

Fabien Bac

Antonia Csillik

Les ressources psychologiques, facteurs de protection pour les soignant·e·s confronté·e·s à la fin de vie ?

Are psychological resources protective factors for caregivers facing end of life in palliative care settings?

RÉSUMÉ

Le syndrome d'épuisement professionnel, ou burnout, apparaît comme un phénomène majeur de société dans les années 80. Dès l'émergence de ce concept, les professionnel·le·s au contact des malades ont été considérés comme parmi les plus à risque, en particulier celles et ceux confronté·e·s de façon récurrente à la mort de patient·e·s. Si les facteurs précipitant ou favorisant l'épuisement professionnel, le stress et l'anxiété des travailleurs et travailleuses ont été largement étudiés dans la littérature, très peu de travaux, dans un contexte francophone, se sont intéressés aux ressources psychologiques de l'individu pour contenir l'épuisement professionnel. Tel est l'enjeu de cette étude, sur une population de soignant·e·s exposés de façon régulière à la mort de patient·e·s. Des mesures de l'anxiété et de la dépression, du burnout et de quatre ressources psychologiques (disposition à l'attention consciente, intelligence psy-

chologique, sentiment d'efficacité personnelle et optimisme dispositionnel) ont été réalisées auprès de 31 personnels soignants en milieu hospitalier. Parmi les personnes interrogées, 42% étaient infirmiers ou infirmières, 23% aides-soignant·e·s et 19% médecins. De plus, 19% travaillaient en Équipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP), 48% dans un service d'hospitalisation conventionnelle et 29% dans un service d'hospitalisation programmée. Des analyses de régression linéaire multiples ont été menées pour mettre en lien ces différentes variables. Le sentiment d'efficacité personnelle apparaît comme un facteur protecteur contre la dépression ($\beta = -.44$, $p < .01$) et la disposition à l'attention consciente (mindfulness) comme un facteur protecteur contre l'anxiété ($\beta = -.48$, $p < .01$). Le niveau d'insight, une des dimensions de l'intelligence psychologique, apparaît comme un facteur explicatif et protecteur contre une des dimensions de l'épuisement professionnel : la dépersonnalisation (respectivement : $\beta = -.53$, $p < .01$ et $\beta = -.33$, $p < .05$). La disposition à l'attention consciente favorise le sentiment d'accomplissement personnel ($\beta = .47$, $p < .01$). Finalement ces résultats invitent à s'intéresser aux ressources protectrices de la santé mentale de populations soignantes hospitalières, qui pourraient être ainsi cultivées dans une optique de prévention du burnout.

MOTS-CLÉS

Psychologie positive ; Ressources psychologiques ; Soignants ; Soins palliatifs ; Épuisement professionnel ; Dépression.

ABSTRACT

Burnout is a major social phenomenon. Since the emergence of this concept in the 1980s, professionals in contact with patients were considered to be among the most at risk for burnout, especially those who repeatedly confronted patient death. Though antecedents to burnout have been widely studied in the literature, very little work has focused on workers' resilience, the psychological resources internal to the individual that prevent burnout, in a francophone setting. The aim of this study is to investigate resilience in a sample of caregivers regularly exposed to patient death. Anxiety, depression, burnout, and four psychological resources (mindfulness, psychological mindedness, sense of self-efficacy, and dispositional optimism) was measured in 31 hospital caregivers. Among the sample, 42% were nurses, 23% assistant nurses, and 19% doctors. In addition, 19% worked in a palliative care team, 48% in a conventional hospitalization service, and 29% in a scheduled hospitalization service. Multiple linear regression analyzes were conducted to link these different variables. Sense of self-efficacy is a protective factor against depression ($\beta = -0.44$, $p < .01$), and mindfulness a protective factor against anxiety ($\beta = -.48$, $p < .01$). The level of insight, one of the dimensions of psychological mindedness, is an explanatory and protective factor against depersonalization, one of the dimensions of professional burnout (respectively: $\beta = -.53$, $p < .01$; $\beta = -0.33$, $p < .05$). Mindfulness promotes a sense of personal accomplishment ($\beta = .47$, $p < .01$). These results encourage us to cultivate the resilience of hospital healthcare populations in order to prevent burnout.

KEYWORDS

Positive psychology; Psychological resources; Healthcare team; Caregivers; Palliative care; Burnout; Depression.

Depuis une décennie, le syndrome d'épuisement professionnel, ou burnout, est considéré comme un phénomène majeur de société, au point d'être passé dans le langage courant. Dès l'émergence de ce concept, dans les années 80, les professions au contact des malades ont été considérées comme parmi les plus à risque, en témoigne l'abondante littérature en psychologie du travail sur cette population. Christina Maslach, chercheuse ayant le plus contribué dans les années 80 à populariser et pérenniser ce concept en limitait initialement la portée aux professions aidantes, qualifiant ce phénomène de réaction à la charge émotionnelle chronique naissant lorsque l'on s'occupe d'autres personnes. Selon le modèle dominant dans la littérature de Maslach et Leiter (1997, 2011), l'épuisement professionnel est un syndrome à trois dimensions résultant d'un stress cumulatif, associant un épuisement émotionnel, la dépersonnalisation ou la déshumanisation de la relation – le cynisme jouant un rôle central – et la perte du sentiment d'accomplissement personnel avec diminution de la motivation. Dans ce modèle séquentiel, l'épuisement émotionnel constitue la première étape du processus, entraînant ensuite l'apparition réactionnelle d'un processus de déshumanisation. En parallèle, le sentiment d'accomplissement personnel s'éteindrait.

Plusieurs explications ont été avancées par les chercheurs pour expliquer le nombre élevé de burnout dans la population soignante, parmi lesquelles le vécu répété de traumatismes vicariants,

c'est-à-dire découlant de la confrontation à un traumatisme non vécu soi-même mais dont on a entendu le récit ou observé au contact des victimes (Petiau, 2016) et la dissonance émotionnelle inhérente à ce métier, c'est-à-dire le fait, de façon quotidienne, d'avoir à montrer, face aux patients, des émotions différentes de celles ressenties (Disquay & Egado, 2013).

De nombreux travaux ont par ailleurs montré les risques de décompensation dépressive encourus par les soignants, du fait de la très forte charge émotionnelle qu'implique leur métier. En particulier, Machavoine (2015) relie la dépression et l'épuisement professionnel de soignants en oncologie à leur confrontation répétitive à la mort de patients et aux mécanismes d'identification qui l'accompagne.

De plus, de nombreux facteurs d'anxiété inhérents à la situation de travail des soignants, particulièrement en milieu hospitalier, ont été listés dans la littérature (e.g. Shapiro et al., 2007). Parmi ceux-ci, nous trouvons : l'enjeu propre au métier du soin et la responsabilité face à la vie et la santé d'autrui, le nombre élevé de demandes, la difficulté technique croissante des soins, ou encore la variabilité des horaires de travail. L'exposition à la souffrance d'autrui peut également être une source d'anxiété et de souffrance, qualifiée par certains auteurs de souffrance de compassion (Thomas et al., 2012).

