances & Psy » 2010/4, n° 49, pp. 9 à 13. <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2010-4-page-9.htm>

Aujoulat, I. (2019). WFSP2106: Introduction aux méthodes qualitatives en santé publique. Récupéré sur Université Catholique de Louvain, Woluwe-Saint-Lambert

Barlow, H. (2004). *Anxiety and its disorders : The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. Guilford Press, 28 janv. 2004 - 704 p

Bassett-Jones, N. and Lloyd, G.C. (2005), "Does Herzberg's motivation theory have staying power?", *Journal of Management Development*, Vol. 24 No. 10, pp. 929-943. <https://doi.org/10.1108/02621710510627064>

Bastin, P. et al. (2004). Contrôle du diabète et alexithymie : le rôle de l'identification et de la verbalisation des émotions. Dans *Louvain médical*, pp. 123, 252-259

Bellinghausen, L. (2007). L'identification des émotions. Université Paris-Descartes

Bentein, K., Vandenberghe, C., Dulac, T. (2004). Engagement organisationnel de continuité et indicateurs d'efficacité au travail. P.644-656. <https://www.agrh.fr/assets/actes/2004bentein-vandenberghe-tanguy014.pdf>

Berry, D., Pennebaker, J. (1993). Nonverbal and verbal emotional expression and healths. *Psychotherapy and Psychosomatic*, vol. 59, P. 11-19

Bertolino, M., Gérard, V. et al. (2016). *Psychologie du travail et des organisations*. Psycho Sup. Ed. Dunod, 2016, pp. 307 à 312. <https://www.cairn.info/psychologie-du-travail-et-des-organisations---page-307.htm>

Billie Coomber, B., Barriball, L. (2007). Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: A review of the research literature. Literature review. *International Journal of Nursing Studies*. 2007, vol. 44, pp. 297 – 314

Brasseur, S., Grégoire, J. (2010). L'intelligence émotionnelle – trait chez les adolescents à haut potentiel : spécificités et liens avec la réussite scolaire et les compétences sociales, *Enfance* 2010/1, n°1, pp. 59-76

Boivin-desrochers c, alderson M. .(2014.)Les difficultés/souffrances vécues par les infirmières : stratégies permettant de préserver leur santé mentale, leur sens au travail et leur performance au travail| « recherche en soins infirmiers » 2014/3 n° 118, pp. 85 à 96.
[Https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2014-3-page-85.htm](https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2014-3-page-85.htm)

Boyatzis, R., Goleman, D., Rhee, K. (1999). Clustering in Emotional intelligence ; Insights from the Emotional competence Inventory (ECI). New York.1999

Cacioppo, J, Berntson, G. (1999). The affect system : Architecture and operationg characteristics, *Current Directions in Psychological Science*, vol.8, pp. 133-137

Castello, C., Borenstein, M., Derome, M., d'Harcourt, C., Pons, C. (2018). Émotions des soignants en situation difficile, *soins pédiatrie-puériculture*, n°304- sept/oct. 2018, pp. 1-33

Chanlat, M. (2003). Emotions, organisation et management : une réflexion critique sur la notion d'intelligence émotionnelle. « Travailler » 2003/1 n° 9, pp 113 à 132 ISSN 1620-5340
Article disponible en ligne à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-travailler-2003-1-page-113.htm>

Ceccato, M., Rochette, C. (2021). Les conflits de valeurs dans les organisations publiques : une approche autour des valeurs individuelles des infirmiers et des cadres de santé hospitaliers. Congrès de l'AGRH 2021

Comeau, Y. (1994). L'analyse des données qualitatives. Cahiers du CRISES, Collection Études théoriques, Canada, n° ET9204. ISBN : 1-89605-015-9
Dépôt légal : 1994

Damasio, A (1994). L'erreur de Descartes, Paris, Odile Jacob

Del Carmen Pérez-Fuentes, M. et al. (2018). The Role of Emotional Intelligence in Engagement in Nurses. *Environ Res Public Health*. 2018

Delgado, C., Upton, D., Ransie, K., Furness, Trentham, F. (2017). Nurses' resilience and the emotional labour of nursing work. An integrative review of empirical literature. *International Journal of Nursing Studies*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.02.008>

Dugué M, et al. (2018). Déterminants psychologiques du stress chez les étudiants en soins infirmiers. *Rev Epidemiol Sante Publique* (2018), <https://doi.org/10.1016/j.respe.2018.09.004>

Ekman, P. (2014). *Approaches To Emotion*. Psychology Press 201

Esnard, C., Faury, B., Zylinski, A. (2014). Burnout en contexte professionnel soignant : la valorisation sociale des explications causales en termes d'effort. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale* 2014/2, n° 102, pp. 233 à 258. <https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-internationaux-de-psychologiesociale-2014-2-page-233.htm>

Estryn-Béhar, M. (2008). Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe. La situation des infirmiers, 2008, pp. 25-76

Feldman-Barret, L., Russell, J. (1998). Independence and Bipolarity in the Structure of Current Affect Journal of Personality and Social Psychology 1998, Vol. 74, No. 4, pp.967-984

Feldman, L. Barrett, L., et al. (2001). Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: Mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation, Cognition & Emotion, n° 15:6, pp. 713-724. <https://doi.org/10.1080/02699930143000239>

Fuhrer, C., Moisson-Duthoit, V., Cucchi, A. (2011). Quand l'environnement relationnel contribue à la compréhension du burnout. Ed. Management & Avenir, 2011/1, n° 41, pp. 194 <https://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2011-1-page-194.htm>

Gardner, H. (1983). Frames of Minds : The theory of Multiple Intelligences, New York, Basic Books, p. 39-40

Gaillard, F. (2011). L'émotion promue talent ? Actualités Psychologiques (Université de Lausanne), 2001, vol. 11, pp. 27-47

Gendron, B. (2007). Des compétences émotionnelles au capital émotionnel : une approche théorique relative aux émotions, Cahiers du Cerfee, n°23, p. 9-55

