

QUALITÉ DE VIE ET AJUSTEMENT PSYCHO-ÉMOTIONNEL DES PROFESSIONNELS EXERÇANT AU SEIN D'UN SERVICE DE GÉRONTOLOGIE PSYCHIATRIQUE

BURY J (1), VANDER HAEGEN M (2)

RÉSUMÉ : Face à l'absence d'espoir curatif dans la démence, les professionnels de la santé accompagnent au plus près les patients en fin de vie et leurs proches. La sollicitation quotidienne de leurs compétences médicales, techniques, relationnelles ou encore émotionnelles n'est pas sans conséquence sur leur qualité de vie et leur ajustement psycho-émotionnel. L'objectif de l'étude est d'évaluer les conséquences du travail des praticiens exerçant dans un service de gérontologie psychiatrique en Belgique. L'étude est menée sur 20 professionnels occupant un travail régulier dans ce service hospitalier. Les praticiens répondent à plusieurs questionnaires (qualité de vie, symptômes anxiodepresseurs, insomnie, stress, travail émotionnel). Les résultats montrent qu'un état de consonance (ou de congruence) émotionnelle soutient leur qualité de vie et leur ajustement psycho-émotionnel. À l'opposé, un état de dissonance semble contribuer à l'apparition de symptômes tels que de l'anxiété ou de la dépression chez les professionnels de la santé. L'étude met en évidence l'importance de mettre en place des stratégies et des plans nationaux de prévention dans le champ de la gérontologie psychiatrique.

Mots-clés : *Professionnel de la santé - Gérontologie psychiatrique - Qualité de vie - Ajustement psychologique*

QUALITY OF LIFE AND PSYCHO-EMOTIONAL ADJUSTMENT OF PROFESSIONALS WORKING IN A PSYCHIATRIC GERONTOLOGY SERVICE

SUMMARY : Given the lack of hope for a cure of dementia, healthcare professionals provide end-of-life patients and their families with close support. The strain they place on their medical, technical, relational and emotional skills is not without consequences for their quality of life and psycho-emotional adjustment. The aim of this study is to evaluate the consequences of the work of practitioners in a gerontological psychiatric service in Belgium. The study was carried out on 20 professionals working on a regular basis in this hospital department. The practitioners completed several questionnaires (quality of life, stress, emotional work, anxiety-depressive symptoms). The results showed that a state of emotional consonance (or congruence) underpins their quality of life and psycho-emotional adjustment. In contrast, a state of dissonance seems to contribute to the onset of symptoms such as anxiety or depression among healthcare professionals. The study highlights the importance of developing national prevention strategies and plans to detect psychological distress in healthcare professionals working in the field of psychiatric gerontology.

KEYWORDS : *Healthcare professionals - Psychiatric gerontology - Quality of life - Psychological adjustment*

INTRODUCTION

Depuis plusieurs décennies, le monde connaît un effet de déplacement de la pyramide des âges. Le vieillissement de la population implique une augmentation des maladies neurodégénératives. L'avenir de la population âgée et le risque de développer une démence deviennent plus que jamais une question majeure de santé publique (1). La démence est une altération acquise et progressive de plusieurs fonctions cognitives, ayant pour conséquence une perte d'autonomie et l'émergence de troubles du comportement (ex. agitation, déambulation, etc.) (2). L'absence d'espoir curatif dans la démence plonge les personnes atteintes et leur entourage dans un travail de deuil complexe. Tout au long de la maladie, des phases d'aggravation et de stabilisation vont se succéder et imposer aux proches un travail progressif de distanciation.

À l'approche de la fin de vie, l'appauvrissement de la communication et la perte de sens engendrent une souffrance importante chez l'entourage, mais également chez la personne atteinte d'une démence (3).