Face à ces risques quant à la santé psychique des soignants, il apparaît important d'étudier les ressources psychologiques susceptibles de les en protéger. Les ressources psychologiques constituent des facteurs protecteurs qui facilitent la résistance à l'adversité, ainsi que l'adaptation psychologique dans les situations difficiles de la vie. La littérature

distingue d'une part, les ressources psychologiques, qui sont des facteurs internes, des prédispositions psychologiques que possède une personne et d'autre part, les ressources environnementales extérieures, dont notamment le soutien social. Ces ressources jouent le rôle de facteurs de protection, c'est-à-dire des facteurs qui tentent de réduire l'effet des facteurs stressants et qui permettent à la personne de maintenir ses compétences dans des circonstances difficiles, stressantes et de détresse psychologique (voir Csillik, 2017 pour une synthèse).

Depuis les années 2000, avec notamment l'apparition du modèle JD-R (Job demands-ressources) de Demerouti et al. (2003), on observe dans la littérature un intérêt croissant pour l'étude des ressources susceptibles de prévenir l'épuisement professionnel. Mais l'essentiel des recherches menées en France a adopté une perspective psychosociale (e.g. Haberey-Knuessi, 2011) et se sont concentrées sur les ressources environnementales portées par l'organisation, comme le soutien de la hiérarchie, des collègues, les possibilités d'évolution, etc. A contrario, très peu de travaux ont été menés en France sur les ressources psychologiques, en particulier sur des populations de soignants confrontés à la fin de vie. Tel est l'enjeu principal de cette étude.

Parmi ces ressources psychologiques, les plus citées dans la littérature scientifique (e.g. Csillik, 2017) à l'heure actuelle sont : l'optimisme, l'espoir, l'auto-efficacité, et le sens (meaning), la disposition à l'attention consciente (mindfulness), l'intelligence psychologique (psychological mindedness) et plus récemment la bienveillance envers soi (self-compassion). La plupart de ces ressources sont reconnues comme étant protectrices de la santé mentale, voire

même de la santé physique. Nous avons choisi de nous intéresser en particulier à l'intelligence psychologique (psychological mindedness) et à la disposition à l'attention consciente (mindfulness), qui ont été moins explorées dans la recherche auprès des soignants. L'objectif de cette étude est donc d'étudier, dans un contexte francophone, l'impact de ces deux ressources en lien avec l'optimisme dispositionnel et le sentiment d'efficacité personnelle (self-efficacy).

La disposition à l'attention consciente, ou mindfulness-trait, se réfère à une attention réceptive et à la conscience des événements et expériences présentes, à la fois externes et internes (Brown & Ryan, 2003). Elle se réfère ainsi à la capacité d'une personne à percevoir la situation au moment où elle se présente, telle qu'elle se présente (Csillik & Tafticht, 2012). Être mindful implique donc d'entreprendre un examen précis de tout ce qui se passe, en se délestant de tout préjugé. Cela implique un engagement actif (Baer et al., 2006).

La disposition à l'attention consciente prédit des niveaux moindres de symptômes et de troubles anxieux et dépressifs. Ainsi, Westphal et ses collaborateurs (2015) ont montré, dans une étude sur 50 infirmières employées dans un service d'urgence d'un hôpital à Zurich en Suisse, un lien significatif négatif entre la mindfulness et l'anxiété d'une part ($\beta = -.55$, $p < .01$), et entre la mindfulness et la dépression ($\beta = -.49$, $p < .01$) d'autre part. Plusieurs études se sont centrées sur les processus pouvant expliquer ces liens : ainsi, Kiken & Shook (2012) montrent que les individus ayant des niveaux élevés d'attention consciente présentent moins de risque d'être entraînés dans des spirales cognitives de pensées négatives, les préservant de troubles tels que l'anxiété et la dépression. Pour Harworth et Amb (2017), des

niveaux élevés d'attention consciente aident à diminuer l'impact de la rumination sur la dépression.

Mesmer-Magnus et al. (2017) montrent dans une méta-analyse portant sur l'impact de la disposition à l'attention consciente au travail que la disposition à l'attention consciente est associée à une croyance supérieure en ses capacités à faire face aux contraintes de travail. surtout, ils notent que les salariés ayant un haut niveau de mindfulness ressentent une meilleure satisfaction au travail, résistent mieux aux facteurs de stress, sont moins en proie au burnout, et présentent moins de comportement d'isolement au travail. De même, ils soulignent que la disposition à l'attention consciente interagit avec le stress perçu au travail, lequel d'après Farber (1983) est un facteur prédictif majeur du burnout. Ainsi, en modulant le stress perçu au travail, elle permettrait de réduire le risque de burnout. Plus encore, elle aurait aussi un impact direct sur l'épuisement professionnel, expliquant 12% de variance supplémentaire dans les modèles explicatifs du burnout.

Westphal et al. (2015), dans une étude portant sur un échantillon de 50 infirmières d'un service d'urgence d'un hôpital suisse de Zurich, retrouvent également un lien significatif négatif entre la mindfulness et deux des trois dimensions du burnout conceptualisées par Maslach et Leiter (2011) : le score d'épuisement émotionnel d'une part ($\beta = -.52$, $p < .01$) et le score de dépersonnalisation d'autre part ($\beta = -.37$, $p < .01$).

L'intelligence psychologique, autre ressource importante chez les soignants, susceptible de les protéger face au risque d'épuisement professionnel et face à l'anxiété et à la dépression, est définie par Boylan (2006) comme l'intérêt et la motivation d'accéder à la compréhension psychologique de soi. Elle se

traduit par la capacité et la volonté d'accéder aux sentiments, « d'être ouvert à de nouvelles idées et au changement, de se juger et de se comprendre soi-même, ainsi que les autres, de s'intéresser à la signification et à l'origine d'un comportement, et de croire en les bénéfices de partager ses difficultés avec autrui » (Csillik, 2017, p 40). Son impact sur la relation soignant / soigné a été démontré notamment par Daw & Joseph (2010) qui mettent en évidence que le niveau d'empathie développé par des psychologues envers leurs patients et la qualité de l'alliance thérapeutique sont corrélés à leur niveau d'intelligence psychologique. Plusieurs auteurs, dont Nyklicek & Denollet (2009), ont par ailleurs montré que la conscience de ses propres états internes était associée à un meilleur état de santé mentale. Ces deux auteurs ont développé une échelle spécifique, la BIPM (Balanced Index of Psychological Mindfulness), qui comprend deux sous-échelles, d'intérêt et d'insight. La première reflète l'intérêt porté aux phénomènes internes, et en particulier aux émotions. La seconde, d'insight, reflète principalement la capacité à prendre conscience de ces phénomènes. Ils ont ainsi mis en évidence, sur une population clinique, une corrélation négative entre la dépression et l'intelligence psychologique, et ce à la fois sur l'échelle totale ($\beta = -.22, p < .05$) et sur la sous-échelle d'intérêt ($\beta = -.26, p < .01$).

Chabinska (2016) de son côté a étudié sur une population de 199 soignants hospitaliers le lien entre l'intelligence psychologique et l'épuisement professionnel. Cette étude met en évidence une relation significative entre l'intelligence psychologique et l'accomplissement personnel ($r^2 = .25$). En revanche, il n'y a pas de corrélation significative entre l'intelligence

psychologique et l'épuisement émotionnel d'une part, et entre l'intelligence psychologique et la dépersonnalisation d'autre part.