Goleman D. (2014). L'intelligence émotionnelle. Intégral. France : Ed. J'ai lu 2014, pp. 403, 520, 523- 525

Graham, J. et al. (2008). Effects of written constructive anger expression in chronic pain patients : Making meaning from pain. Journal of Behavioral Medecine, vol. 3, pp. 201-212

Grebot, E. (2010). Coping, styles défensifs et dépersonnalisation de la relation soignante d'urgence. Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique, Elsevier Masson, 2010, 168 (9), pp.686. [ff10.1016/j.amp.2010.03.018](https://doi.org/10.1016/j.amp.2010.03.018)[ff. ffhal-00690274f](https://doi.org/10.1016/j.amp.2010.03.018)

Grosjean, M. (2001). La régulation interactionnelle des émotions dans le travail hospitalier. Revue internationale de psychosociologie 2001/16-17 (Vol. VII), pp. 339 à 35

Guylaine Dion, G., TESSIER, R. (1994). Validation de la traduction de l'inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson Université Laval 1994. Revue canadienne des sciences du comportement, 1994, vol. 26, pp. 210-227

Haberey-Knuessi, V. (2011). Des exigences aux ressources, le modèle de demerouti au service des soins infirmiers. Recherche en soins infirmiers. 2011/1, N° 104, pp. 23 à 29 <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2011-1>

Herzberg's (1996). Theory of Motivation and Maslow's huerarchy of needs. Practical assessment, research, and evaluation. Vol.5

- Hesbeen, W. (2014). Cancer(s) et psy(s). *Ethique du soin*. Ed. Érès. 2014/1 n° 1, pp. 173 à 177. <https://www.cairn.info/revue-cancers-et-psys-2014-1-page-173.htm>
- Hesbeen, W. 2012. *Les soignants. L'écriture, la recherche, la formation*. Éditions Seli Arslan
- Hesbeen, W. (2017). *La qualité du soin infirmier : De la réflexion éthique à une pratique de qualité* (éd. 3e). (E. Masson, Éd.) Paris.
- Hesbeen, W. (2019). Cancer(s) et psy(s). *Le soignant contemporain*. Ed. ERES. 2019/1 n° 4, pp. 61 à 67. <https://www.cairn.info/revue-cancers-et-psys-2019-1-page-61.htm>
- Hochner N., (2016). Le corps social à l'origine de l'invention du mot « émotion L'Atelier du Centre de recherches historiques. *Revue électronique du CRH L'Atelier du Centre de recherches historiques*. <http://journals.openedition.org/acrh/7357>
- Hochner, N. (2016). Le corps social à l'origine de l'invention du mot « émotion. *L'Atelier du Centre de recherches historiques* 16, 2016.<http://journals.openedition.org/acrh/7357>
- Hochschild, A. (1983, 2002). *The Managed Heart*. Berkeley, CA, University of California Press
- Mr Jacquemin, 2019. *L'éthique chrétienne*. LTECO 2103. Récupéré sur Université Catholique de Louvain, Woluwe-Saint-Lambert
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions : Towards a New Psychology of trauma*, New York, Free Press
- Jouanne, C. (2006). L'alexithymie : entre déficit émotionnel et processus adaptatif. *De Boeck Supérieur*, 2006/3 vol 12, pp. 193 à 209. <https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2006-3-page-193.htm>
- Jourdain, G. Chênevert, D. (2010) Job Demands-Resources, Burnout and Intention to Leave the Nursing Profession: A Questionnaire Survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47, 709-722
- Jourdain, G., Chênevert, D. (2010). *Exigences de l'emploi - ressources, épuisement*
- Jula, A., Salminen, J., Saarijärvi, S. (1999). Alexithymia : A faced of essential hypertension. *American Heart Association*, p 1057-1061
- Kauhanen et al, (1996). Coping with inner feelings and stress : Heavy alcohol use in the context of Alexithymia, dans *Behavioral Medecine*, pp. 121-126
- KCE. (2019). *Dotation infirmière pour des soins (plus) sûrs dans les hôpitaux aigus*. Récupéré sur https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_325B_Dotation_infirmiere_synthese_2nd_edition.pdf
- Kleinginna PR, Kleinginna AM. (1981). A categorized list of emotion definitions, with suggestions for a consensual definition. *Motiv Emot* 1981, vol. 5, pp. 345-379

- Kornig, C. (2016). Qualité de vie au travail et qualité des soins. Revue de littérature. Haute autorité de santé, France, 2016
- Laguardia J., Ryan R. (2000). Buts personnels, besoins psychologiques fondamentaux et bien-être : Théorie de l'autodétermination et applications. Revue québécoise de psychologie, vol.21, n°2
- Légeron, P. (2009). Le stress professionnel. « L'information psychiatrique » 2008/9 Vol. 84, pp. 809 à 820. <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2008-9-page-809.htm>
- Leroy, V., Grégoire, J. (2007). Influence of individual differences on emotional regulation in a learning situation, and consequences on academic performance. L'European Association for Research on Learning and Instruction, Budapest
- Le Scanff, R. (2005). Les différentes formes de stress et leur influence sur la performance sportive. Groupe d'études de psychologie. Bulletin de psychologie. 2005/1, n° 475, pp. 69 à 72. <https://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2005-1-page-69.htm>
- Lhuillier, D. (2006) Compétences émotionnelles : de la proscription à la prescription des émotions au travail Psychologie du travail et des organisations, vol. 12 (2006), pp. 91–103
- Loriol, M. (2013) Travail émotionnel et soins infirmiers. Santé Mentale, Acte Presse, 2013, pp.60-63.
- Loriol, M. (2001). La fatigue, le stress et le travail émotionnel de l'infirmière. Revue Prévenir, France, 2001, n°40, pp.183-188. ffhalshs-00361300f
- Luminet, O. (2002). Emotions : confrontation et évitement, Bruxelles. De Boeck
- Maillet S, Courcy F, Leblanc J. (2016). Évaluation et intervention en matière de climat psychologique de travail chez le personnel infirmier : une revue de la littérature. Rech. Soins Infirm. 2016 Jun;(125):84-97
- Maslach, C. Leiter, M. (2008). Early Predictors of Job Burnout and Engagement. Journal of Applied Psychology Copyright 2008 by the American Psychological Association 2008, Vol. 93, N° 3, pp.498–512
- Maslach, C. et Leiter, (2005). Nurse turnover: the mediating role of burnout. Journal of Nursing Management, Vol 17, n° 3 p. 331-339
- Maslach, C., Jackson, S. (1981). The measurement of experienced burnout. Journal of Organizational Behavior

