

Institut Limousin de Formation
aux MÉtiers de la Réadaptation
Ergothérapie

Bien-être des professionnels de santé et *mindsets*

Influence des croyances (*mindsets*) relatives aux symptômes des troubles neurocognitifs majeurs sur le bien-être au travail des professionnels de santé.

Mémoire présenté et soutenu par

Margot VERVAEKE

En juin 2024

Mémoire dirigé par

Iouri BERNACHE-ASSOLLANT

Maître de Conférences, STAPS LIMOGES



Remerciements

Je remercie toutes les personnes qui ont contribué à leur façon, de près comme de loin, à la réalisation de ce mémoire.

Plus particulièrement, je tiens à remercier Monsieur Iouri BERNACHE-ASSOLANT, Directeur de ce mémoire, pour ses nombreux conseils, son expertise et enfin sa disponibilité pour nos entretiens si constructifs à en donner des maux de têtes.

J'aimerais remercier Professeur Stéphane MANDIGOUT, pour son accompagnement sans faille dans ce travail qui aura été rendu à temps.

Merci à l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'Institut Limousin de Formations aux METiers de la Réadaptation (ILFOMER), Monsieur Thierry SOMBARDIER, Monsieur Patrick TOFFIN, Madame Émilie BICHON, pour votre accompagnement et votre investissement tout au long de ces trois années d'étude. Merci également à l'équipe administrative, présente pour répondre à la moindre de nos sollicitations.

Je remercie l'ensemble des ergothérapeutes et autres professionnels que j'ai rencontré lors de mes stages pour leur encadrement et la transmission de leurs savoirs. Je remercie également tous les professionnels qui ont répondu au questionnaire de cette étude.

Je remercie,

Mes parents pour m'avoir permis de suivre cette formation ainsi que mes frères et ma sœur juste parce que ce sont mes frères et sœur.

Mes camarades de promotion (nous avons survécu aux semaines de cours les plus denses) ainsi que des autres promotions d'avoir rendu ces années mémorables.

Un merci particulier à Hélo, Luc, Loulou, Yo, MarieLaVraie et Tété (si vous lisez au moins mes remerciements, vous saurez que je vous adore et que vous êtes des rencontres exceptionnelles).

Merci à Miette avec qui je partage la même gestion du temps. Je te remercie pour avoir rendu les sessions mémoires si agréables.

Merci.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Charte anti-plagiat

La Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes du travail social et des auxiliaires médicaux et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention de ces diplômes.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, l'engagement suivant :

Je, soussignée Margot VERVAEKE

atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS NA – site de Limoges et de m'y être conformée.

Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, il ne pourra être cité sans respect des principes de cette charte.

Fait à Limoges, Le vendredi 31 mai 2024

Suivi de la signature.



Article 2 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source » .

Article 3 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 4 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement intérieur de l'établissement de formation. Celles-ci prévoient au moins sa non présentation ou son retrait de présentation aux épreuves certificatives du diplôme préparé.

En application du Code de l'éducation et du Code pénal , il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Vérification de l'anonymat

Mémoire DE Ergothérapeute
Session de juin 2024
Attestation de vérification d'anonymat

Je soussignée Margot VERVAEKE

Étudiante de 3ème année

Atteste avoir vérifié que les informations contenues dans mon mémoire respectent strictement l'anonymat des personnes et que les noms qui y apparaissent sont des pseudonymes (corps de texte et annexes).

Si besoin l'anonymat des lieux a été effectué en concertation avec mon Directeur de mémoire.

Fait à : Limoges

Le : vendredi 31 mai 2024

Signature de l'étudiante

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and lines, positioned below the text 'Signature de l'étudiante'.

Glossaire

Capacités cognitives : Fonctions mentales impliquées dans le traitement d'informations et l'acquisition de connaissances incluant divers processus tels que la mémoire, l'attention, le langage, la perception, le raisonnement, la résolution de problèmes, la prise de décision et les fonctions exécutives.

Maladie d'Alzheimer : Type de trouble neurodégénératif progressif dû à des dépôts de protéines anormales dans le cerveau. Elle se caractérise par la détérioration progressive des capacités cognitives. Les symptômes incluent des pertes de mémoire, des troubles du langage, des difficultés à réaliser des tâches quotidiennes, et des changements de comportement.

Maladie neurodégénérative : Groupe de maladies caractérisées par la dégénérescence progressive et irréversible des cellules nerveuses du cerveau et du système nerveux. Ces maladies entraînent une perte progressive des fonctions cognitives, motrices et/ou comportementales.

Mindset : Terme anglais désignant les croyances d'une personne concernant ses propres capacités et potentialités. Il existe principalement deux types de mindsets :

- **Mindset fixe** : Croyance que les capacités sont innées et immuables.
- **Mindset malléable** : Croyance que les capacités peuvent être développées et améliorées par l'effort et l'apprentissage.

Trouble neurocognitif (TNC) : Dysfonctionnement cérébral affectant les fonctions cognitives, comme la mémoire et la perception. Les troubles neurocognitifs peuvent être légers ou majeurs.

Abréviations

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ESA : Équipe Spécialisée Alzheimer