En raison de ces enjeux relationnels et éthiques, il est primordial d'accorder une prise en charge palliative spécifique aux personnes atteintes d'une démence. Cependant, à l'heure actuelle, l'installation d'une prise en charge palliative auprès de ces patients reste tardive et peu optimale (4). Le pronostic incertain de la maladie, les difficultés communicationnelles, l'augmentation des troubles cognitifs ou les multiples comorbidités chez la personne âgée atteinte de démence sont autant de difficultés qui rendent la prise en charge palliative compliquée (5-6). Lorsque les difficultés deviennent trop importantes, le passage vers une institution hospitalière devient inévitable. Si le besoin de soins palliatifs spécifiques semble, dès lors, relever des unités de soins palliatifs, ces unités refusent régulièrement l'admission de patients ayant un diagnostic de démence (7). Par conséquent, le passage vers des unités spécialisées en gériatrie serait plus fréquent (5).

(1) Étudiante en Psychologie clinique, UCLouvain, Louvain-la-Neuve, Belgique.

(2) Unité RUCHE (Research Unit for a Life-Course perspective on Health and Education), ULiège, Belgique.

Au sein de ces unités spécialisées, la confrontation quotidienne à la maladie, la souffrance et la mort demandent aux professionnels de la santé un travail de régulation émotionnelle qui n'est pas sans conséquence sur leur bien-être psychologique. Le concept de travail émotionnel peut être défini comme «*un processus de gestion et de régulation des affects destiné à exprimer des émotions congruentes avec les prérequis du rôle professionnel ou institutionnel*» (8). Dans le secteur des soins de santé, la question du travail émotionnel demeure peu développée et peu reconnue. Le silence régnant autour des émotions vécues par les soignants entretient l'idée que le travail émotionnel fait naturellement partie du soin (9). Or, la dimension relationnelle, présente dans l'ensemble des professions de soins, implique une charge émotionnelle non négligeable. Lorsque l'investissement émotionnel devient trop important, le risque d'épuisement émotionnel peut augmenter (10).

Ces dernières années (et notamment avec la pandémie de COVID-19), le nombre d'études témoignant du mal-être dans les professions de soins n'a cessé d'augmenter. Tout d'abord, les différents indicateurs de la qualité de vie sont impactés par l'environnement de travail. L'étude Press-Next, réalisée entre 2002 et 2003 en France et dans d'autres pays européens (11), met en évidence une insatisfaction dans la sphère physique, psychologique et relationnelle chez les professionnels de la santé et, plus particulièrement, chez les infirmiers et les aide-soignants. De plus, les professions de soins sont particulièrement confrontées aux risques psychosociaux tels que le stress prolongé et l'épuisement professionnel, mais également aux risques de type anxioc-dépressif (12). Néanmoins, les professionnels exerçant auprès des patients en fin de vie et auprès des patients atteints d'une démence semblent moins exposés à ces risques (13). Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce phénomène. La qualité de la prise en charge, la possibilité de prendre du temps, la réflexion en équipe ou encore la pluridisciplinarité sont autant de facteurs qui favorisent le sentiment d'accomplissement et d'épanouissement professionnel (14).

L'objectif de l'étude était d'explorer le lien entre qualité de vie, travail émotionnel et ajustement psycho-émotionnel chez les professionnels exerçant dans un service de gérontologie psychiatrique, mais également de déterminer les facteurs pouvant contribuer à expliquer leur ajustement psycho-émotionnel et leur qualité de vie.

MÉTHODES

PARTICIPANTS ET PROCÉDURE

Le projet et la procédure furent approuvés par le Comité d'éthique de l'institution hospitalo-facultaire (étude monocentrique) (numéro de dossier : G1-2023-TFE05). Les professionnels de la santé ont signé un consentement éclairé. Le recueil des données par les questionnaires s'est déroulé au sein d'un service de gérontologie psychiatrique, situé dans la région franco-phone de la Belgique, d'avril 2023 à mai 2023. Pour être inclus dans l'étude, les participants étaient des professionnels de la santé exerçant de façon journalière dans le champ de la gériatrie psychiatrique (ex. médecins, psychiatres, infirmiers, etc.).

L'échantillon se compose de 20 professionnels de la santé (17 femmes et 3 hommes) dont 11 professionnels infirmiers ou aide-soignants, 8 professionnels paramédicaux et un professionnel médical. La moitié des participants travaillaient depuis plus de 6 ans au sein du service tandis que 6 professionnels sur 20 y travaillaient depuis moins d'un an. Enfin, 35 % des professionnels interrogés avaient suivi une formation concernant l'accompagnement des patients en fin de vie et 4 participants sur 20 réalisaient entre 1 et 5 accompagnements par mois. Les caractéristiques de l'échantillon sont présentées dans le **Tableau I**.