- Mayer, D., Salovey, P., Caruso, D (2004). Emotional Intelligence : Theory, Findings, and Implications. *An International Journal for the Advancement of Psychology Theory*, vol 15, 2004, pp. 197-215
- Mayer, D., Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence ? Emotional development and emotional intelligence : Educational implications. Ed. Basic books, New York, pp. 3-31
- Merchiers, J. (2000). L'enquête ontologique du mode d'existence des objets sociaux. France, Ed. L'école des hautes études en sciences sociales, 2000, vol 11.
- Mikolajczak, M. (2019). WFSP 2241 : Comportements et compétences en santé publique. Récupéré sur Université Catholique de Louvain, Woluwe-Saint-Lambert
- Mikolajczak M., Quoidbach, J, Kotsou, J. , Nelis, D. (2014) : Les Compétences émotionnelles. France : Dunod. 2014 p.7
- Mukamurera, J., Lacourse, Ph., Couturier, Y. (2006). Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Recherches qualitatives*. Canada, 2006, vol.26 (1), pp. 110-138. ISSN 1715-8705
<http://www.recherchequalitative.qc.ca/Revue.html>
- Natalie J., Allen, Meyer, P (1996). Engagement affectif, continu et normatif envers l'Organisation : un examen de la validité de la construction. *REVUE DE COMPORTEMENT PROFESSIONNEL*. 1996, vol.49, pp. 252-276
- OMS (2015). Les ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon de 2030, https://www.who.int/hrh/resources/global_strategy2030fr.pdf
- Oiiq. (2019). *Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*, Oiiq.org:
<https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/deontologie/valeurs-de-laprofession-infirmiere>
- Paperman, P. 2010. Gériologie et société. *Fondation National de Gériologie*. 2010/2, vol.33, p 51 à 61. <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2010-2-page-51.htm>
- Poisson, C., Alderson, M., CAUX C, Brault, I. (2014). La détresse morale vécue par les infirmières : état des connaissances. *Recherche en soins infirmiers*, juin 2014, n°117, pp. 65-74.
- Ribau, C. et al. (2005). La phénoménologie : une approche scientifique des expériences vécues s Association de Recherche en Soins Infirmiers. « Recherche en soins infirmiers » 2005/2 N° 81, pp. 21 <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2005-2-page-21.htm>
- Robert, N. (2007). Bien-être au travail, une approche centrée sur la cohérence de rôle. Notes scientifiques et techniques de l'INRS NS 267, Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS). 2007, p. 33
- Roussel, P., (2000). La motivation au travail - concept et théories. Aux Editions EMS, collection Références, Paris, 2001. Note n° 326

Saladini, O., Luauté, JP. (2003). Dépersonnalisation. *Encycl Méd Chir, Psychiatrie*, 37-125-A-10, 2003, 10 p

Sebaoun, G. (2017). Conclusion des travaux d'information relative au syndrome d'épuisement professionnel. *Rapport d'information*. France 2017

Scherer, K., Banse, R., Wallbott, H. (2001). Emotion inferences from vocal expression correlate across languages and cultures. *Journal of cross-cultural Psychology*, vol., pp.32, 76-92

Schaufeli, Salanova, Gonzalez-Roma, Bakker, 2002a. The Measurement of Engagement and Burnout: A Two Sample Confirmatory Factor Analytic Approach. *Journal of Happiness Studies*, 2002, n°3, pp. 71-92

SPF Santé publique. (1996). La loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail est la loi de base dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail.

Szczygiel, D., Mikolajczak, M. (2018) Emotional Intelligence Buffers the Effects of Negative Emotions on Job Burnout in Nursing. *Front. Psychol.* Vol. 9, Art. 2649. doi:10.3389/fpsyg.2018.02649

Thorndike, L. (2014). Intelligence Examinations for College Entrance. *The journal for Educational Research*. Published online 2014, pp. 329-337

Todarello, O, Taylor, G., Parker, J., Fanelli, M. (1995). Alexithymia in essential hypertensive and psychiatric outpatients : A comparative study. *Journal of psychosomatic Research*, pp. 987-994

Truc, H, Alderson, M., Thompson, M. (2009). Le travail émotionnel qui sous-tend les soins infirmiers: une analyse évolutionnaire de concept. *Association de Recherche en Soins Infirmiers*, « Recherche en soins infirmiers » 2009/2 N° 97, pp 34 à 49. <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2009-2-page-34.htm>

Uchmanowicz I, Manulik S, Lomper K, *et al.* Life satisfaction, job satisfaction, life orientation and occupational burnout among nurses and midwives in medical institutions in Poland: cross-sectional study. *BMJ Open* 2019;9:e024296. Doi :10.1136/bmjopen-2018-024296

Vandenberghe, C., Stordeur, S., d'Hoore, W. (2009). Une analyse des effets de la latitude de décision, de l'épuisement émotionnel et de la satisfaction au travail sur l'absentéisme au sein des unités de soins infirmiers. *Le travail humain* 2009/3 Vol. 72, pp. 209 à 228

Vandenbroeck, S., Van Gerven, R., De Witte, H., Vanhaecht, K. Godderis, L. (2017). Burnout chez les médecins et infirmiers belges. *Médecine du travail* 2017, vol. 67, pp.546-554