L'optimisme dispositionnel, concept développé par Carver et Scheier (2005), constitue une autre ressource susceptible d'aider les soignants. L'optimisme est ici conçu comme une variable cognitive qui consiste en une confiance générale en l'obtention de résultats positifs, cette confiance étant fondée sur une estimation rationnelle des probabilités de réussite de la personne, et la confiance en son efficacité personnelle. Cette disposition entraîne une régulation plus active de sa propre vie, et rend plus résilientes les personnes qui en disposent (Cottraux, 2012). Cette ressource psychologique a été associée à la dépression et à l'anxiété de la population générale dans de nombreuses études (voir Thimm et al., 2013 pour la dépression ; Glaesmer et al., 2012 pour l'anxiété). Si aucune étude faisant le lien entre optimisme et dépression chez des soignants n'a pu être identifiée, plusieurs études se sont intéressées au lien entre optimisme et dépression, et entre optimisme et anxiété dans des populations d'aidants. Ruisoto et al. (2019) ont montré un lien fort entre optimisme dispositionnel et anxiété-état d'une part ($\chi^2 = 4.90, p < .001$) et entre optimisme dispositionnel et dépression d'autre part ($\chi^2 = 10.98, p < .001$), sur une population d'aidants familiaux de patients déments. En ce qui concerne les liens entre optimisme et épuisement professionnel du personnel soignant, une étude récente de Chang et Chan (2015) a montré, sur un échantillon de 314 infirmiers d'un hôpital taiwanais, l'association négative importante entre optimisme et burnout, et ce pour les trois dimensions du burnout : l'épuisement émotionnel ($r^2 = -.20$), la dépersonnalisation ($r^2 = -.22$) et la perte du

sentiment d'accomplissement personnel ($r^2 = -.56$). Ces auteurs notent que les optimistes utilisent mieux leurs ressources pour faire face de façon efficace aux facteurs stressants inhérents à leurs métiers.

Le sentiment d'efficacité personnelle, autre ressource psychologique décrite dans la littérature comme susceptible de protéger les soignants, renvoie à l'évaluation par la personne de sa capacité à réussir dans un domaine spécifique. Elle a été définie par Bandura (2002) comme une capacité productrice au sein de laquelle les sous-compétences cognitives, sociales, émotionnelles et comportementales doivent être organisées et harmonisées efficacement pour servir de nombreux buts.

Bandura (1993), dès ses premiers travaux sur le sentiment d'efficacité personnelle, a montré et précisé ses liens avec la dépression : d'une part les personnes ayant tendance à se fixer des objectifs inatteignables tendraient à la fois à éprouver un sentiment d'inefficacité personnelle et à être plus en proie à la dépression. D'autre part le fait de posséder un faible sentiment d'efficacité personnelle quant à la gestion des relations sociales empêcherait le développement de liens sociaux, et nuirait à l'apprentissage de modèles sociaux de gestion des difficultés, ce qui serait un facteur de dépression. Enfin, un faible sentiment d'efficacité personnelle quant à sa capacité à contrôler ses pensées de type rumination, contribuerait également à l'apparition et à la récurrence d'épisodes dépressifs (Bandura et al., 2003).

L'étude de Hai et al. (2016) auprès d'un échantillon d'infirmières de nuit d'un hôpital japonais confirme un lien significatif négatif entre le sentiment d'efficacité personnelle et la dépression et l'anxiété. Au sujet de l'épuisement professionnel, une méta-analyse menée

en 2009 par Alarcon et al. (2009) a par ailleurs montré une relation négative entre le sentiment d'efficacité personnelle et les trois dimensions du burnout : l'épuisement émotionnel ($r^2 = -.20$), la dépersonnalisation ($r^2 = -.21$) et l'accomplissement personnel ($r^2 = .38$). Spécifiquement sur une population de 61 soignants hospitaliers auprès de patients âgés déments au Royaume-Uni, Duffy et al. (2009) mettent en évidence des corrélations très élevées entre l'efficacité personnelle et l'épuisement émotionnel ($r^2 = -.53$), la dépersonnalisation ($r^2 = -.45$) et l'accomplissement personnel ($r^2 = .47$). En outre, l'analyse de régression réalisée dans cette étude a montré le rôle majeur joué par le sentiment d'efficacité personnelle sur la prédiction de l'épuisement professionnel.

Compte tenu de ces éléments de littérature, nous faisons l'hypothèse de recherche suivante : nous nous attendons à ce que les ressources psychologiques des soignants (la disposition à l'attention consciente, l'intelligence psychologique, l'optimisme dispositionnel, le sentiment d'efficacité personnelle) prédisent un plus faible niveau de dépression (H1), un plus faible niveau d'anxiété (H2), et un plus faible niveau de burnout soit un plus faible niveau d'épuisement émotionnel (H3A), de dépersonnalisation (H3B) et d'accomplissement personnel (H3C).

MÉTHODE

1. Participants

La population de l'étude est composée de membres du personnel soignant issu de trois services d'un centre hospitalier général situé dans les Yvelines : une équipe d'hospitalisation programmée, une équipe d'hospitalisation conventionnelle et une équipe mobile de soins de support et de soins palliatifs.

Les deux services d'hospitalisation exercent 60% de leur activité en oncologie et sont, en partie de ce fait, régulièrement confrontés à la fin de vie. L'équipe de soins palliatifs, a quant à elle vocation à accompagner les patients et leurs familles dans les derniers moments de vie.

Les critères d'inclusion comprenaient le fait d'avoir au moins trois mois d'ancienneté dans le service, d'avoir été confronté à la fin de vie d'un patient au cours des six derniers mois, d'avoir une compréhension suffisante de la langue française pour être en mesure de remplir le questionnaire.

L'échantillon comprend 31 personnes comprenant 42% d'infirmières et infirmiers, 22.6% d'aides-soignant-e-s, de 19.4% de médecins, de 9.7% d'autres professions et 6.5% de cadres de santé. En ce qui concerne le service, 29% travaillent en service d'hospitalisation programmée, 48% en hospitalisation conventionnelle et 19% en Équipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP). L'ancienneté moyenne dans le service est de 7.8 ans (ET = 8.1) et l'ancienneté moyenne en milieu hospitalier de 15.4 ans (ET = 11.8). En termes de contrat de travail, 64.5% sont en CDI et 35.5% en CDD. L'âge des répondants se situe entre 22 et 61 ans avec une moyenne de 40.4 ans (ET = 12.1). Il y a également 80.6% de femmes et 19.4% d'hommes. Par ailleurs, 64.5% sont mariés, pacés ou en concubinage, 25.8% célibataires et 9.7% divorcés ou séparés.

2. Procédure

Le recueil de données s'est déroulé du 15 février au 30 mars 2019 : l'étude a été présentée en réunion d'équipe dans chaque service. Le consentement a été recueilli en rappelant aux répondants les conditions dans lesquelles les données ont été recueillies, les objectifs de la recherche et ses modalités ainsi que les

modalités de traitement et de conservation de données.