MESURES

Les participants ont répondu à cinq questionnaires.

QUESTIONNAIRE SUR LA QUALITÉ DE VIE

Le questionnaire de la qualité de vie (WHO-QOL-26) développé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) se compose de 26 items gradués (de 1 : pas du tout à 5 : extrêmement) et évalue la qualité de vie en quatre dimensions : santé physique, santé psychique, relations sociales et environnement. La cohérence interne est excellente (Cronbach $\alpha = 0,872$) (15).

QUESTIONNAIRES SUR L'AJUSTEMENT PSYCHO-ÉMOTIONNEL

Trois questionnaires sont utilisés en vue de mesurer l'ajustement psycho-émotionnel du participant et ce, en termes de symptômes ou de difficultés.

L'échelle d'anxiété et de dépression (HADS) est un questionnaire composé de deux sous-

Tableau I. Données socio-démographiques (N = 20)

Variables	Catégories	Fréquence	%
Sexe	Hommes	3	15 %
	Femmes	17	85 %
Situation professionnelle	Professionnel médical	1	5 %
	Professionnel infirmier/ aide-soignant	11	55 %
Activité dans un autre service	Professionnel paramédical (psychologues, assistants sociaux, kinésithérapeutes, ergothérapeutes et éducateurs)	8	40 %
	Activité uniquement dans le service de gérontologie psychiatrique	11	55 %
Année d'exercice dans le service de gérontologie psychiatrique	Activité dans un autre service en plus de l'activité dans le service de gérontologie psychiatrique	9	45 %
	Moins d'un an	6	30 %
Formation(s) concernant l'accompagnement des patients en fin de vie	Entre 1 et 3 ans	3	15 %
	Entre 3 et 6 ans	1	5 %
Fréquence des accompagnements en fin de vie de patients souffrant d'une composante psychiatrique (démence, dépression, composante psychotique, éthylose.)	Plus de 6 ans	10	50 %
	Suivi d'une ou plusieurs formations(s) concernant l'accompagnement des patients en fin de vie	7	35 %
Formation(s) concernant l'accompagnement des patients en fin de vie	Aucune formation concernant l'accompagnement des patients en fin de vie	13	65 %
	Entre 1 et 5 accompagnements par mois	4	20 %
Fréquence des accompagnements en fin de vie de patients souffrant d'une composante psychiatrique (démence, dépression, composante psychotique, éthylose.)	Entre 1 et 5 accompagnements par an	3	15 %
	Entre 6 et 10 accompagnements par an	5	25 %
Fréquence des accompagnements en fin de vie de patients souffrant d'une composante psychiatrique (démence, dépression, composante psychotique, éthylose.)	Plus de 10 accompagnements par an	5	25 %
	Aucun accompagnement de patients souffrant d'une composante psychiatrique	3	15 %

échelles permettant de mesurer les symptômes anxieux (7 items) et les symptômes dépressifs (7 items). Les items sont gradués de 0 : jamais à 3 : très souvent. Pour chacune des sous-échelles, un score supérieur à 7 suggère la présence de symptômes anxieux et/ou dépressifs. Les deux sous-échelles présentent une bonne cohérence interne (anxiété Cronbach $\alpha = 0,776$; dépression Cronbach $\alpha = 0,823$) (16).

L'*index de sévérité de l'insomnie* (ISI) est un instrument composé de 7 items évaluant l'insomnie. Les items sont gradués de 0 : aucunement à 4 : extrêmement. Un score supérieur à 7 démontre la présence d'insomnie. La cohérence interne est excellente (Cronbach $\alpha = 0,891$) (17).

L'*échelle de perception du stress* (PSS-10) permet de mesurer l'état de stress perçu, la perception de débordement ainsi que le sentiment d'efficacité personnelle. Les 10 items sont gradués de 1 : jamais à 5 : souvent. Lorsque le score est supérieur à 21, il démontre des difficultés dans la gestion du stress. L'échelle présente

une excellente cohérence interne (Cronbach $\alpha = 0,853$) (18).