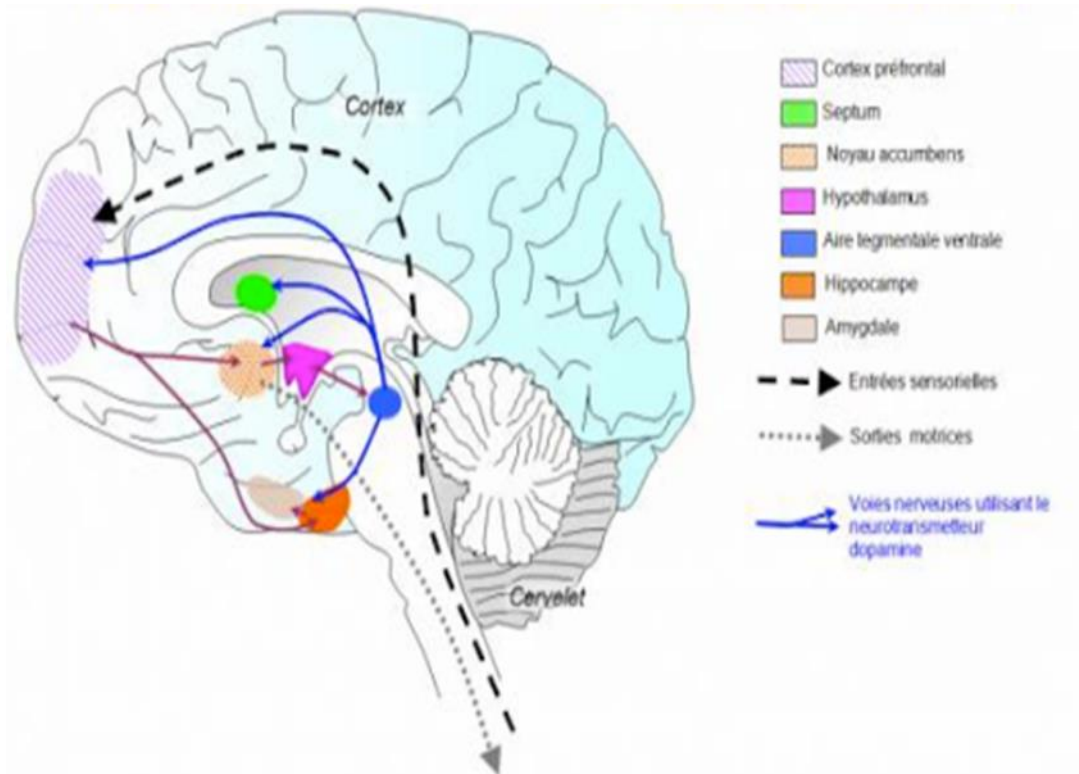
Zawieja, P. Guarnieri, F. (2013). Épuisement professionnel : principales approches conceptuelles, cliniques et psychométriques. *Épuisement professionnel : Approches*

innovantes et pluridisciplinaires. Ed. Armand Colin, 2013, Chapitre 1, pp.11-34. Recherches, 978-2-200-28772-6. ffhal-00848200f

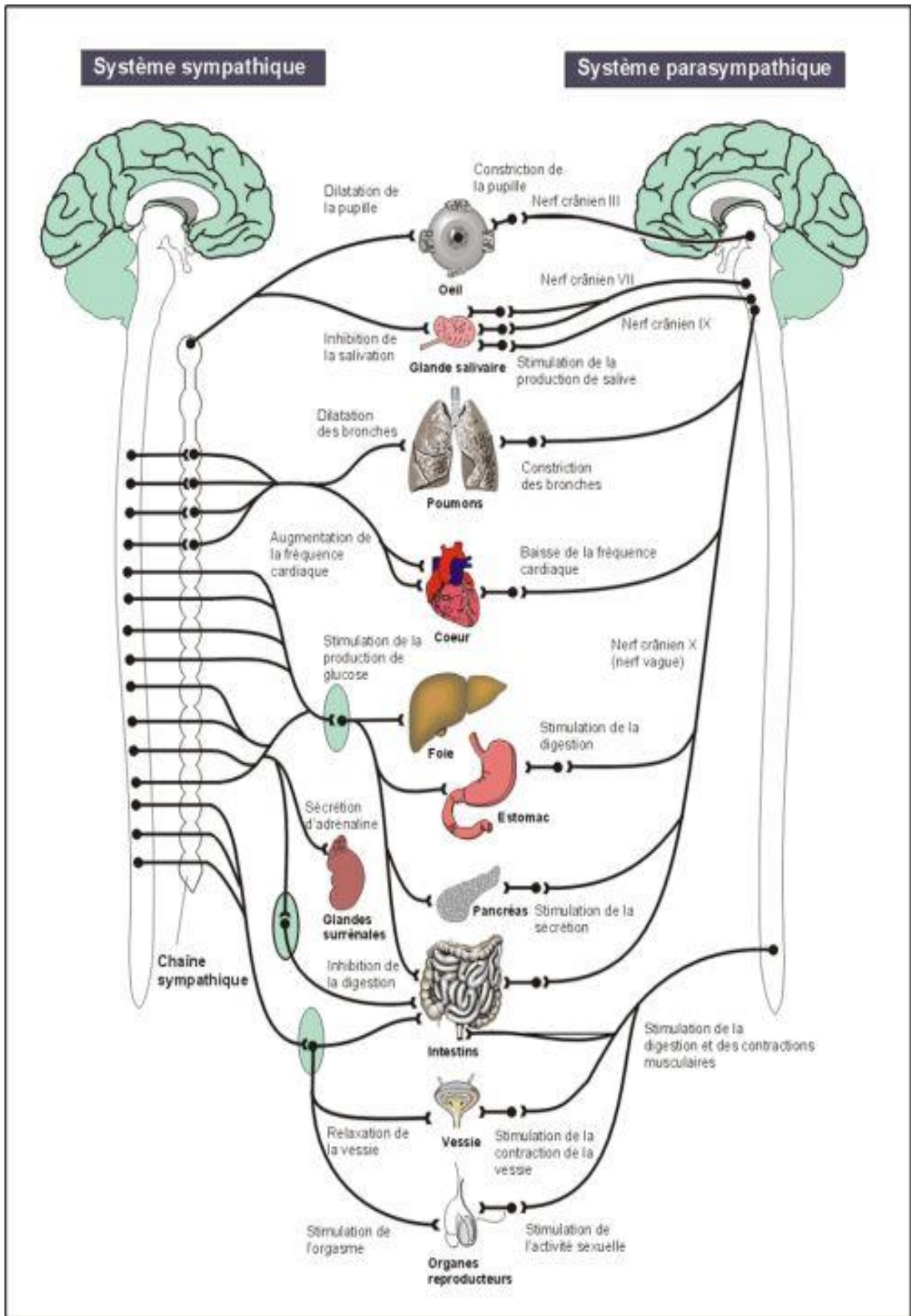
6. Annexes

Annexe 1

Les bases neurobiologiques de l'émotion.