MND : Maladie neurodégénérative

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

TNC : Troubles Neurocognitifs

Table des matières

Introduction.....	1
Cadre théorique.....	3
1. Troubles neurocognitifs.....	3
1.1. Définition.....	3
1.1.1. Trouble neurocognitif léger.....	3
1.1.2. Trouble neurocognitif majeur.....	3
1.2. Cotation – <i>MMSE</i>	3
1.3. Épidémiologie.....	4
1.4. Facteurs de risques.....	4
1.5. Prise en charge.....	5
1.5.1. Recommandations.....	5
1.5.2. Les différentes structures.....	5
1.5.2.a. Accompagnement à domicile.....	5
1.5.2.b. Structures intermédiaires.....	6
1.5.2.c. Structures d'hébergement.....	6
2. Bien-être au travail des professionnels de santé.....	7
2.1. Contexte.....	7
2.2. Définition du bien-être au travail.....	8
2.3. Impact de la prise en charge des patients atteints de TNC sur le bien-être au travail des professionnels de santé.....	8
3. Croyances implicites : les <i>mindsets</i>	9
3.1. Généralités.....	9
3.2. <i>Mindsets</i> en lien avec les troubles neurocognitifs majeurs – Kunz.....	9
3.3. <i>Mindsets</i> relatifs aux TNC majeurs et le bien-être des professionnels de la santé.....	10
3.4. <i>Mindsets</i> en lien avec l'ergothérapie.....	11
4. Problématique.....	12
4.1. Hypothèses.....	12
4.2. Objectifs.....	13
4.2.1. Objectifs pratiques.....	13
4.2.2. Objectifs scientifiques.....	13
Méthodologie.....	14
1. Protocole.....	14
1.1. Contexte éthique.....	14
1.2. Processus de collecte des données.....	14
2. Population étudiée.....	14
2.1. Les critères d'inclusion.....	14
2.2. Les critères d'exclusion.....	15
3. Outil méthodologique.....	15
3.1. Construction du questionnaire.....	15
3.1.1. Première partie : informations recueillies sur le profil des participants et leur travail.....	15
3.1.2. Deuxième partie : échelles sur la perception des TNC majeurs et le bien-être au travail.....	16
3.1.2.a. Adaptation de l'échelle de Kunz sur les <i>mindsets</i> relatifs aux TNC sévères (Kunz et al., 2020).....	16

3.1.2.b. <i>Sense of Competence Questionnaire</i> de Vernooij-Dassen et al. (1996), version française (M. Vernooij-Dassen et al., 2003).....	16
3.1.2.c. <i>Oldenbourg Burnout Inventory</i> de Demerouti et al. (2003) version française (Chevrier, 2009).....	17
3.1.2.d. Échelle du bien-être affectif – <i>PANAS</i> de Watson et al. (1988) version française (Gaudreau et al., 2006).....	17
3.1.3. Mesure en un seul item de la satisfaction au travail (Tavani et al., 2019).....	17
3.2. Mode de diffusion.....	18
4. Analyse des résultats.....	18
Résultats.....	19
1. Description de la population.....	19
2. Analyses descriptives.....	21
2.1. Validation des échelles.....	21
2.2. Moyennes et écarts-types.....	23
3. Analyses de corrélations.....	23
3.1. Échelle des <i>mindsets</i> relative aux TNC majeurs.....	24
3.2. Variables utilisées pour mesurer le bien-être au travail.....	24
4. Analyses exploratoires.....	25
4.1. <i>Mindset</i> en fonction du lieu d'exercice.....	25
4.2. <i>Mindset</i> des ergothérapeutes.....	26
Discussion.....	27
1. Réponses aux hypothèses.....	27
1.1. Mise en perspective avec les résultats de Kunz et al. (2020).....	27
1.2. Analyses exploratoires.....	28
2. Apport à la pratique des ergothérapeutes.....	29
3. Limites et perspectives.....	30
Conclusion.....	32
Références bibliographiques.....	33
Annexes.....	41

Table des tableaux

Tableau 1: Différentes graduations de la sévérité des troubles neurocognitifs.....	4
Tableau 2: Caractéristiques socio-démographiques des professionnels de santé.....	19
Tableau 3: Professions exercées par les professionnels de santé.....	20
Tableau 4: Fréquence des contacts avec les patients et sévérité de leurs TNC.....	21
Tableau 5: Cohérence interne des échelles.....	22
Tableau 6: Moyennes et écarts-types.....	23
Tableau 7: Corrélations entre les variables.....	24
Tableau 8: Test t pour échantillons indépendants.....	25
Tableau 9: Statistiques descriptives des groupes.....	25
Tableau 10: Test t pour échantillons indépendants.....	26
Tableau 11: Statistiques descriptives des groupes.....	26

Introduction

Actuellement, plus de 55 millions de personnes dans le monde sont atteintes de troubles neurocognitifs s'apparentant à la démence. Cela représente une charge économique mondiale. Ces troubles sont reconnus comme une priorité de santé publique par l'OMS (2023). La France a pris des mesures pour faire face à l'augmentation croissante de personnes atteintes de ces troubles, notamment à travers la mise en place de plans d'action nationaux tels que le Plan Alzheimer 2008-2012 ou plus récemment, la Feuille de route maladies neurodégénératives 2021-2022. Ces mesures tendent à renforcer les effectifs liés à la prise en charge de ces patients.

La prise en charge des patients atteints de troubles neurocognitifs mobilise de nombreux professionnels de santé, que cela soit à domicile comme dans des structures d'hébergement, chacun apporte son expertise spécifique. Cependant, en raison de leurs parcours et expériences individuelles, ces professionnels développent des croyances et attitudes variées à l'égard des troubles neurocognitifs. Ces croyances, pouvant être assimilées au concept des *mindsets* élaboré par C. Dweck, influencent potentiellement leur approche professionnelle et leur bien-être au travail.

L'étude menée par Kunz et al. (2020) en Allemagne est pionnière dans l'exploration de cette relation entre les *mindsets* des professionnels de santé et les troubles neurocognitifs. Les résultats de cette recherche semblent très encourageants pour mieux comprendre les facteurs influençant le bien-être au travail des professionnels de santé dont parmi eux, les ergothérapeutes.

Partant de ces observations, il est apparu nécessaire d'examiner davantage le lien entre les croyances (*mindsets*) des professionnels de santé et leur bien-être au travail, en particulier dans le contexte des troubles neurocognitifs majeurs. Pour ce faire, notre sujet de recherche propose de poursuivre les travaux émergents de Kunz et al. dans le contexte français afin de confirmer, voire, d'étendre leurs résultats. Même si cette étude sollicite des professionnels de santé divers, nous pensons que les résultats obtenus pourront ouvrir des pistes de réflexion pertinentes pour les ergothérapeutes. En outre, le concept des *mindsets* a déjà pu être abordé dans le champ de l'ergothérapie, notamment par S. Leger (2023), dans le cadre de son mémoire de fin d'étude.