Ensuite, le personnel ayant accordé son consentement se voyait confier un questionnaire au format papier, non nominatif, qu'il remplissait individuellement le jour-même, sur le lieu de travail. Un espace au sein de chaque service était mis à disposition pour que le soignant puisse s'isoler.

Afin de limiter les biais liés à l'ordre de passation des différentes échelles, un contrebalancement avait été mis en place, avec deux versions de questionnaire.

3. Instruments

Le niveau d'anxiété et de dépression des soignants a été mesuré à l'aide de la Hospital Anxiety and Depression scale (HAD, Zigmond & Snaith, 1983). La version française de cet instrument auto-évaluatif a été validée par Lépine et al. (1985). Sa consistance interne est satisfaisante. Le coefficient alpha de Cronbach varie entre .79 et .90 pour la sous-échelle d'anxiété, et entre .80 et .90 pour la sous-échelle de dépression.

Le Maslach Burnout Inventory (MBI, Maslach & Jackson, 1981) a été utilisé pour évaluer le burnout. Cet instrument auto-évaluatif, traduit et validé en français par Lidvan-Girault (1989) permet d'évaluer l'épuisement professionnel des soignants pour chacune des trois dimensions décrites par Maslach (Maslach & Leiter, 2011). Chacune des sous-échelles fait l'objet d'un score qui lui est propre. La consistance interne des trois échelles est satisfaisante avec des coefficients alpha de Cronbach respectivement de .89, .77 et .74. Il n'y a pas de score global d'épuisement professionnel. Le degré de gravité dépend du nombre de dimensions touchées : faible si une seule dimension est atteinte, moyenne si

deux-tiers des dimensions sont atteintes, et sévère si les trois dimensions sont pathologiques.

La disposition à l'attention consciente a été mesurée avec la Mindful attention awareness scale (MAAS, Brown & Ryan, 2003). Chaque item renvoie à la notion de pilote automatique qui représente l'opposé de la mindfulness. La validation et la traduction française ont été réalisées par Csillik et al. (2010). La consistance interne de cette traduction est très satisfaisante ($\alpha = .82$) et la validité de construit a été confirmée grâce à une analyse factorielle exploratoire puis confirmatoire.

L'optimisme dispositionnel a été mesuré avec le LOT-R (Life Orientation Test- Revised, Scheier et al., 1994). Cette échelle a été mise au point par Scheier et Carver en 1985 puis révisée en 1994. Sa version française a été validée par une équipe canadienne (Trottier et al., 2008) : sa consistance interne est satisfaisante ($\alpha = .76$).

Le sentiment d'efficacité personnelle a été mesuré à l'aide de la General Self-Efficacy Scale (Schwarzer & Jerusalem, 1995). Elle évalue « le degré de confiance d'une personne au regard de sa capacité générale à faire face aux événements difficiles de la vie » (Csillik, 2017, p. 113). Elle permet d'obtenir un score global d'auto-efficacité générale. La version française présente une bonne validité interne ($\alpha = .87$) et une bonne validité convergente et discriminante (Trottier et al., 2008).

L'intelligence psychologique a été évaluée avec le BIPM (Balanced Index of Psychological Mindedness ; Nyklicek & Denollet, 2009). Cet instrument, traduit par Csillik et Gay (2010), comprend deux sous-échelles, d'intérêt et d'insight. La consistance interne de la version d'origine est satisfaisante, avec un coefficient alpha de Cronbach de 0.85 pour la sous-

échelle d'intérêt et de 0.76 pour la sous-échelle d'insight. L'échelle est en cours de validation sur une population française (Csillik, 2017).

En complément une fiche de renseignements sociodémographiques et professionnels a été administrée : demandant la tranche d'âge, le sexe, l'état matrimonial, le service, le métier et le type de contrat ; une question destinée à appréhender la motivation initiale des soignants à exercer leur métier dans un service exposé à la mort de patients était également incluse.

4. Analyse des données

Le logiciel Statistica a été utilisé pour l'ensemble des traitements statistiques. En premier lieu, des statistiques descriptives des principales variables quantitatives de l'étude ont été réalisées. Celles-ci ont permis de comparer les résultats de notre échantillon avec ceux obtenus dans des études antérieures. Dans un second temps, des régressions linéaires multiples basées sur le coefficient de corrélation linéaire de Bravais-Pearson ont été réalisées, l'ensemble des variables explicatives et à expliquer répondant aux conditions d'application des tests paramétriques.

RÉSULTATS

Statistiques descriptives

À l'échelle HAD, la moyenne obtenue est de 4.68 (ET = 3.06) au score de dépression et de 8.19 (ET = 2.87) au score d'anxiété. À titre de comparaison, Lindwall et al. (2014) sur un échantillon de 3 717 salariés suédois travaillant dans le domaine de la santé obtiennent un score légèrement plus faible de dépression, (M = 3.54, ET = 3.26) et un score nettement plus faible d'anxiété (M = 5.61, ET = 4.01).

Au MBI, pour la dimension de l'épuisement émotionnel, le score moyen obtenu est de 16.06 (ET = 8.85), ce qui, d'après les seuils établis par Maslach et Leiter (2011), correspond à un degré faible d'épuisement émotionnel. Pour la dimension de la dépersonnalisation, le score moyen obtenu est de 5.19 (ET = 4.95), ce qui correspond à un degré faible de dépersonnalisation. Pour l'accomplissement personnel, le score moyen obtenu est de 36.84 (ET = 7.67), ce qui correspond à un degré modéré d'accomplissement personnel. En comparaison, une étude de Le Ray-Landrein et al. (2016) sur 129 soignants en unité de soins palliatifs montre des scores plus faibles d'épuisement émotionnel (M = 13.74, ET = 8.48) et de dépersonnalisation (M = 3.43, ET = 3.71). Le score d'accomplissement personnel est en revanche équivalent (M = 36.5, ET = 6.8). In fine, 35.48% de notre échantillon présente un syndrome d'épuisement professionnel, selon le critère retenu par Maslach d'avoir au moins un des trois scores à un niveau pathologique, versus 32.5 % dans l'étude de Le Ray-Landrein et al. (2016).

À l'échelle MAAS la moyenne obtenue est de 4.11 (0.62). Ce résultat est très proche de celui obtenu par Horner et al. (2014) sur un échantillon de 31 infirmiers et infirmières dans un hôpital général américain (4.2) et légèrement plus faible de celui de Westphal et al. (2015) sur un échantillon de 50 infirmières travaillant au sein d'un service d'urgence d'un hôpital de Zurich (M = 4.5, ET = .69).

Le score moyen d'efficacité personnelle de notre échantillon est de 28,87 (4.67), chiffre légèrement inférieur à celui de Luszczynska et al. (2005) sur une population costaricaine de 902 travailleurs (M = 29.68, ET = 5.70).

Pour la disposition à l'optimisme la moyenne est de 11.71 (4.19), chiffre similaire à celui obtenu par Chang et Chan (2015) sur un échantillon de 314 infirmiers et infirmières d'un hôpital taiwanais (M = 11.89, ET = 2.13).