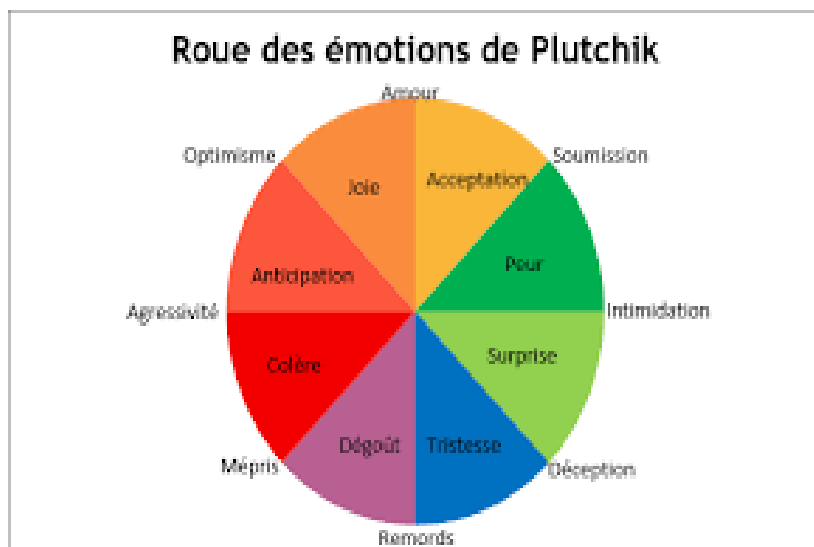


<https://toxiqueoumanie.wordpress.com/le-circuit-de-la-recompense/>



<http://www.therapiepsychocorporelle.fr/dossiers/le-stress>

Annexe 2



Annexe 3

Vocabulaire et manifestations corporelles des émotions.

Les enjeux de l'apprentissage du lexique des émotions :

- être capable d'identifier les émotions de base
- être capable de les nommer sur des images, des photos, dans des situations jouées et vécues
- être capable de verbaliser les émotions
- être capable de verbaliser son ressenti physiologique
- Communiquer spontanément ses émotions
- être capable d'exprimer ses besoins
- savoir exprimer son désaccord sans agressivité

C'est parce que les mots auront été rencontrés et utilisés souvent en situation qu'ils feront sens.

LA PEUR

Mots et expressions

Crainte, inquiétude, alarme, frayeur, effroi, terreur, épouvante, angoisse, transes, affres, panique, affolement, désarroi.

Craindre, redouter, s'inquiéter, s'alarmer, appréhender, s'émouvoir, s'effaroucher, s'effrayer, s'épouvanter, s'affoler, être paniqué.

Etre pris de peur, prendre ses jambes à son cou, fuir à toutes jambes, trembler comme une feuille, frissonner de peur, claquer des dents, être vert de peur, avoir une peur bleue, être blanc comme un linge

Conséquences de la peur : être plus mort que vif, se cacher, s'enfuir, prendre les jambes à son cou, détalier.

MANIFESTATIONS PHYSIQUES

Allure générale : le corps se raidit, se fige, s'immobilise, frémit, tremble, frissonne, recule. Le visage blême, pâle, presque blanc.

La voix : être muet de terreur, avoir le souffle coupé, rester sans voix, avoir une voix blanche
le son de la voix : rauque, criard, étranglé, hurler de terreur. Le débit : précipité, saccadé, bégayé, parler à mots hachés. Le ton : angoissé

MANIFESTATIONS INTERNES

On ressent des sueurs froides, on transpire, on a la gorge sèche, les mâchoires se contractent, on a la chair de poule, on est glacé d'épouvante, on a la respiration bloquée, on ressent des tremblements

LA TRISTESSE

Mots et expressions

Abattu, découragé, affligé, chagriné, malheureux, peiné, déçu, déprimé, nostalgique.

Peine, chagrin, affliction, abattement, dépression, découragement, amertume, nostalgie.

Un événement triste, douloureux, pénible, affligeant, cruel, attristant, chagrinant, navrant, désolant, déchirant, consternant, affreux, tragique.

Broyer du noir, avoir le cafard, avoir la mort dans l'âme, se traîner comme une âme en peine, baigner dans la tristesse, avoir une tête d'enterrement, triste comme un bonnet de nuit, en avoir gros sur le cœur, sur la patate, avoir des bleus à l'âme, avoir du bleu au cœur, broyer du noir, faire grise mine.

MANIFESTATIONS PHYSIQUES

Allure générale: le corps se courbe, se fige, se ramasse, se pelotonne, se met en boule, se cache. Les mains s'agitent, se crispent, se ferment.

Le visage : le teint pâlit, jaunit, se plombe, la forme s'allonge, se creuse, se ferme, la peau se ride, se plisse, les yeux pâlisent, se ternissent, rougissent, se mouillent, se noient, versent des larmes, se ferment, le nez se pince, la bouche s'abaisse, se tord, les lèvres se serrent, sifflent

La voix : le son de la voix voilé, sourd, atone, rauque, le ton de la voix triste, amer, le débit des paroles lent, hésitant.