QUESTIONNAIRE SUR LE TRAVAIL ÉMOTIONNEL

La version modifiée de l'échelle du travail émotionnel (D-QEL modifié) est adaptée au travail émotionnel des soignants face à leurs patients (19). Cet outil permet d'évaluer les différentes formes de travail émotionnel. Composée de 18 items gradués (de 1 : jamais à 5 : toujours), l'échelle mesure le travail en six sous-dimensions :

- 1) la *consonance positive* (ex. réagir naturellement et facilement aux émotions d'un patient),
- 2) la *consonance négative* (ex. exprimer son agacement dans une situation difficile),
- 3) l'*action en surface* (ex. faire semblant d'être de bonne humeur),
- 4) l'*action en profondeur* (ex. se forcer à susciter en soi les émotions à montrer face à un patient),
- 5) l'*effort émotionnel* (ex. jouer un «rôle» lorsque l'on est au travail) et enfin

6) la *demande émotionnelle* (ex. situations émotionnelles difficiles régulières au travail). L'échelle présente une bonne cohérence interne (Cronbach $\alpha = 0,748$).

ANALYSES STATISTIQUES

La saisie et l'analyse des données ont été réalisées à l'aide du logiciel JASP (version 0.17.2). Les statistiques descriptives de base ont été appliquées (moyenne [M] et écart-type [ET]) tant sur certaines variables socio-démographiques que sur les cinq questionnaires. Pour les statistiques inférentielles, des analyses corrélationnelles (Rho de Spearman) ont été conduites. Enfin, des analyses de régression ont été menées afin de déterminer les potentiels prédicteurs impliqués dans la qualité de vie des participants (la méthode «pas à pas» a été utilisée).

RÉSULTATS

STATISTIQUES DESCRIPTIVES DES QUESTIONNAIRES

Concernant la qualité de vie (WHOQOL-26), la moyenne de 101,90 (ET = 10,59) indique une bonne qualité de vie des professionnels. Les résultats aux sous-dimensions indiquent également une satisfaction dans les différentes sphères de la qualité de vie (physique, psychologique, sociale, etc.).

Au regard des résultats sur l'échelle du travail émotionnel (D-QEL modifié), les résultats montrent un état de consonance/congruence émotionnelle positive ($M = 21,30$; ET = 2,85) plus élevé que l'état de congruence émotionnelle négative ($M = 6,80$; ET = 2,85). Ensuite, les résultats montrent une utilisation occasionnelle de la stratégie d'action en surface pour exprimer une émotion (exemple, faire semblant de ressentir les émotions requises par son environnement de travail) ($M = 7,75$; ET = 2,49). Enfin, face aux patients, la stratégie d'action en profondeur semble être moins activée (exemple, réaliser un effort pour ressentir vraiment les émotions à montrer face aux patients) ($M = 3,75$; ET = 1,62).

Concernant l'ajustement psycho-émotionnel des professionnels, les résultats aux échelles HADS (anxiété et dépression), ISI (insomnie) et PSS (stress) montrent que les participants présentent des symptômes anxieux élevés

Tableau II. Analyse descriptive des questionnaires (N = 20)

Questionnaires et Sous-dimensions	Moyenne	Écart-Type
Qualité de vie (WHOQOL-26)	101,90	10,59
Perception globale de la qualité de vie	4,05	0,61
Perception globale de la santé	3,80	0,69
Dimension physique	72,05	11,18
Dimension psychologique	73,85	13,34
Dimension relationnelle	70,05	17,83
Dimension environnementale	77,35	11,53
Symptômes anxieux et dépressifs (HADS)	15,60	5,69
Symptômes anxieux	8,85	3,73
Symptômes dépressifs	6,75	3,23
Index de sévérité de l'insomnie (ISI)	9,30	6,34
Perception du stress (PSS)	28,25	6,21
Travail émotionnel (D-QEL modifié)	45,65	5,49
Consonance positive	21,30	2,85
Consonance négative	6,80	3,62
Action en surface	7,75	2,49
Action en profondeur	3,75	1,62
Effort émotionnel	11,50	3,22
Demande émotionnelle	6,05	2,01

($M = 8,85$; $ET = 3,73$) mais peu de symptômes dépressifs ($M = 6,75$; $ET = 3,23$). De plus, les participants semblent souffrir d'insomnie légère ($M = 9,30$; $ET = 6,34$) et, surtout, perçoivent des difficultés à gérer leur stress ($M = 28,25$; $ET = 6,21$) (Tableau II).