À l'échelle BIPM, la moyenne obtenue est de 18.45 (3.70) à l'échelle d'intérêt, 17.42 (3.85) à l'échelle d'insight et 17.93 (2.72) à l'échelle totale. En comparaison, sur un échantillon en population générale de 545 adultes, Nyklicek et Denollet (2009) dans leur étude princeps obtiennent un chiffre plus faible à l'échelle d'intérêt (M = 17.19, ET = 4.53) mais nettement plus fort à l'échelle d'insight (M = 20.12, ET = 4.49) et proche in fine à l'échelle totale (M = 18.65, ET = 3.88).

En synthèse, notre échantillon, comparativement notamment à des échantillons de soignants issus de la littérature, présente un niveau très supérieur d'anxiété et légèrement supérieur de dépression et d'épuisement professionnel. Le sentiment d'efficacité personnelle moyen semble à un niveau normal. L'optimisme orienté vers le futur et le niveau d'attention consciente paraissent dans la norme pour ce type de population, et le niveau d'intérêt pour le monde interne élevé. En revanche le niveau d'insight paraît faible. Au total, l'intelligence psychologique apparaît inférieure à celle retrouvée dans la population générale.

Analyses de régressions multiples

Tableau 1 : Régressions des variables indépendantes sur les variables dépendantes

Variables Dépendantes	R ² ajusté					β				
	R ₁ ²	R ₂ ²	R ₃ ²	R ₄ ²	R ₅ ²	β_1	β_2	β_3	β_4	β_5
Dépression (1)	0.49									
Anxiété (2)		0.59								
Epuisement émotionnel (3)			0.28							
Dépersonnalisation (4)				0.34						
Accomplissement Personnel (5)					0.35					
Variables Indépendantes:										
Disposition à l'attention consciente (MAAS)						-0.29	-0.48**	-0.2	-0.33	0.47**
Sentiment d'efficacité personnelle (GSES)						-0.44**	-0.23			0.31
Intelligence psychologique : intérêt (BIPM intérêt)								0.42*	-0.22	
Intelligence psychologique : insight (BIPM insight)									-0.53**	
Optimisme dispositionnel (LOTR)						-0.28	-0.26		0.38	

* p < 0,05 ** p < 0,01

Au total, cinq modèles de régression linéaire multiple, utilisant une méthode ascendante hiérarchique pas à pas, ont été réalisées pour tester nos hypothèses. Le tableau 1 présente une synthèse de nos résultats.

Le premier modèle met en lien les différentes ressources psychologiques de notre étude avec le niveau de dépression. Il explique 49% de la variance ($R^2 = .49$). Seul le sentiment d'efficacité personnelle y explique significativement la dépression ($\beta^* = -.44$, $p < .01$). La corrélation est négative. L'hypothèse 1 est donc partiellement vérifiée.

Le second modèle met en lien les ressources avec le niveau d'anxiété. Il explique 59% de la variance ($R^2 = .59$). La disposition à l'attention consciente, mesurée par l'échelle MAAS, y apparaît comme une seule variable explicative significative du niveau d'anxiété, mesuré par la HAD. La corrélation est négative ($\beta^* = -.48$, $p < .01$). L'hypothèse 2 est donc partiellement vérifiée.

Les modèles suivants ont permis de vérifier les liens entre les ressources psychologiques et les trois sous-dimensions du burnout telles que conceptualisées par Maslach.

Ainsi, le troisième modèle, qui met en lien les différentes ressources psychologiques de notre étude avec le niveau d'épuisement émotionnel des soignants, explique 28% de la variance ($R^2 = .28$). La composante « intérêt » de l'intelligence psychologique y apparaît liée de manière significative au score d'épuisement émotionnel ($\beta^* = .42$, $p < .05$) mais, contrairement à ce qui était attendu, la corrélation est positive. Ce point sera repris dans la discussion. L'hypothèse 3A n'est donc pas vérifiée.

Le quatrième modèle met en lien les ressources psychologiques des soignants avec leur niveau de dépersonnalisation. Le modèle obtenu explique 34% de la variance. La composante « insight » de l'intelligence psychologique ($\beta^* = -.53$, $p < .01$) y apparaît comme une variable explicative significative du score de dépersonnalisation, mesuré à l'aide du MBI. La corrélation est négative. L'hypothèse 3B est donc partiellement vérifiée.

Le cinquième modèle, qui met en lien les différentes ressources psychologiques de notre étude avec le niveau d'accomplissement personnel des soignants, explique 34.6% de la variance (R^2

= .35). La disposition à l'attention consciente y apparaît comme la seule variable explicative significative du sentiment d'accomplissement personnel ($\beta^* = .47, p < .01$). La corrélation est négative. L'hypothèse 3C est donc partiellement vérifiée.

DISCUSSION

La recherche avait pour objectif de vérifier si les ressources psychologiques pouvaient être un facteur de protection contre la dépression, l'anxiété et l'épuisement professionnel auprès de soignants hospitaliers confrontés à la fin de vie. Les résultats ont permis de valider partiellement la plupart de nos hypothèses.

En effet le sentiment d'efficacité personnelle apparaît dans notre étude comme un facteur protecteur contre la dépression des soignants confrontés à la fin de vie de patients. Ceci confirme sur notre population les travaux théoriques de Bandura (1993) et l'étude empirique de Hai et al. (2016) menée sur une population japonaise d'infirmières de nuit.

Par ailleurs, le niveau de disposition à l'attention consciente ressort comme un facteur de protection contre l'anxiété trait des soignants. Nous confirmons donc dans un contexte francophone les travaux de Westphal et al. (2015) réalisés sur un échantillon de 50 infirmières d'un service d'urgence d'un hôpital suisse de Zurich. Ainsi, dans cet environnement particulièrement stressant du fait de l'enjeu propre au métier du soin et de la responsabilité face à la vie et à la santé d'autrui, du nombre élevé de demandes, de la difficulté technique croissante des soins ou encore de la variabilité des horaires de travail, la disposition à l'attention consciente, qui représente la capacité à percevoir la situation au moment

où elle se présente, telle qu'elle se présente, serait un facteur majeur de protection contre l'anxiété des soignants.

Par ailleurs, un rôle explicatif des ressources psychologiques a pu être démontré pour deux des trois dimensions de l'épuisement professionnel. En effet en premier lieu, le niveau d'insight, qui est une des dimensions de l'intelligence psychologique, apparaît comme protectrice contre la dépersonnalisation. Ce résultat précise et prolonge les travaux de Chabinska (2016), qui avaient conclu à l'absence de corrélation significative entre la dépersonnalisation et l'intelligence psychologique, prise globalement, sans distinction entre intérêt et insight. In fine, le fait de posséder un fort insight, c'est-à-dire le fait d'être en contact avec ses ressentis intérieurs et notamment ses sentiments, aiderait donc à préserver une bonne relation à l'autre, qu'il s'agisse des patients ou des collègues, sans cynisme, ni détachement ou deshumanisation. Ce résultat est cohérent avec les travaux qui considèrent l'intelligence psychologique comme une compétence sociale participant aux dynamiques et aux interactions sociales et qui montrent que l'intelligence psychologique est associée à un niveau plus élevé d'empathie, tant sur le plan cognitif qu'affectif (Beitel et al., 2005).