En ce qui concerne notre étude, nous avons effectué, dans un premier temps, une présentation des troubles neurocognitifs et leur prise en charge pour comprendre les conséquences sur les personnels soignants en terme de bien-être au travail. Nous avons ensuite exposé le concept des *mindsets* en lien avec ces troubles conjointement à l'étude de Kunz et al. (2020). Puis, au regard du cadre théorique, nous avons formulé une problématique ainsi que des hypothèses et objectifs.

Dans un second temps, nous avons présenté le déroulement de notre étude transversale corrélationnelle. Notre étude se base sur celle menée par Kunz et son équipe. Nous la répliquons dans le contexte français et auprès d'une population élargie. Pour cela, nous avons construit un questionnaire (Annexe I) mesurant les mêmes variables que l'étude allemande, autrement dit le *mindset* relatif aux TNC majeurs et des aspects du bien-être au travail, à l'aide des instruments disponibles dans la littérature.

Dans une dernière partie, une analyse des données obtenues a été effectuée à l'aide des tests statistiques appropriés. Enfin, nous avons proposé une discussion des résultats

obtenus, une mise en perspective à ceux obtenus par l'étude de Kunz et al. et avons proposé une mise en application dans le domaine de l'ergothérapie.

Cadre théorique

1. Troubles neurocognitifs

1.1. Définition

Selon le DSM-V, les troubles neurocognitifs (TNC) sont considérés et classifiés comme des troubles mentaux. Ils représentent un déclin irréversible des capacités cognitives par rapport à un niveau de fonctionnement antérieurement atteint. Les TNC sont acquis, significatifs et évolutifs (American Psychiatric Association, 2013). Ils sont généralement la conséquence de maladies neurodégénératives (MND) comme la maladie d'Alzheimer, la maladie à corps de Lewy, la maladie de Parkinson, la dégénérescence lobaire frontotemporale ou la maladie de Huntington (OMS, 2022). Deux niveaux de sévérité sont définis, les TNC légers et les TNC majeurs.

1.1.1. Trouble neurocognitif léger

Le TNC léger (anciennement rapporté au *trouble cognitif non spécifié* du DSM-IV) est caractérisé par un déclin cognitif plus prononcé que celui attendu pour l'âge, mais qui ne répond pas aux critères d'un TNC majeur. Les personnes atteintes de TNC peuvent présenter des difficultés dans un ou plusieurs domaines cognitifs tels que la mémoire, l'attention, le langage, les fonctions exécutives, l'apprentissage, les activités perceptivomotrices ou la cognition sociale. Ces difficultés n'interfèrent pas avec les capacités d'autonomie nécessaires pour effectuer seul les activités de la vie quotidienne (AVQ). Ces activités nécessitent cependant un plus grand effort, des stratégies compensatoires ou un aménagement pour la personne atteinte de TNC léger (American Psychiatric Association, 2013).

1.1.2. Trouble neurocognitif majeur

Le TNC majeur est un déficit cognitif pour lequel la sévérité du trouble ne permet pas d'effectuer seul les AVQ, induisant une perte d'autonomie. Il est caractérisé par un déclin cognitif significatif par rapport à un niveau antérieur de fonctionnement. Un ou plusieurs domaines cognitifs sont affectés (mémoire, attention, langage, fonctions exécutives, apprentissage, capacités visuo-spatiales ou cognition sociale).

Le terme *TNC majeur* renvoie à l'entité anciennement nommée *démence*. Il se retrouve également sous le terme *TNC sévères*. Cette nomination (*démence*) est encore utilisée pour évoquer les troubles de maladies neurodégénératives, en particulier auprès de la population âgée. Sans forcément faire une distinction dans la sévérité de l'atteinte cognitive (American Psychiatric Association, 2013). Nous emploierons la nouvelle dénomination, *TNC majeur*, au cours de notre étude afin de nous soumettre à la nouvelle nomenclature. De plus, cela nous permettra de ne pas faire de confusion entre les différentes sévérité d'atteintes lorsque nous les évoquerons.

1.2. Cotation – MMSE

Les troubles neurocognitifs peuvent être classifiés selon leur sévérité. En effet, le test le plus utilisé pour dépister les TNC, fournir une évaluation quantitative et consigner les changements cognitifs dans le temps, est le *Mini-Mental State Examination (MMSE)*

développé par Folstein et al. (1975) (Michel & Sambuchi, 2010). Ce test comprend 30 items dont la mesure produit un score total de 30. Le performance cognitive mesurée par le *MMSE* varie selon l'âge et le niveau d'éducation du patient (Crum et al., 1993). Il convient de prendre en compte ces deux variables lors de l'interprétation du score obtenu.

Des scores seuils ont été établis mais ils peuvent légèrement varier d'une littérature à l'autre. Folstein et al. (2001) ont recommandé un niveau d'atteinte estimé à nul lorsque le score est supérieur ou égal à 27 ; léger entre 21 et 26 ; modéré entre 11 et 20 ; sévère lorsque le score est inférieur ou égal à 10. Quant à l'HAS (2018), elle décline les TNC majeurs en différents niveaux d'atteinte : une atteinte légère à un score de 21 à 25 ; modérée entre 16 à 20 ; sévère entre 10 à 15 ; très sévère lorsque le score est inférieur à 10. Enfin, VIDAL (2022) associe un score de *MMSE* supérieur à 25 pour un trouble neurocognitif léger et un trouble neurocognitif majeur lorsque le score se situe égal ou inférieur à 25.