TRAVAIL ÉMOTIONNEL ET CORRÉLATIONS

Des corrélations de Rho de Spearman (rs) entre les questionnaires sont décrites dans le Tableau III. Des corrélations négatives et significatives ont été trouvées entre la qualité de vie et, d'une part, les symptômes dépressifs ($rs = -0,757$; $p < 0,001$), d'autre part, les insomnies ($rs = -0,652$; $p = 0,002$). Ainsi, plus les symptômes dépressifs et d'insomnie augmentent, au moins le niveau de la qualité de vie des professionnels est bon. De plus, on observe une corrélation positive et significative entre la qualité de vie et la consonance/congruence positive ($rs = 0,457$; $p = 0,043$). Ceci suggère donc que l'état

de consonance émotionnelle favorise le niveau de qualité vie de vie chez les participants. Enfin, des corrélations positives et significatives s'observent entre les symptômes d'anxiété et la perception du stress ($rs = 0,641$; $p = 0,002$) ainsi qu'entre les symptômes d'anxiété et les symptômes dépressifs ($rs = 0,507$; $p = 0,023$).

PRÉDICTEURS DU TRAVAIL ÉMOTIONNEL

Deux régressions multiples ont été conduites en vue de déterminer les potentiels prédicteurs de l'ajustement psycho-émotionnel (anxiété et dépression) ainsi que la qualité de vie des professionnels exerçant en gérontologie psychiatrique. Les résultats indiquent que la sévérité des insomnies ($b = 0,298$; $p = 0,027$) ainsi que la perception du stress ($b = 0,568$; $p < 0,001$) contribuent à expliquer l'augmentation des symptômes anxieux et dépressifs ($R^2 = 0,786$). Concernant la qualité de vie, les analyses de

Tableau III. Analyse des corrélations Rho de Spearman (N = 20)

	WHOQOL -26	HADS A	HADS D	ISI	PSS	D-QEL CP	D-QEL CN	D-QEL AS	D-QEL AP	D-QEL EE	D-QEL DE
WHOQOL -26	-										
HADS A	-0,302	-									
HADS D	-0,757**	0,441	-								
ISI	-0,652*	0,144	0,295	-							
PSS	-0,362	0,641*	0,507*	0,123	-						
D-QEL CP	0,457*	0,019	-0,377	-0,042	-0,371	-					
D-QEL CN	-0,043	0,237	0,312	-0,357	0,239	-0,264	-				
D-QEL AS	-0,294	0,230	0,478*	-0,120	0,136	-0,286	0,260	-			
D-QEL AP	-0,084	-0,224	-0,056	0,060	-0,144	-0,237	0,123	0,244	-		
D-QEL EE	-0,215	0,107	0,327	-0,082	0,014	-0,263	0,190	0,900**	0,593*	-	
D-QEL DE	0,105	0,698**	0,233	-0,049	0,323	0,394	0,244	-0,032	-0,375	-0,111	-

Signification : * $p < 5\%$; ** $p < 1\%$.

Tableau IV. Résultats analyse de régressions linéaires multiples (N = 20)

Variable dépendante	R	R ²	R ² Ajusté
Symptômes anxieux et dépressifs (HADS)	0,886	0,729	0,786
Variables indépendantes	B standardisé	t	p
Index de sévérité de l'insomnie (ISI)	0,298	2,447	0,027
Perception du stress (PSS)	0,568	4,441	< 0,001

régression linéaire multiple n'ont montré aucun prédicteur significatif ($p > 0,05$) (Tableau IV).