D'autre part, la disposition à l'attention consciente apparaît comme un facteur protecteur contre la perte du sentiment d'accomplissement personnel, deuxième dimension de l'épuisement professionnel. Ce résultat est conforme aux conclusions de la méta-analyse de Mesmer-Magnus et al. (2017). Notons toutefois que la disposition à l'attention consciente n'apparaît pas significativement corrélée au sentiment d'efficacité personnelle ($r = .31$). Nous ne retrouvons donc pas le lien, établi par ces auteurs,

entre sentiment d'accomplissement personnel et croyance en ses capacités supérieures à faire face aux contraintes de l'environnement, un des éléments expliquant, selon eux, le lien entre disposition à l'attention consciente et accomplissement personnel. En revanche, nous notons la très forte corrélation, au sein de notre échantillon, entre sentiment d'accomplissement personnel et optimisme dispositionnel ($r = .79$, $p < .05$). Finalement, plus qu'une croyance supérieure en ses capacités à faire face aux contraintes de l'environnement, la disposition à l'attention consciente peut être plutôt reliée ici à une croyance supérieure en la capacité de l'environnement à offrir des opportunités futures.

Par ailleurs, l'étude ne permet pas de montrer le rôle protecteur des ressources psychologiques sur l'épuisement émotionnel, la troisième dimension de l'épuisement professionnel. En effet, bien que l'intelligence psychologique, dans sa dimension d'intérêt porté aux phénomènes internes, les siens comme ceux d'autrui, et en particulier aux émotions, prédise une des dimensions du burnout, l'épuisement émotionnel, elle le fait dans un sens opposé à l'attendu. Loin d'être un facteur de protection, elle serait au contraire un facteur d'épuisement émotionnel auprès des répondants de notre étude. Ce résultat ne va pas dans le sens des travaux de Chabinska (2016) qui avaient montré, sur un échantillon de 199 soignants hospitaliers, l'absence de lien entre intelligence psychologique, prise globalement, et l'épuisement émotionnel. Il semble toutefois compréhensible en considérant les travaux ayant montré un lien entre intelligence psychologique et empathie (e.g. Beitel et al., 2005) et en prenant en compte la spécificité de notre échantillon. Les soignants de notre étude sont en

effet confrontés de façon très récurrente à la fin de vie de patients. Ainsi, on peut supposer que cet aspect de l'intelligence psychologique, qu'est l'intérêt porté au monde interne et en particulier aux émotions, les conduirait à se centrer davantage sur le vécu intérieur des patients et donc à leur souffrance. Cela pourrait générer ce que Thomas et al. (2012) qualifient de souffrance de compassion, impliquant un épuisement émotionnel. Une étude ultérieure pourrait vérifier cette hypothèse en incluant notamment une mesure du niveau d'empathie des soignants.

Malgré ces résultats concluants, plusieurs constats issus de la littérature ne sont pas retrouvés dans notre étude. Par exemple, nous ne pouvons confirmer les résultats des nombreux travaux, menés sur des populations variées (voir la revue systématique de Tomlinson et al., 2018) ayant montré un lien entre *mindfulness* et dépression ou encore ceux de Nyklicek et Denollet (2009) sur le lien entre intelligence psychologique et dépression. Les spécificités de notre échantillon pourraient en partie l'expliquer. En effet comme l'indique Machavoine (2015) dans ses travaux, les troubles dépressifs chez les soignants hospitaliers confrontés à la mort de leurs patients seraient, pour beaucoup d'entre eux, réactionnels et reliés à la confrontation répétitive et traumatique à la mort. Or, Machavoine rappelle la grande fragilisation des défenses des soignants ayant été eux-mêmes confrontés à la mort d'un proche. Compte tenu de l'âge moyen de notre échantillon se situant autour de 40 ans, il n'est pas à exclure qu'une partie non négligeable de l'échantillon ait connu la mort d'un proche, notamment d'un ascendant. Ceci a pu créer une variance résiduelle importante dans nos analyses de régression. Plus généralement, le rapport à la mort des soignants

devra être investigué davantage et mieux contrôlé dans de prochains travaux. En effet, les répondants étaient questionnés quant à leur niveau de motivation à travailler dans un service où la confrontation à la mort de patients était régulière. Or cette variable apparaît fortement et significativement corrélée à la dépression : ceux qui ont déclaré avoir recherché cette situation de travail ont des scores de dépression très faibles à la HAD (1.4) comparativement à ceux qui déclaraient n'avoir pas recherché cette situation et avoir eu une appréhension et un frein important à rejoindre ce type de service (6.75).

De même, l'étude ne permet pas non plus de répliquer sur une population soignante française les résultats obtenus par Westphal et al. (2015) sur un échantillon de 50 infirmières d'un service d'urgence d'un hôpital de Zurich, qui montrent un lien négatif entre niveau de *mindfulness* et niveau d'épuisement émotionnel ni ceux obtenus par Duffy et al. (2009) qui mettent en évidence des corrélations très élevées entre efficacité personnelle et l'épuisement émotionnel sur une population de 61 soignants ($r^2 = -.53$). Si l'impact des différences interculturelles, notamment dans le rapport au travail, ne peut être écarté (Chanlat & Pierre, 2018), une autre explication pourrait tenir au cadre de travail. De façon générale, la littérature sur l'épuisement professionnel (e.g. Zawieja & Guarnieri, 2013) montre que l'épuisement émotionnel apparaît au croisement entre des facteurs individuels de risque ou de protection, et des facteurs institutionnels et collectifs, portés par le cadre de travail. Or, nous constatons au sein de notre échantillon de forts écarts de niveau d'épuisement émotionnel selon les équipes interrogées. Il est quasi inexistant au sein de l'équipe mobile de soins palliatifs (score MBI-SEP : 7,2), modéré

au sein de l'équipe d'hospitalisation programmée (score MBI-SEP : 17.3) et plus élevé dans l'équipe d'hospitalisation conventionnelle (score MBI-SEP : 20.1). Cela suggère un rôle du service d'appartenance dans l'épuisement émotionnel. Malheureusement la taille trop faible des sous-échantillons (< 15) ne nous ont pas permis de faire des analyses par service, ce qui aurait permis de contrôler en partie le poids du contexte organisationnel et de travail, et potentiellement faire ressortir l'aspect explicatif d'autres ressources psychologiques.

En conclusion, nous pouvons noter que diverses prises en charge et approches institutionnelles ont été proposées par les chercheurs et praticiens face à la problématique de l'épuisement professionnel, de la dépression et de l'anxiété du personnel soignant confronté à des situations de travail difficiles, notamment la mort de patients. Ainsi, la mise en place de groupes de parole pérennes a souvent été proposée. Ils permettent une reprise des situations difficiles et potentiellement traumatisantes, notamment les fins de vie pénibles ou les contextes agressifs (Machavoine, 2015). En situation de crise, sont parfois aussi organisés des « groupes de debriefing » ponctuels à l'initiative de l'équipe, animés généralement par un psychologue extérieur au service et qui permettent aux soignants de l'ensemble de l'équipe de s'exprimer par rapport aux difficultés induites par la situation (Colombat et al., 2011). Malgré des résultats parfois positifs, la prévalence de l'épuisement professionnel et de la dépression reste très importante au sein des équipes médicales confrontées à la fin de vie, il est vrai dans un contexte de dégradation générale des conditions de travail pour les soignants hospitaliers. In fine, notre étude invite à s'intéresser à une ap-

proche complémentaire, plus individuelle, bien que pouvant être impulsée et guidée par l'institution sous formes de formations, et plus anticipatrice : celle-ci vise à promouvoir, par le biais d'interventions en psychologie positive, le développement des ressources protectrices de la santé mentale, bien en amont des difficultés, afin de mieux protéger les soignants sur le long terme.