Ces différentes interprétations de score peuvent être résumées dans le tableau ci-dessous :

Tableau 1: Différentes graduations de la sévérité des troubles neurocognitifs

	nul	TNC léger	TNC majeur			
VIDAL		> 25	< 25			
Stade :			léger	modéré	sévère	très sévère
Folstein et al.	30-27		26-21	20-11	< 10	
HAS			25-21	20-16	15-10	< 10

Note : HAS = Haute Autorité de Santé

1.3. Épidémiologie

Selon Santé Publique France, les TNC majeurs, principalement liés à la maladie d'Alzheimer, sont la première cause de perte d'autonomie et d'entrée en institution. Quant aux TNC légers, ils touchent 20 à 40 % des personnes âgées de plus de 65 ans. En 2019, en France, la prévalence des troubles neurocognitifs est estimée à plus d'1,2 millions de personnes dont 2 cas sur 3 seraient dû à une maladie d'Alzheimer. L'atteinte des TNC augmentent avec l'âge jusqu'à toucher 1 personne sur 2 après 90 ans. Néanmoins, il reste difficile d'estimer l'impact exact de ces troubles sur la population, notamment en raison de différences dans le recueil de données et l'évolution des critères diagnostiques. Cependant, il convient de souligner la prévalence élevée et l'augmentation constante de ces troubles. Ainsi, les troubles neurocognitifs constituent un enjeu de santé publique majeur au vu du vieillissement de la population (Carcaillon-Bentata, 2019; Rochoy et al., 2019).

1.4. Facteurs de risques

L'augmentation des atteintes cognitives est associée à l'âge. En effet, le vieillissement constitue un facteur de risque majeur en plus des conditions de vie passées et actuelles (exemple : tabagisme, consommation excessive d'alcool, stimulation cognitive ou l'isolement social). Enfin, le bagage génétique influe également. En outre, la présence de maladies cardiovasculaires, l'hypertension artérielle, le diabète, l'obésité, etc. accentuent les risques de développement de troubles neurocognitifs (Carcaillon-Bentata et al., 2021).

1.5. Prise en charge

1.5.1. Recommandations

Selon la Haute Autorité de Santé, la prise en charge débute dès l'apparition des premiers symptômes. En effet, dans un premier temps, l'entourage repère les premiers signes d'un TNC puis l'évaluation en médecine générale permet d'orienter ou non la personne vers une consultation mémoire. À l'issue de la consultation mémoire, un diagnostic étiologique est établi et les objectifs thérapeutiques de la prise en charge sont définis.

Préserver un niveau d'autonomie et de bien-être de la personne ainsi que préserver l'entourage et sa fonction d'aidant sont deux axes où les professionnels de santé doivent œuvrer. Lorsque le TNC évolue, le suivi médical de la personne doit être adapté jusqu'à dispenser les soins nécessaires aux stades sévères de la maladie. Les soins palliatifs sont alors parfois les types de soins prodigués. Ils peuvent être dispensés au domicile ou en institution (comme les Ehpad ou soins de longue durée) (HAS, 2011, 2018).

1.5.2. Les différentes structures

Suite au diagnostic établi et selon la sévérité de leurs symptômes et leurs besoins spécifiques, les personnes atteintes de TNC peuvent être prises en charge dans différentes structures.

1.5.2.a. Accompagnement à domicile

Les Équipes Spécialisées Alzheimer (ESA) sont mises en place dans le cadre du Plan Alzheimer 2008-12 (mesure n°6) puis le Plan Maladies neurodégénératives 2014-19 (mesure n°22) dans l'objectif d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées ainsi que soutenir leurs proches aidants (Ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2014; Rocher & Lavallart, 2009). Plus largement, elles s'adressent aux patients atteints de troubles neurocognitifs. Ces équipes ont pour but de réduire les symptômes et maintenir voire développer les capacités résiduelles des patients afin de permettre le maintien à domicile. Pour ce faire, elles interviennent au domicile du patient sur 10 à 15 sur une période de 3 mois. Les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) sont les structures porteuses d'ESA.

Les équipes fonctionnent sur une organisation interdisciplinaire fondée sur des compétences pluridisciplinaires. Les professionnels composant les équipes sont :

- infirmier coordinateur (IDEC),
- ergothérapeute et/ou psychomotricien,
- assistants de soins en gérontologie (ASG).

Les patients pris en charge par les ESA sont les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées ayant reçu un diagnostic. L'atteinte de la maladie se situe à un stade **léger ou modéré** car les personnes doivent être en capacité de bénéficier une prise en charge de réhabilitation. En effet, ce mode d'intervention a montré des effets bénéfiques à un stade précoce ou modérément sévère de déficit cognitif. Cette prestation n'est donc pas adaptée à des déficits cognitifs sévères (ARS, 2018).

1.5.2.b. Structures intermédiaires

Les accueils de jour peuvent accueillir pendant la journée des personnes atteintes de troubles neurocognitifs, en général, une à plusieurs journées par semaine. Ils offrent un environnement sécurisé et adapté où les patients peuvent participer à diverses activités sociales, thérapeutiques et de réhabilitation, tout en permettant à leurs proches aidants de prendre du répit. Ces accueils contribuent également à rompre l'isolement. L'encadrement est assuré par différents professionnels de santé comme les infirmiers, aides-soignants, psychologues, ergothérapeutes, etc. L'accueil de jour peut être proposé par des structures autonomes ou par des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) (CNSA, 2024a).

1.5.2.c. Structures d'hébergement

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) accueillent généralement des personnes âgées de plus de 60 ans qui ont besoin de soins et d'aide au quotidien. Ils constituent les principales structures d'hébergement pour les personnes atteintes de troubles neurocognitifs, notamment pour un déficit cognitif **modéré à sévère**. L'accompagnement proposé par ces établissements est global avec des prestations hôtelières, des animations et activités, un accompagnement à la perte d'autonomie et une prise en charge quotidienne des soins médicaux et paramédicaux (CNSA, 2024c).

Une grande majorité des Ehpad propose des services et unités dédiées particulièrement aux personnes atteintes de TNC. En effet, dans le cadre du Plan Alzheimer 2008-12 (mesure n°16), ces unités ont été identifiées et multipliées à l'instar des PASA, unités de vie protégée ou UHR (Rocher & Lavallart, 2009).