DISCUSSION

L'étude avait pour objectif d'évaluer les liens entre la qualité de vie, le travail émotionnel et l'ajustement psycho-émotionnel auprès des professionnels exerçant dans un service de gérontologie psychiatrique. Concernant l'ajustement psycho-émotionnel, les résultats montrent la présence de symptômes anxieux, d'insomnies et de difficultés relatives au stress chez les professionnels. Néanmoins, cette tendance se nuance par un score positif de qualité de vie et de ses différentes dimensions. En outre, les dimensions relatives au travail émotionnel montrent une utilisation préférentielle de la congruence positive (exemple, exprimer des émotions authentiques) chez les soignants auprès des patients avec également l'utilisation de l'action en surface (exemple, faire semblant d'être de bonne humeur). L'état de consonance émotionnelle semble d'ailleurs contribuer à une meilleure qualité de vie et à une diminution de la perception de stress pour le soignant. Enfin, le degré d'insomnie et la perception du stress semblent expliquer partiellement l'apparition et l'augmentation des symptômes anxieux et dépressifs.

Dans la littérature, peu d'études se sont penchées sur ce thème. Néanmoins, certains résultats issus d'une étude réalisée par Piperini et coll. au sein d'un service de gérontologie psychiatrique semblent soutenir nos résultats préliminaires (20). Leur étude démontre, notamment, la présence de symptômes anxieux (HADS-a : $M = 7,2$) et de difficultés relatives au stress chez les soignants (PSS : $M = 29,8$). De même, l'étude souligne l'absence de symptômes dépressifs (HADS-d : $M = 6,3$), résultats également observés dans notre étude.

En revanche, de nombreuses études se sont intéressées à l'ajustement psycho-émotionnel des aidants proches des patients atteints d'une démence. Une étude réalisée par Tan et coll. au sein d'un service de gérontologie psychiatrique démontre la présence de symptômes anxieux chez les aidants proches («Generalized Anxiety Disorder-7» ou GAD-7 : $M = 5,41$) (21). L'étude de Proctor et coll. souligne ce même constat (HADS-a : $M = 8,7$) tout comme l'étude de Kor et coll. (HADS-a : $M = 8,68$) (22, 23). Cette dernière étude montre également des difficultés relatives au stress chez les aidants proches (PSS : $M = 28,03$). Enfin, une étude de Jain et

coll. met en évidence des insomnies au sein de cette population (ISI : $M = 13,2$) (24). Malgré des résultats similaires à notre étude, il importe de considérer les différences majeures entre les enjeux de l'aide proche et ceux de l'aide dit formel (soignant).

Nous émettons, cependant, plusieurs limites. Il serait intéressant d'augmenter la taille de l'échantillon et de créer des groupes de professionnels homogènes (profession, sexe, etc.). Il aurait été aussi intéressant de pouvoir comparer nos résultats avec ceux obtenus chez les soignants exerçant dans un service de gérontologie non psychiatrique. De plus, il aurait été pertinent de consolider les résultats par l'inclusion d'autres facteurs (exemple, syndrome d'épuisement professionnel) avec une méthode longitudinale. Les résultats présentés ici sont donc exploratoires. Ils doivent être interprétés avec prudence et ne peuvent être généralisés.

CONCLUSION

Cette étude met en évidence l'importance des attitudes et des compétences psycho-émotionnelles (exemples, empathie, congruence, gestion du stress) qui semblent soutenir la qualité de vie chez les soignants exerçant au sein d'un service de gérontologie psychiatrique. Le développement de ces compétences, notamment à l'œuvre dans la relation soignant-patient, semble également permettre une diminution des symptômes cliniques (anxiété, insomnies) et des signes d'épuisement professionnel.