CONFLITS D'INTÉRÊT

Les auteur-e-s ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

BIBLIOGRAPHIE

- Alarcon, G., Eschleman, K. J., & Bowling, N. A. (2009). Relationships between personality variables and burnout: A meta-analysis. *Work & Stress*, 23(3), 244–263. <https://doi.org/10.1080/02678370903282600>
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27–45. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>
- Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, 28(2), 117–148. https://doi.org/10.1207/s15326985ep2802_3
- Bandura, A. (2002). Self-efficacy assessment. In R. Fernandez-Ballesteros (Ed.), *Encyclopedia of*
782. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00567>
- Beitel, M., Ferrer, E., & Cecero, J. J. (2005). Psychological mindedness and awareness of self and others. *Journal of clinical psychology*, 61(6), 739–750. <https://doi.org/10.1002/jclp.20095>
- Boylan MB. (2006) Psychological mindedness as a predictor of treatment outcome with depressed adolescents [thèse de doctorat, University of Pittsburgh].
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 84(4), 822–848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Carver, C.S. & Scheier, M.F. (2005). Optimism. In C.R. Snyder et S.J. Lopez, (Eds.), *Handbook of positive psychology* (1e ed., vol. 1, p. 231-243). Oxford : Oxford University Press
- Chabinska, J. (2016). Burnout, depression and job satisfaction in acute psychiatric and secure
- Chang, Y., & Chan, H. J. (2015). Optimism and proactive coping in relation to burnout among nurses. *Journal of nursing management*, 23(3), 401–408. <https://doi.org/10.1111/jonm.12148>
- Chanlat, J., Pierre, P. (2018). *Le management interculturel: Évolution, tendances et critiques*. Caen, France: EMS Editions. <https://doi.org/10.3917/ems.chanl.2018.01>
- Colombat, P., Altmeyer, A., Rodrigues, M., Barruel, F., Blanchard, P., Fouque-reau, E., & Pronost, A.-M. (2011). Management et souffrance des soignants en oncohématologie. *Psycho-Oncologie*, 5(2), 83–91. doi:10.1007/s11839-011-0319-1

Cottraux, J. (2012). *Psychologie positive et bien-être au travail*. Masson : Elsevier.

Csillik, A. (2017). *Les ressources psychologiques: Apports de la psychologie positive*. Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.csill.2017.01>

Csillik, A., & Tafticht, N. (2012). Les effets de la mindfulness et des interventions psychologiques basées sur la pleine conscience. *Pratiques Psychologiques*, 18(2), 147–159. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2012.02.006>

Csillik, A., Mahr, S., & Meyer, T. (2010). The Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) French

Daw, B., & Joseph, S. (2010). Psychological mindedness and therapist attributes. *Counselling & Psychotherapy Research*, 10(3), 233–236. <https://doi.org/10.1080/14733140903226982>

Demerouti E., Bakker AB., Vardakou I., Kantas A. (2003). The convergent validity of two burnout

depressive symptoms. [communication par affiche]. Red River Psychology Conference, Moorhead, Mn.

Disquay, S., Egido A., (2013). La souffrance émotionnelle des personnels d'intervention: résultats préliminaires de l'étude sur la santé et la qualité de vie au travail dans les métiers du secteur de l'aide et du soin à domicile. *Revista de Psicología*. 9, 51-65

Duffy, B., Oyebode, J. R., & Allen, J. (2009). Burnout among care staff for older adults with dementia: The role of reciprocity, self-efficacy and organizational factors. *Dementia: The International Journal of Social Research and Practice*, 8(4), 515–

541. <https://doi.org/10.1177/1471301209350285>

Farber, B. A. (1983). Introduction: a critical perspective on burnout. In : B. A. Farber (Eds.), *Stress and Burnout in the Human Service Professions* (p. 1-20). New York : Pergamon

Glaesmer, H., Rief, W., Martin, A., Mewes, R., Brähler, E., Zenger, M., & Hinz, A. (2012). Psychometric properties and population-based norms of the Life Orientation Test Revised (LOT-R). *British journal of health psychology*, 17(2), 432–445. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8287.2011.02046.x>

Haberey-Knuessi, V. (2011). Des exigences aux ressources, le modèle de Demerouti au service des soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, 104(1), 23–29. <https://doi.org/10.3917/rsi.104.0023>

Hai Z., Xiaohong L. & Chunmeng L. (2016). Relationship among anxiety, depression, social and self-efficacy in night-shift nurse. *International Medical Journal*. 23, 275-278.

Harworth, J. & Amb, S. (2017). Mindfulness moderates the effect of brooding on

Horner, J. K., Piercy, B. S., Eure, L., & Woodard, E. K. (2014). A pilot study to evaluate mindfulness as a strategy to improve inpatient nurse and patient experiences. *Applied nursing research : ANR*, 27(3), 198–201. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2014.01.003>

instruments: a multitrait-multimethod analysis. *European Journal of Psychological Assessment*, 19, 12-23. <https://doi.org/10.1027//1015-5759.19.1.12>

Kiken, L. G., & Shook, N. J. (2012). Mindfulness and emotional distress: The role

of negatively biased cognition. *Personality and Individual Differences*, 52(3), 329–333. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.10.031>

Lépine, J. P., Godchau, M., Brun, P., & Lempérière, T. (1985). Evaluation de l'anxiété et de la dépression chez des patients hospitalisés dans un service de médecine interne [Evaluation of anxiety and depression among patients hospitalized on an internal medicine service]. *Annales medico-psychologiques*, 143(2), 175–189.

Le Ray-Landrein, F., Gillet, N., Colombat, P., & Dubourg, P. (2016). Le burn-out des soignants travaillant en soins palliatifs. *Psycho-Oncologie*, 10(3), 211–219. doi:10.1007/s11839-016-0586-y

Lidvan-Girault, N. (1989). Burn out : émergence et stratégie d'adaptation. Le cas de la médecine d'urgence [thèse de doctorat, université René Descartes].

Lindwall, M., Gerber, M., Jonsdottir, I. H., Börjesson, M., & Ahlborg, G., (2014). The relationships of change in physical activity with change in depression, anxiety, and burnout: a longitudinal study of Swedish healthcare workers. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 33(11), 1309–1318. <https://doi.org/10.1037/a0034402>

Luszczynska, A., Gutiérrez-Doña, B., & Schwarzer, R. (2005). General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. *International Journal of Psychology*, 40(2), 80–89. <https://doi.org/10.1080/00207590444000041>

Machavoine, J.-L. (2015). L'épuisement professionnel des médecins et des soignants en oncologie. *Psycho-Oncologie*, 9(1), 9–13.