- Les PASA

Les pôles d'activités et de soins adaptés (PASA) sont des espaces aménagés au sein des Ehpad. Ils proposent un accompagnement spécifique durant la journée avec des activités individuelles ou collectives dont le programme est élaboré par un ergothérapeute ou un psychomotricien. Les personnes éligibles à rentrer au PASA sont celles atteintes de la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée (plus largement une atteinte neurocognitive), les personnes ayant un trouble du comportement **modéré** et étant autonomes dans leurs déplacements. Ces résidents ne doivent pas remplir les critères d'admissibilité en UHR.

- Les unités de vie protégée

Les unités de vie protégée (UVP) hébergent des personnes atteintes de troubles neurocognitifs du type maladie d'Alzheimer et présentant des troubles **modérés** du comportement telle que la déambulation. L'équipe soignante, spécialement formée, se consacre à l'accompagnement et à la prise en charge de ces troubles.

- Les UHR

Les unités d'hébergement renforcé (UHR) hébergent des résidents présentant des troubles **sévères** du comportement. Les résidents bénéficient de l'hébergement, des soins, des activités sociales et thérapeutiques individuelles ou collectives. Les professionnels intervenant dans l'unité sont médecin, infirmier, ergothérapeute, aide-soignant, assistant de soins en gérontologie, etc. L'architecture de ce lieu, comme l'unité de vie protégée, favorise l'orientation et la déambulation de manière sécurisée (CNSA, 2024b; HAS, 2011, 2018).

En plus des solutions d'hébergement au sein du secteur médico-social, le secteur sanitaire offre également des solutions d'hébergement pour les personnes atteintes de TNC.

- Les UCC

Les unités cognitivo-comportementales (UCC) existent au sein de certains services de soins et de réadaptation (SSR). Elles ont été mises en place suite au Plan Alzheimer 2008-12 (mesure n°17) afin de proposer des structures de soins spécialisées à la prise en charge de personnes atteintes de TNC associés à des troubles du comportement **sévères** (ex : forte agitation, agressivité). Ces unités visent à stabiliser et réduire ces troubles, évaluer, traiter et améliorer les capacités cognitives et fonctionnelles des patients. L'équipe pluridisciplinaire inclut médecins gériatres, psychologues, infirmiers, aides-soignants, ergothérapeutes et/ou psychomotricien (ARS, 2008; Rocher & Lavallart, 2009).

- Les USLD

Les unités de soins de longue durée (USLD) sont des structures de soins et d'hébergement accueillant des personnes n'ayant plus leur autonomie et dont l'état de santé nécessite une surveillance constante. Ces unités sont majoritairement rattachées à un centre hospitalier. Les personnes atteintes de troubles neurocognitifs **sévères** et/ou présentant des comorbidités (ex : maladies chroniques) nécessitant des soins et une surveillance accrue peuvent être admis en USLD. Ces unités disposent d'une équipe pluridisciplinaire et des équipements spécialisés pour une prise en charge globale (CNSA, 2023; HAS, 2011, 2018).

En plus, des diverses structures évoquées précédemment, il en existe encore d'autres pouvant héberger des patients atteints de TNC comme les maisons de retraite non médicalisées, les hospices, unités de soins palliatifs ou encore les services de gériatrie (HAS, 2018).

Il existe une multitude de structures intervenant à domicile ou permettant l'hébergement des personnes atteintes de TNC pour répondre à l'évolution croissante de ces troubles au sein de la population. Afin de répondre à la demande croissante de prise en charge de cette population, de nombreux professionnels de santé sont formés et mettent leurs compétences au profit des patients. Seulement, en plus du manque de professionnels dans le secteur sanitaire et médico-social engendrant une surcharge de travail, exercer auprès d'une population atteinte de TNC peut être exigeant mentalement et physiquement.

2. Bien-être au travail des professionnels de santé

2.1. Contexte

Les soignants sont particulièrement vulnérables au mal-être en raison de leur exposition à de nombreux risques pour leur santé, liés à des conditions de travail de plus en plus exigeantes. Les structures de soins sont des environnements à haut risque, marqués par une confrontation quotidienne à la souffrance, à la maladie et souvent à la mort. L'organisation du travail, la forte demande et la complexité croissante des techniques médicales génèrent une charge mentale élevée pour les soignants, accompagnée parfois d'un sentiment d'impuissance face à l'angoisse des patients et de leurs familles (Laraqui et al., 2017; Paquier & Serrajordia, 2023).

2.2. Définition du bien-être au travail

Le bien-être au travail est un concept multidimensionnel qui nécessite d'être défini afin de mieux le comprendre.

L'OMS défini dans un premier temps, le bien-être comme un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. Elle a ensuite proposé une définition spécifique à la notion de travail : **le bien-être au travail** peut-être défini comme un état de satisfaction et de santé des employés dans leur environnement professionnel. Il inclut la santé physique et mentale, la satisfaction au travail, de bonnes relations interpersonnelles, des conditions de travail favorables et la sécurité de l'emploi. Ce qui améliore la motivation et la productivité des employés (World Health Organization, 2010).

De part son aspect multidimensionnel, le concept de bien-être au travail émerge de différentes composantes notamment dans le champ psychosocial. L'INRS (2021) cite l'intensité et le temps de travail, les affects, l'autonomie, les rapports sociaux, les conflits de valeurs et l'insécurité de la situation de travail. Indéniablement, le concept de bien-être est subséquemment lié à celui de mal-être au travail. Lui-même peut se traduire par des affects négatifs, de l'insatisfaction au travail, le burnout, le stress, etc. Les différents facteurs sous-jacents de ces concepts en permettent la mesure.