MANIFESTATIONS INTERNES

On a la gorge nouée, serrée, avoir une boule dans la gorge

LA JOIE

Mots et expressions

Contentement, euphorie, plaisir, félicité, enchantement, ravissement, délices, être heureux, radieux, ravi, enchanté, être au comble de ses vœux, être comblé, nager dans la joie, être au septième ciel, bondir, sauter de joie; ne pas se posséder; tressaillir de joie; se pâmer de joie, communiquer, épancher sa joie, être au comble de ses vœux, au comble de la joie, nager dans la joie, être aux anges, au septième ciel, heureux comme un poisson dans l'eau, heureux comme un oiseau dans l'air, sourire jusqu'aux oreilles, mettre du baume au cœur, avoir la joie au cœur.

MANIFESTATIONS PHYSIQUES

Allure générale ; le corps se redresse, se détend, s'épanouit, pleurer de joie, des larmes de joie. Les membres • les jambes s'agitent, bondissent, les pieds frappent, piétinent

Le visage : le teint rosit, rougit, la forme du visage se détend, la peau fait des fossettes, les yeux brillent, étincellent, flamboient, se plissent, les sourcils se lèvent, le nez les narines palpitent, les lèvres sourient, s'avancent, le menton tremble, les oreilles rougissent.

La voix : le ton de la voix: joyeux, chaleureux, le débit des paroles: volubile, précipité

MANIFESTATIONS INTERNES

Sensation de chaleur, d'excitation

LA COLERE

Mots et expressions

Agacé, agité, agressif, contracté, contrarié, déchainé, dégouté, désolé, dur, énervé, enragé, exaspéré, fâché, frustré, furieux, furibond, haineux, hostile, hystérique, indigné, irrité, outragé, offensé, révolté, vexé, violent, fumer, exploser de colère, piquer une colère, s'emporter de colère, s'enflammer, avoir la moutarde qui monte au nez, avoir le sang qui monte au visage, avoir le sang qui bout, ne plus contrôler ses nerfs, sortir de ses gonds, être vert de rage, se fâcher tout rouge, voir rouge, entrer dans une, colère noire, être rouge de colère, exploser de colère

MANIFESTATIONS PHYSIQUES

Allure générale : trembler, trépigner, suffoquer, ne plus contrôler ses nerfs. Les membres se raidissent, se crispent.

Le visage : les traits déformés, faire les gros yeux, la mâchoire est serrée, les pommettes sont rouges, les sourcils sont froncés, les yeux sont plissés.

La voix : rauque, bégayante, grave.

MANIFESTATIONS INTERNES

On a le visage crispé, on devient tout rouge, nos bras sont tendus, notre poitrine est serrée, on a très chaud aux mains, on se raidit, notre respiration s'arrête.

L'ETONNEMENT

Mots et expressions

Surprendre, frapper, renverser, suffoquer, stupéfier, interloquer, couper le souffle, abasourdir, n'en pas croire ses yeux, ses oreilles, éblouir, émerveiller, épater, estomaquer, être étonné, abasourdi, ébahi, estomaqué, pantois, stupéfait, étonnant, surprenant, extraordinaire, stupéfiant, suffocant, renversant, bizarre, étrange, singulier, fantastique, abasourdissant, ahurissant, formidable, époustouflant, incroyable, inconcevable, inimaginable, inattendu, couper le souffle, ne pas en croire ses yeux ou ses oreilles, ne pas en revenir, en rester baba, tomber des nues, tomber de haut.

MANIFESTATIONS PHYSIQUES

Allure générale : le corps bondit, s'agite. Les membres : les mains: s'agitent, se ferment, s'ouvrent, les jambes: se croisent, se décroisent, les pieds: frappent, trépignent, bondissent.

Le visage : le teint pâlit, blêmit, la peau se plisse, les yeux s'écarquillent, se dilatent, se plissent, clignent, les sourcils se lèvent, la bouche s'entrouvre, les lèvres font la moue, les dents mordillent.

La voix : rester bouche bée, sans voix, le son de la voix étranglé, le ton de la voix surpris, le débit hésitant.

MANIFESTATIONS INTERNES

Palpitations, étourdissements, respiration qui se bloque

LE DEGOUT

Mots et expressions

Amertume / amer, désabusé, désenchantement / désenchanté, désillusion / désillusionné, écœurement / écœuré, horripilé, incommodé, ulcéré, dégoûté, écœuré, plein de répugnance, rebuté, rempli de répulsion, révulsé, aversion, avoir le cœur au bord des lèvres, avoir le cœur dans la gorge, soulever le cœur

MANIFESTATIONS PHYSIQUES

Allure générale : retrait, éloignement.

Le visage : front plissé, fermeture des narines, retroussement de la lèvre supérieure et bouche ouverte

MANIFESTATIONS INTERNES

Etat nauséeux.

Annexe 4

Guide d'entretien

Introduction.

Tout d'abord, je vous remercie d'avoir accepté cette rencontre et de me consacrer un peu de votre temps. Je me permets de me présenter : Anne-Françoise Devos, infirmière en chirurgie orthopédique. Je suis étudiante en master de la santé publique, afin de clôturer mes études et d'utiliser les différents apprentissages acquis, je réalise un mémoire dont le sujet porte sur : » **les émotions au cœur du bien-être des soignants** ». J'aimerais discuter avec vous et aborder différents sujets pertinents pour cette recherche. Afin de réaliser l'analyse des données récoltées je vais enregistrer cet entretien, marquez-vous votre accord pour l'enregistrement de cet entretien? Le sujet portant sur les émotions pouvant être délicat, n'hésitez pas à l'interrompre si nécessaire. Il est évident que l'anonymat sera strictement respecté et que les données obtenues ne seront utilisées que dans le cadre de ce travail.

Questions

1. Quel est votre âge ?
2. Quelle est votre ancienneté dans l'institution ?
3. Depuis combien de temps travaillez-vous ?

Objectif : données générales.

4. Pouvez-vous me parler des motivations de votre choix de carrière ?
 - 4.1. Pouvez-vous expliquer ce qui est motivant pour vous dans votre profession? (+ exemple ou expliquer une situation, pourquoi en est-il ainsi dans cette situation ?)
 - 4.2. Quelles sont les émotions éprouvées (+ exemple ou expliquer une situation, pourquoi en est-il ainsi dans cette situation ?)