<https://doi.org/10.1007/s11839-015-0497-3>

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99–

113. doi:10.1002/job.4030020205 Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). *The Truth about Burnout: How Organizations Cause Personal Stress and What to do about It*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Maslach, C., Leiter, M. P. (2011). *Burn-out ; le syndrome d'épuisement professionnel*, Paris, Éditions Arenes

mental health settings [thèse de doctorat, University of Edinburgh].

Mesmer-Magnus, J., Manapragada, A., Viswesvaran, C., & Allen, J. W. (2017). Trait mindfulness at work: A meta-analysis of the personal and professional correlates of trait mindfulness. *Human Performance*, 30(2-3), 79–98. <https://doi.org/10.1080/08959285.2017.1307842>

Nyklíček, I., & Denollet, J. (2009). Development and evaluation of the Balanced Index of Psychological Mindedness (BIPM). *Psychological assessment*, 21(1), 32–44. <https://doi.org/10.1037/a0014418>

Petiau, A. (2016). « Ne dites surtout pas que vous êtes médecin » : plaidoyer pour une prise en compte du vécu des soignants. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 57(2), 103–118. <https://doi.org/10.3917/ctf.057.0103>

psychological assessment (Vol. 2, p. 848-853). London: Sage Publications.

Ruisoto, P., Contador, I., Fernández-Calvo, B., Palenzuela, D., & Ramos, F. (2019). Exploring the association between optimism and quality of life among informal caregivers of persons

with dementia. *International Psychogeriatrics*, 31(3), 309-315. doi:10.1017/S104161021800090X

Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4(3), 219–247. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.4.3.219>

Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of personality and social psychology*, 67(6), 1063–1078. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.67.6.1063>

Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. Weinman, S. Wright, et M. Johnston (Eds), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (p. 35-37). Windsor, UK: NFER-NELSON

Shapiro, S. L., Brown, K. W., & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1(2), 105–115. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/1931-3918.1.2.105>

Thimm, J. C., Holte, A., Brennen, T., & Wang, C. E. (2013). Hope and expectancies for future events in depression. *Frontiers in psychology*, 4, 470. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00470>

Thomas, P. & Barruche, G. & Hazit, C. (2012). La souffrance des soignants et fatigue de compassion. *Revue francophone*

de Gériatrie et de Gériatologie, 19, 266-287

Tomlinson, E. R., Yousaf, O., Vittersø, A. D., & Jones, L. (2018). Dispositional Mindfulness and Psychological Health: a Systematic Review. *Mindfulness*, 9(1), 23–43. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0762-6>

Trottier, C., Mageau, G., Trudel, P., & Halliwell, W. R. (2008). Validation de la version canadienne-française du Life Orientation Test-Revised [Validation of the Canadian-French version of Life Orientation Test-Revised]. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 40(4), 238–243. <https://doi.org/10.1037/a0013244>

validation: convergent and divergent validity [communication par affiche] 4th congrès international de la Théorie de l'autodétermination, Gand, Belgique.

Westphal, M., Bingisser, M. B., Feng, T., Wall, M., Blakley, E., Bingisser, R., & Kleim, B. (2015). Protective benefits of mindfulness in emergency room personnel. *Journal of affective disorders*, 175, 79–85. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.038>

Zawieja, P., & Guarnieri, F. (2013). Epuisement professionnel: principales approches conceptuelles, cliniques et psychométriques. Dans P. Zawieja et F. Guarnieri (Eds.), *Epuisement professionnel: approches innovantes et pluridisciplinaires* (p. 11–34). Paris : Armand Colin.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

PRÉSENTATION DES AUTEUR·E·S

Fabien Bac

Laboratoire Clinique Psychanalytique Développement (CLIPSYD), Université Paris Nanterre, France

Psychologue clinicien au sein du service de réanimation médicale de l'hôpital Henri-Mondor (AP-HP), ses recherches couvrent la réhumanisation des prises en charge en soin intensif et la lutte contre l'épuisement professionnel des soignants. Il exerce également en libéral dans les Hauts-de-Seine.

Contact : fabienbac.psy@gmail.com

Antonia Csillik

Laboratoire Clinique Psychanalytique Développement (CLIPSYD), Université Paris Nanterre, France

Maitre de conférences HDR en psychologie clinique, vice-présidente de l'Association Française et Francophone de Psychologie Positive (AFFPP) depuis 2012. Elle étudie les facteurs protecteurs de la santé mentale dont principalement les ressources psychologiques ainsi que l'efficacité des interventions psychologiques dont notamment celles issues de la psychologie positive.

Contact : ascstillik@yahoo.fr

Pour citer cet article :

Bac, F., & Csillik, A. (2020). Les ressources psychologiques, facteurs de protection pour les soignant·e·s confronté·e·s à la fin de vie ? *Sciences & Bonheur*, 5, 44–61.

Le bonheur comme objet d'étude

Sciences & Bonheur (ISSN: 2448-244X) est la première revue scientifique et francophone consacrée au bonheur lancée en 2016. La revue est pluridisciplinaire, démocratique et s'intéresse aux questions liées au bonheur. Francophone, elle invite les chercheurs des différentes zones de la francophonie à se positionner sur le sujet. Pluridisciplinaire, elle accueille des spécialistes venant de toute discipline : psychologie, sociologie, management, anthropologie, histoire, géographie, urbanisme, médecine, mathématiques, sciences de l'éducation, philosophie, etc. S'intéressant au bonheur et aux mesures subjectives, la revue s'attache avant tout à la façon dont les individus perçoivent, ressentent et retranscrivent un environnement, une situation ou un rapport social.

Une revue scientifique gratuite et accessible en ligne

En présentant et discutant différents modèles, elle se veut le lieu de débats constructifs et critiques liés aux sciences du bonheur. Elle offre également une tribune aux investigations liées aux expériences variées de la « bonne vie ». Théorique, empirique mais aussi critique, elle accueille la production de savoirs sur le bonheur dans leurs dimensions épistémologiques, conceptuelles, méthodologiques, ou sémantiques. Mais si la revue considère que le bonheur doit être étudié d'un point de vue scientifique, elle souhaite rendre accessible ses développements aux citoyens et estime qu'étant donné le sujet, l'échange et la diffusion avec la société civile sont essentiels. Contrairement à bon nombre de revues, notamment les revues anglo-saxonnes dédiées au même sujet, elle est entièrement gratuite pour les lecteurs et pour les auteurs afin de permettre une diffusion non fondée sur des critères économiques.

Appel à contributions

Sciences & Bonheur accueille toute contribution, qu'il s'agisse d'une revue de questions, d'une étude empirique ou même de la recension d'un ouvrage en lien avec le bonheur. Chaque contribution fait l'objet de deux évaluations indépendantes par un comité d'experts. Un guide est fourni sur le site internet de la revue pour accompagner le processus de rédaction et de soumission. Les contributions peuvent s'insérer dans un numéro thématique ou d'un numéro varia.

Contact et informations complémentaires

Directeur de la publication : Gaël Brulé (redaction@sciences-et-bonheur.org)

Site de la revue : <https://sciences-et-bonheur.org>