2.3. Impact de la prise en charge des patients atteints de TNC sur le bien-être au travail des professionnels de santé

Les différents travaux recensés par l'INRS mettent en exergue les manifestations récurrentes de stress et de burnout chez les professionnels de santé des hôpitaux et des établissements d'hébergement pour personnes âgées. Les femmes sont particulièrement touchées jusqu'à avoir des retentissements sur leurs familles. Le mal-être au travail engendre de l'absentéisme chez les professionnels perturbant l'organisation des établissements. Par conséquent, cela se traduit par une charge croissante pour l'ensemble des effectifs et induit des risques pour les bénéficiaires des soins (Brunetto et al., 2013; Grosjean, 2005). C'est pourquoi, le bien-être au travail affecte de manière générale la performance professionnelle (Judge et al., 2001). Enfin, il a été démontré que les risques pour la santé et le bien-être comme l'anxiété et la dépression sont prégnants dans la prise en charge des TNC majeurs qui est particulièrement exigeante pour les professionnels de santé (Schulz et al., 1995).

Travailler auprès de patients atteints de troubles neurocognitifs fait émerger chez chaque professionnel des sentiments ambivalents. En effet, chacun conçoit ces troubles et vit la confrontation avec la vieillesse, la pathologie, la perte de la raison et la mort de manière différente. Auprès de ces troubles évolutifs, la guérison est rarement voire jamais une finalité. Cela confère au professionnel, une remise en cause constante de sa pratique. Par ailleurs, les satisfactions professionnelles ne se situent pas dans la guérison mais davantage dans l'amélioration et/ou le maintien de l'état de santé du patient (Colin et al., 2003).

La prise en charge des patients atteints de TNC peut avoir un impact sur le bien-être des professionnels de santé. Cependant, de part leur perception de ces troubles, les professionnels peuvent à leur tour influencer leur bien-être au travail.

3. Croyances implicites : les *mindsets*

Les professionnels de santé peuvent avoir des points de vue différents sur les troubles neurocognitifs influençant leurs attitudes et par extension, pouvant affecter leur prise en charge des patients. Ces représentations peuvent être associées aux croyances implicites, les *mindsets*.

3.1. Généralités

Le concept de *mindsets* a été développé par Carol Dweck, chercheuse à l'Université de Stanford (USA) (Dweck & Leggett, 1988). À l'origine, un *mindset* est la « croyance d'une personne à propos d'un de ses attributs ». Selon cette théorie, les gens ont des croyances sur le fonctionnement humain qui affectent leurs jugements, leurs réactions émotionnelles et leur comportement. Ces *mindsets* ou croyances implicites indiquent comment les individus évaluent les attributs humains comme l'intelligence, la mémorisation, l'anxiété ou la dépression. Il existe deux types de *mindsets* : malléable et fixe. Une personne possédant un ***mindset* malléable** perçoit les attributs humains comme dynamiques, malléables et développables. Au contraire, une personne avec un ***mindset* fixe** voit ces caractéristiques davantage comme des entités immuables ou stables (Dweck, 2010; Dweck et al., 1995). Les *mindsets* d'un individu par rapport à un attribut humain ne sont pas immuables, ils peuvent être influencés ou modifiés notamment par des interventions bien conçues (Yeager et al., 2016).

Le concept de *mindsets* s'est vu appliqué dans différents champs. Dans un premier temps, dans le domaine de l'éducation (Dweck & Leggett, 1988; Finez et al., 2022). Puis, le concept s'est vu appliqué dans le domaine de la santé : les *mindsets* concernaient par exemple la perception des individus sur le surpoids, la condition physique, la consommation de tabac, etc. (Burnette et al., 2022). D'autres études ont également constaté des liens entre les *mindsets* et les performances professionnelles (Zingoni & Corey, 2017), la dépression (Ford et al., 2018), ainsi que le bien-être affectif et la satisfaction de vie (King, 2017).

Dans l'ensemble des exemples cités précédemment, il est mis en évidence que les *mindsets* peuvent avoir des effets substantiels sur le fonctionnement humain. Seulement, ils concernent tous les croyances de l'individu par rapport à ses propres attributs. Or, une récente étude allemande (Kunz et al., 2020) a appliqué le concept de *mindset* aux professionnels de santé par rapport aux attributs des patients dont ils ont la charge.

3.2. Mindsets en lien avec les troubles neurocognitifs majeurs – Kunz

Lena K. Kunz et son équipe ont récemment associé le concept de *mindset* à la perception des troubles neurocognitifs majeurs (anciennement appelés *démence*) (Kunz et al., 2020, 2022). Cette approche originale constitue la seule étude à ce jour à traiter des *mindsets* de cette manière. En effet, les chercheurs s'intéressent non pas aux attributs des professionnels de santé mais à ceux des patients dont ces professionnels ont la charge. Ainsi, Kunz et al. étudient les croyances des professionnels de santé à propos des troubles neurocognitifs majeurs dont sont atteints les patients.

La perception des TNC majeurs dépend de comment sont considérés ses symptômes, leur progression et leur impact sur la qualité de vie du patient. Cette perception peut-être mise en relation avec les deux types de *mindsets* évoqués précédemment.

Ainsi, certains professionnels de santé peuvent penser que la progression des TNC majeurs

est inévitable, tout comme ses effets, et que les principales solutions pour les atténuer sont des interventions médicamenteuses. Cette perception s'aligne sur une approche biomédicale des soins (Lyman, 1989). Le **mindset fixe** représente cette façon de penser.

Dans une autre perspective, selon un **mindset malléable**, la vitesse de progression des TNC majeurs et ses effets sur la vie d'une personne et son environnement peuvent être modifiés par les actions des professionnels de santé ou par les ajustements de l'environnement. Par exemple, les professionnels de santé interprètent le comportement problématique des personnes atteintes de TNC majeurs comme un signal indiquant que la personne a des besoins non satisfaits, auxquels il faut tenter de répondre en identifiant ces besoins. Cette perception se conforme à une approche centrée sur la personne (Kitwood, 1997).

Par cette association singulière avec les *mindsets*, Kunz et al. (2020, 2022) proposent de mettre en évidence les différences individuelles possibles dans la façon dont les professionnels de santé perçoivent les TNC majeurs. En outre, cela donne des informations sur le type d'approche employé par les professionnels dans leur prise en charge du patient (approche biomédicale ou centrée sur la personne).