Objectif : pouvoir observer les facteurs et les sources de motivation, à partir de là amener à l'expression des émotions perçues et ressenties en ce qui concerne la motivation.

5. La satisfaction au travail.
 - 5.1. Pouvez-vous me parler de la satisfaction que vous apporte votre activité professionnelle ? (+ exemple et/ou expliquer une situation pourquoi en est-il ainsi dans cette situation).
 - 5.2. Quelles sont les émotions éprouvés et pourquoi ? (+ exemple et/ou expliquer une situation, pourquoi en est-il ainsi dans cette situation ?)

Objectif : pouvoir observer les facteurs et sources de satisfaction, amener à une réflexion et à l'expression des émotions perçues et ressenties en ce qui concerne la satisfaction. Pouvoir observer les sources d'insatisfaction exprimées et les émotions y étant liées.

6. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans votre travail et dans la vie de tous les jours ?
 - 6.1. Pouvez-vous raconter une situation stressante ou plus difficile à vivre pour vous ?
 - 6.2. Pourquoi est-ce difficile ou stressant pour vous ?
 - 6.3. Quelles sont les émotions éprouvées lors de cette situation ?
 - 6.4. Pouvez-vous me parler de vos difficultés, de votre niveau de stress dans vie extra-professionnelle ? (si la personne le souhaite, exemple et émotions ressenties).

Objectif : pouvoir observer les facteurs et sources de difficultés et de stress au travail et dans le quotidien de la personne, amener à une réflexion et l'expression des émotions perçues et ressenties à propos du stress.

7. Comment définissez-vous votre bien-être au travail et dans la vie privée ?
 - 7.1. Pouvez-vous expliquer une situation qui vous apporte du bien-être ?
 - 7.2. Qu'est-ce qui fait que dans cette situation vous éprouvez du bien-être ?
 - 7.3. Quelles sont les émotions éprouvées lors de cette situation ?

Objectif : pouvoir observer ce qui caractérise le bien-être tant au travail que dans le quotidien ainsi que les émotions qui y sont liées.

8. Pouvez-vous me parler de votre état de fatigue au travail et dans votre vie de tous les jours ?
 - 8.1. Quels sont les événements, les situations qui induisent chez vous de la fatigue ?
Pouvez-vous me donner un exemple, m'expliquer une situation ?
 - 8.2. Quelles sont les émotions éprouvées dans cette situation ?
 - 8.3. Pouvez-vous me parler de votre niveau de fatigue dans votre vie extra-professionnelle ?

Objectif : observer le niveau de fatigue, d'épuisement, les événements favorisant ainsi que les émotions qui y sont liées.

9. Comment voyez-vous votre avenir professionnel ?
 - 10.1 Avez-vous déjà pensé à réorienter votre carrière professionnelle ? Le pourquoi ?

Objectif : observer les réorientations de carrière éventuelle.

10. Pouvez-vous me parler des compétences/ capacités émotionnelles ?

Objectif : observer la connaissance du concept des compétences/ capacités émotionnelles du personnel infirmier.

11. Avez-vous un sujet que vous souhaiteriez aborder dont nous n'avons pas parlé au cours de cet entretien ?

Je vous remercie pour votre participation.

Annexe 5

De : Nicolas BAPTISTA <nicolas.baptista@slbo.be>

Envoyé : mardi 13 avril 2021 10:02

Objet : TR: Mémoire.

Bonjour à tous,

Nous avons marqué notre accord pour qu'Anne-Françoise, infirmière du chir 3 (covid 7) puisse réaliser ses entretiens exploratoires dans vos services dans le cadre de son mémoire.

Le sujet de son mémoire aborde les émotions des soignants dans leur pratique.

Bien que le contexte covid puisse être un biais dans l'analyse, il est important qu'Anne-Françoise puisse mener à bien son travail.

Dès lors, puis-je vous demander d'accueillir favorablement ses sollicitations ?

Elle devra recueillir le témoignage de 2 infirmières de votre service pendant 30 min environ.

Anne- Françoise revient vers vous,

En vous remerciant,

Bien à vous,

Nicolas.

Nicolas BAPTISTA

Département Infirmier et Paramédical & Services associés

Adjoint à la direction du département -
Responsable du partenariat écoles-hôpital

Annexe 6

Entretien 6

Situation professionnelle : moi j'ai travaillé 5 ans en maison de repos et puis je me suis dites que je n'apprenais plus rien parce que c'était je trouve un peu pas du travail à la chaîne mais oui quoi 10 toilettes le matin les dîners le midi, je me suis dit t'es jeune, t'apprend plus rien ça serait quand même bien de retourner en clinique et donc j'ai postulé ici, évidemment j'ai dit que j'aimais bien la gériatrie parce que je sortais de MR et je pense qu'ils ont sauté sur l'occase et qu'ils se sont dit il y a une place en gériatrie, mais je suis vraiment contente parce que... ben moi je suis ici depuis 2007 donc ça fait 14 ans que je suis en géria maintenant et ça me plaît toujours autant et voilà je suis contente et de fait j'ai appris plein de choses. C'est pas du tout la même chose, ceux qui comparent un service de géria à la MR, pour moi c'est faux, donc je suis vraiment contente, j'apprends plein de choses, je vois plein de choses. J'aime bien les personnes plus âgées, je suis plus à l'aise en fait que si j'avais des jeunes patients.

Pourquoi St Luc : j'avais fait mes stages à St Luc et à Mt Godinne, c'est les deux seuls que je connaissais, mais Godinne c'est bien plus loin de chez moi, c'est une heure, St Luc c'est 25', c'est l'hôpital le plus proche de chez moi en fait.

Tes motivations : ben moi j'adore le travail d'équipe, je ne saurais pas être infirmière indépendante, parce que je n'aime pas travailler toute seule. Ben j'aime bien mon métier, je ne vois pas ce que j'aurais pu faire d'autre, des fois je réfléchis, parce que comme tout le monde il y en a marre, parce que il y a des journées moins bonne que d'autres, mais je ne vois pas ce que j'aurais pu faire d'autre. Aider les gens, j'ai l'impression que je fais quelque chose de bien.