BIBLIOGRAPHIE

1. Dartigues JF, Helmer C, Letenneur, L. Épidémiologie des démences. *Gerontol Soc* 2001;**24**:75-90.
2. Tison P. Définition, classification, évaluation des démences. Dans : Tison P, éditeur. *Psychologie du vieillissement en 40 notions*. 1^{re} édit. Paris: Dunod; 2023. p207-19.
3. Molland J. Accompagner la personne malade et accepter de la perdre. *Jusqu'à la mort accompagner la vie* 2014;**117**:49-56.
4. Pepersack T. Fin de vie des patients déments : aspects éthiques. *AMUB Soins chez soi* 2010;**45**:3-10.
5. Lopez-Torres F, Lefebvre-Chapiro S, Fétéanu D, Trivalle C. Soins palliatifs et maladie d'Alzheimer. *Rev Med Interne* 2009;**30**:501-7.
6. Kiledjian E. Responsabilité éthique dans une clinique de la perte de soi. *Jusqu'à la mort accompagner la vie* 2014;**117**:5-10.
7. Vautrin F. Faut-il hospitaliser un patient dément dans une unité de soins palliatifs ? *La revue des soins palliatifs en Wallonie* 2010;**07**:34-8.
8. Rascle N, Bergugnat-Janot L, Hue J. Travail émotionnel et burnout : état de la question et actions de prévention, l'exemple des enseignants. Dans : Doudin PA, Curchod-Ruedi D, Lafourcade L, Lafranchise N, éditeurs. *La santé psychoso-*

- ciale des enseignants et des enseignantes. 1^{ère} édit. Québec (CA): Presses de l'Université du Québec; 2011. p137-55.
9. Loriol M. Travail émotionnel et soins infirmiers. *Santé Ment* 2013;**177**:60-3.
 10. Truc H, Alderson M, Thompson M. Le travail émotionnel qui sous-entend les soins infirmiers : Une analyse évolutionnaire de concept. *Rech Soins Infirm* 2009;**97**:34-8.
 11. Estrym-Behar M. La situation des infirmiers. Dans : Estrym-Behar M, directeur. *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*. Rennes: Presses de l'EHESP; 2008. p25-76.
 12. Colombat P, Barruel F, Blanchard F, et al. Syndrome d'épuisement professionnel des soignants. *Oncologie* 2011;**13**:845-63.
 13. Facchini C, Guaita A. Professionnalisme et stress dans une unité spéciale de soin aux malades Alzheimer. Dans Pitaud P, éditeur. *Exclusion, maladie d'Alzheimer et troubles apparentés : le vécu des aidants*. 1^{ère} édit. Toulouse (FR): Erès; 2007. p211-30.
 14. de Bonnières A, Estrym-Behar M, Lassaunière JM. Déterminants de la satisfaction professionnelle des médecins et infirmières de soins palliatifs. *EMC Médecine Palliative* 2010;**9**:167-76.
 15. World Health Organization. WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version, December 1996 [En ligne]. Genève (CH): WHO; juin 2012. [cité le 15 février 2024]. Disponible: <https://www.who.int/publications/item/WHOQOL-BREF>
 16. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;**67**:361-70.
 17. Morin CM. *Insomnia: psychological assessment and management*. 1st édit. New York (US): Guilford Press; 1993.
 18. Cohen S, Karmack T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav* 1983;**24**:385-96.
 19. Närting G, Briët M, Brouwers A. Validation of the Dutch Questionnaire on Emotional La-bor (D-QEL) in nurses and teachers. Dans: Richter P, Peiro JM & Schaufeli WB, éditeurs. *Psychosocial ressources in human services work*. 1^{ère} édit. Munich (GE): Hampp Publish-ers; 2007. p135-45.
 20. Piperini MC, Chaker R, Simonian S, et al. Prévalence et déterminants des risques psycho-sociaux du personnel en hôpital psychiatrique. *Trav Hum* 2021;**84**:1-34.
 21. Tan KP, Ang JK, Koh EBY, et al. Relationship of psychological flexibility and mindfulness to caregiver burden, and depressive and anxiety symptoms in care-givers of people with dementia. *Int J Environ Res Public Health* 2023;**20**:4232.
 22. Proctor R, Martin C, Hewison J. When a little knowledge is a dangerous thing ... : a study of carers' knowledge about dementia, preferred coping style and psychological distress. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002;**17**:1133-9.
 23. Kor PP, Liu JY, Chien WT. Effects of a modified mindfulness-based cognitive therapy for family caregivers of people with dementia: a pilot randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2019;**98**:107-17.
 24. Jain FA, Nazarian N, Lavretsky H. Feasibility of central meditation and imagery therapy for dementia caregivers. *Int J Geriatr Psychiatry* 2014;**29**:870-6.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au
Me Bury J, Psychologie clinique, UCLouvain, Louvain-la-Neuve, Belgique.

Email : Julie.bury@outlook.be