Pour mesurer les différents *mindsets* relatifs aux TNC majeurs des professionnels de santé, Kunz et al. ont créé une échelle – *Dementia Mindset Scale (DMS)* (Annexe II), permettant de déterminer si les professionnels de santé considèrent les TNC sévères (plus exactement, les symptômes) comme fixes ou malléables (Kunz et al., 2020).

Il est important de noter qu'aucun des deux types de *mindset* est à proscrire. Ce sont seulement des façons différentes de percevoir les attributs humains et dans notre contexte, des perceptions différentes des TNC majeurs. Dans les deux cas, les troubles neurocognitifs sont considérées comme progressifs et dégénératifs. Cependant, il convient de souligner qu'un *mindset* relatif aux TNC majeurs de type malléable est à privilégier car il implique une approche centrée sur la personne. Cette approche est celle sur laquelle s'appuient les recommandations actuelles en terme de prises en charge du patient (HAS, 2015) De plus, le *mindset* malléable aurait tendance à être lié au bien-être au travail des professionnels de santé par opposition au *mindset* fixe (Kunz et al., 2020).

3.3. Mindsets relatifs aux TNC majeurs et le bien-être des professionnels de la santé

Les professionnels de santé peuvent percevoir les TNC majeurs différemment, selon un *mindset* fixe ou malléable. Cela influence leurs attitudes et leurs prises en charges des patients et donc la qualité des soins.

En plus d'avoir un impact sur le patient par l'intermédiaire de la qualité des soins, le *mindset* des professionnels de santé peut aussi influencer certaines variables de leur bien-être au travail. L'étude de Kunz et al. (2020) met en avant la valeur prédictive des *mindsets* relatifs aux TNC majeurs en matière de bien-être au travail des professionnels de santé.

En effet, les *mindsets* relatifs aux TNC majeurs ont prédit le désengagement : un *mindset* malléable a prédit négativement le désengagement, tandis que un *mindset* fixe ne l'a pas prédit. Les *mindsets* ont aussi pu prédire les émotions spécifiques à la situation lors d'interactions difficiles avec des patients atteints de TNC majeurs : un *mindset* fixe prédit des niveaux plus élevés d'émotions négatives et des niveaux plus faibles d'émotions positives dans ses situations. Enfin, les croyances implicites ont pu prédire le sentiment de compétence dans le champ des soins aux personnes atteintes de TNC majeurs : un *mindset*

malléable prédit positivement l'auto-évaluation des compétences des professionnels en matière de prise en charge aux personnes atteintes de TNC majeurs.

Ces *mindsets* ont permis de prédire quelques aspects du bien-être au travail sans pour autant avoir une valeur prédictive avec toutes les variables étudiées par Kunz. Il faut noter que l'étude allemande est la seule à s'intéresser aux *mindsets* relatifs aux TNC majeurs et leur lien avec le bien-être au travail des professionnels de santé. En outre, il semble nécessaire d'approfondir et élargir ce sujet de recherche afin d'étayer ou non ces résultats.

3.4. Mindsets en lien avec l'ergothérapie

Le concept de *mindset* peut être mis en relation avec l'ergothérapie. D'une part, il aurait un impact sur le bien-être du professionnels de santé dont les ergothérapeutes, d'autre part, il permettrait d'accroître la qualité de soins des patients. En effet, le *mindset* relatif aux TNC sévères de type malléable induit une vision où le professionnel de santé peut avoir un impact sur la vitesse de progression des symptômes des TNC sévères et ses effets sur la vie du patient, par ses actions et aussi par un ajustement de l'environnement (Kunz et al., 2020). Cette croyance s'apparente à une approche centrée sur le personne (Kunz et al., 2022; Lyman, 1989). Le *mindset* malléable met l'accent sur le potentiel d'action que peut avoir le professionnel pour agir sur la prise en charge de patients atteints de TNC, notamment en agissant sur son environnement. Par ailleurs, l'ergothérapie, accorde un intérêt particulier à l'environnement des patients. En effet, l'ergothérapie fonde sa pratique sur l'interaction de la personne (ici, le patient), ses occupations¹ et son environnement (Morel-Bracq et al., 2012). Cette interaction est mise en évidence par le modèle Personne-Environnement-Occupation (PEO) explicitée par Margot-Cattin dans l'ouvrage référence des modèles conceptuels (Morel-Bracq et al., 2017).

Le modèle PEO de Law et al. (1996) est un modèle général en ergothérapie à la base de nombreux modèles conceptuels tels que le modèle canadien du rendement occupationnel et de la participation (MCRO-P) ou encore le modèle de l'occupation humaine (MOH). Le modèle PEO émerge directement d'une approche centré sur la personne, où le rapport entre la personne et son environnement est un élément essentiel. L'environnement y est défini de manière large où chacune de ses composantes a sa place dans le modèle. Le modèle PEO s'inspire du modèle écologique du développement humain de Bronfenbrenner (1979). Bronfenbrenner fait le constat que le développement est la résultante des interactions réciproques et continues entre un organisme vivant et son contexte environnemental. L'organisme et son environnement s'influencent constamment et mutuellement, chacun s'adaptant en réponse aux changements de l'autre.

L'objectif du modèle PEO est de permettre aux ergothérapeutes un grand champ d'interventions dans des situations sans être limités à intervenir uniquement sur les caractéristiques de la personne. Ils ont aussi l'opportunité d'intervenir sur l'environnement et les occupations de la personne dans le but d'améliorer la performance occupationnelle du patient.

La compréhension du modèle PEO majore l'importance et l'utilité de prendre en compte la personne dans sa globalité, notamment de son environnement. En outre, le

1 En sciences de l'occupation, les occupations représentent ce que fait fait une personne dans son environnement, que ce soient des soins personnels, des loisirs ou des activités de production. (Morel-Bracq, 2009)

mindset malléable relatif aux TNC majeurs se retrouve dans le modèle PEO qui fonde la pratique ergothérapique. En effet, ils accordent tous deux une importance particulière à l'environnement du patient qui peut être un moyen d'intervention pour améliorer la qualité de vie du patient. De plus, ils s'inscrivent dans une approche centrée sur la personne. Il paraît donc judicieux pour la qualité des prises en charges que les ergothérapeutes (en plus des autres professionnels de santé) adoptent un *mindset* malléable qui fait d'autant plus écho aux fondements de leur pratique.