Sentiments ou émotions ou ressentis : j'ai l'impression de faire quelque chose de bien de ma vie.

Satisfaction : Je me sens bien dans ma peau, je me sens bien dans l'équipe, je viens pas du tout travailler avec des pieds de plomb, parce que ça aussi non je viendrais plus euh... je suis heureuse, c'est un métier qui me correspond vraiment, j'ai n'ai encore jamais pensé à changer, c'est vrai que c'est bien parce que quand je vois des collègues... non c'est bien

Insatisfaction : des fois quand il y a trop boulot et qu'on se dit que j'arriverais jamais à tout faire, à terminer à l'heure, à ne pas prendre le temps pour les patients ou alors oui je vais arriver à tout faire mais je cavale, je me mets la pression, ça c'est de l'insatisfaction, oui. Quand je sens que la pression elle monte et que je me dit que je vais pas savoir tout faire parfaitement quoi

Ressenti : là des fois je me dit que l'on ne se rend pas compte tout ce qu'on fait en fait et donc ça oui en fait, je pense que c'est pour tout le monde pareil. Je ressens de la frustration parce que je pense qu'on se rend pas compte que des fois même le médecin il dit ah il faudrait faire ça ou ça, moi je dis oui, oui, oui, je sais pas dire non en plus, parfois en moi-même je me dis j'ai deux mains, deux pieds, cool raoul quoi mais trop tard t'as dit oui..

Stress : moi, je suis quelqu'un de nerveux de toute façon, mais je le gère quand même bien, moi le truc c'est quand je sors d'ici j'ai une passion donc j'arrive à... » Souffle » donc le stress ça va, je n'ai pas l'impression de ... ma passion c'est l'équitation, en fait moi à côté d'ici j'ai une écurie et j'y vais 4 heures par jour, parce que je suis propriétaire de l'écurie. Donc je travaille ici à temps plein et là par exemple je fais soir et ce matin j'ai 4 heures avant de venir à l'écurie donc franchement quand je sors d'ici j'ai autre chose à penser

Tes difficultés au travail : des fois quand... Ben je suis cheffe-adjointe, quand je suis cheffe je dirais que j'ai des difficultés plus parce que je suis proche de certaines et qu'on travaille ensemble depuis des années, que j'ai connu quand j'étais infirmière avant et des fois quand je suis cheffe que je dois remplacer la cheffe, je ne suis pas quelqu'un qui a spécialement de l'autorité donc des fois j'ai des difficultés par rapport à ça mais je ne sais pas si on peut appeler ça une difficulté, je pense qu'elles me connaissent, elles savent comme je suis et je pense que la cheffe sais comme je suis, la direction le savait en m'engageant parce que j'avais été honnête, il m'avait dit quel sera ton défaut : ben moi je prends tout avec humour et je pense que je n'aurais pas beaucoup d'autorité parce que elles vont croire que je le dis en rigolant mais c'est ce qui se passe parce que je dis tout en rigolant même quand c'est un remarque je vais te le dire en rigolant alors que c'est sérieux, tu vois, donc c'est ma difficulté mais c'est un trait de caractère..

Ton avenir professionnel ? ben moi j'ai l'impression que je vais rester ici tout le temps mais malheureusement avec l'âge je pense que c'est plus mon physique qui va me lâcher que mon mental, pour le service de gériatrie je parle parce que je commence à avoir mal au dos tous les jours, parfois je me dis ça m'embête... tu vois ça, ça me rend triste par exemple parce que moi je me plaît dans mon boulot, je n'ai pas envie de changer mais parfois c'est lourd physiquement, donc est-ce que je vais tenir le coup, ce sont des questions que je me pose parfois ben à 41 on a passé le capte des 40.... Rire..... donc voilà ça c'est quelque chose... moi en plus j'ai peur du changement un peu donc je me dis que cela fait des années que je suis en gériatrie et j'ai peur de demander de changer mais j'ose pas le faire maintenant car je me plaît encore mais je me dit peut-être qu'après je serais encore plus dans la routine ici et j'ai encore plus peur de voir autre chose.

Ta fatigue : ça va... des fois je suis fatiguée mais ça va.

Les compétences émotionnelles : moi je dirais l'empathie mais moi ça j'en ai trop d'ailleurs euh... je crois que c'est surtout l'empathie... oh c'est dur..(la question), j'explique brièvement. Moi je pense qu'elles changent avec l'âge aussi, parce que quand j'ai commencé à travailler, j'étais moins sensible que maintenant, et là maintenant je crois que je deviens trop empathique, l'empathie c'est bien mais moi c'est trop si quelqu'un pleure limite je sens que ça monte aussi parce qu'il pleure j'ai l'impression de ressentir ce qu'il ressent et en fait je pense que c'est parce que je vieillis, parce que au début tu vois quand on avait un décès, la famille pleurait j'avais du recul extérieur, je le vivais bien, maintenant quand je vois une fille pleurer et elle fait ooh maman, etc. mes parents vieillissent aussi, je vieillis je me dis olala ça va être mon tour, je dois sortir de la chambre, je sens que ça monte je dois sortir, alors qu'avant j'étais pas comme ça .Donc plus je vieillis plus je deviens émotive, c'est dur à gérer des

fois, des fois j'ai envie de pleurer avec donc il faut que je sorte de la chambre. Et ça elles l'ont constaté mes collègues et elles me disent qu'est-ce qui se passe ? Et je pense que c'est plus on vieillit, plus on se rapproche de... plus on se dit que cela va être à notre tour, j'ai vraiment l'impression que c'est ça, je me mets trop à la place des gens, je me dis que le jour où ça va être mon papa ou ma maman... Qu'avant j'étais jeune, insouciant tu crois que t'as le temps et que ça n'arrive qu'aux autres. Oui plus je vieillis plus je deviens émotive.