4. Problématique

Les troubles neurocognitifs sont des troubles mentaux acquis, significatifs et évolutifs. Les patients atteints de ces troubles sont pris en charge par divers professionnels de santé. De part leurs différences individuelles, les professionnels de santé ont des croyances et des attitudes divergentes vis à vis des TNC majeurs. Ces croyances peuvent s'apparenter au concept des *mindsets* développé par Dweck et al. (1995). De manière originale, l'étude allemande de Kunz et al. (2020) a mis en relation le concept des *mindsets* avec les TNC majeurs. C'est la première étude à aborder cette relation avec les *mindsets*. Les résultats ont ressorti que les *mindsets* relatifs aux TNC majeurs ont une valeur prédictive de certaines variables du bien-être au travail des professionnels de santé. Par ailleurs, le bien-être au travail des professionnels de santé constitue un facteur de la qualité de soins.

Dans notre étude, nous poursuivons les travaux émergents de Kunz et al. dans le contexte français afin de confirmer voire d'étendre des premiers résultats qui semblent très encourageants pour mieux comprendre les facteurs influençant le bien-être au travail des professionnels de santé dont parmi eux, les ergothérapeutes.

De ce fait, il a émergé la problématique suivante :

Les croyances (*mindsets*) des professionnels de santé relatifs aux symptômes des troubles neurocognitifs majeurs influent-elles leur bien-être au travail ?

4.1. Hypothèses

Au regard de la littérature analysée et notamment de l'article de Kunz et al (2020), nous émettons deux hypothèses générales se déclinant chacune en quatre sous-hypothèses spécifiques.

H1 : Un *mindset* relatif aux TNC majeurs de type malléable est lié positivement au bien-être au travail.

H1a : Un *mindset* malléable relatif aux TNC majeurs est lié positivement à un sentiment de compétence élevé.

H1b : Un *mindset* malléable relatif aux TNC majeurs est lié négativement au burnout.

H1c : Un *mindset* malléable relatif aux TNC majeurs est lié positivement à des émotions positives et lié négativement à des émotions négatives.

H1d : Un *mindset* malléable relatif aux TNC majeurs est lié positivement à la satisfaction au travail.

H2 : Un mindset relatif aux TNC majeurs de type fixe est lié négativement au bien-être au travail.

H2a : Un mindset fixe relatif aux TNC majeurs est lié négativement à un sentiment de compétence élevé.

H2b : Un mindset fixe relatif aux TNC majeurs est lié positivement au burnout.

H2c : Un mindset fixe relatif aux TNC majeurs est lié négativement à des émotions positives et lié positivement à des émotions négatives.

H2d : Un mindset fixe relatif aux TNC majeurs est lié négativement à la satisfaction au travail.

4.2. Objectifs

4.2.1. Objectifs pratiques

- Proposer une première traduction française de la *Dementia Mindset Scale* (Annexe II) de Kunz et al. (2020) mesurant les *mindsets* relatifs aux TNC majeurs.
- Effectuer une étude sur le bien-être au travail des professionnels de santé, exerçant auprès de patients atteints de troubles neurocognitifs, afin de répliquer et d'étendre les résultats obtenus par Kunz et al. (2020) en Allemagne. En effet, nous élargissons l'étude principale en sollicitant des professionnels de santé au niveau national exerçant autant auprès de patients ayant une atteinte sévère de TNC qu'aux patients avec une atteinte plus légère.

4.2.2. Objectifs scientifiques

- Examiner la cohérence interne de la traduction française de la *Dementia Mindset Scale* en la comparant à celle obtenue dans l'article de validation de l'instrument original.
- Examiner les corrélations entre les types de *mindset* et les différentes variables mesurées par notre questionnaire que sont : le sentiment de compétence (H1a, H2a), le burnout (H1b, H2b), le bien-être affectif général (H1c, H2c), la satisfaction au travail (H1d, H2d).
- Examiner de manière exploratoire les *mindsets* des professionnels de santé en fonction de leur lieu d'exercice : ESA ou structure d'hébergement. Ainsi que les *mindsets* des ergothérapeutes par rapport aux autres professionnels de santé.

Méthodologie

1. Protocole

L'objectif de cette étude exploratoire est de répondre à la problématique et aux hypothèses sous-jacentes amenées par le cadre théorique en mettant en place un protocole transversal corrélationnel. Ce travail de fin d'étude va permettre de s'intéresser aux types de *mindsets* des professionnels de santé exerçant auprès de patients atteints de troubles neurocognitifs (TNC) et à leur influence sur leur bien-être au travail. Le *mindset* étudié est relatif aux croyances des professionnels de santé à l'égard des TNC sévères. La méthode de cette étude se base sur celle employée par Kunz et al. (2020) dans leur publication sur le développement et la validation d'une échelle de *mindsets* relatifs aux TNC sévères, la *Dementia Mindset Scale*.

Afin de tester nos hypothèses et répondre à la problématique, nous avons réalisé un questionnaire (Annexe II) en nous appuyant sur des échelles validées utilisées préalablement dans la littérature.

1.1. Contexte éthique

Notre étude, impliquant la participation de sujets humains, se positionne dans la catégorie des recherches non interventionnelles qui ne visent pas à produire de nouvelles connaissances biologiques ou médicales, mais plutôt à explorer des aspects socio-comportementaux dans le domaine de la santé. En tant que recherche en sciences humaines et sociales, notre étude n'est pas soumise à la loi Jardé (Loi n° 2012-300 du 5 mars 2012).

Cependant, il a tout de même été indiqué aux participants que leurs réponses étaient anonymes, confidentielles et seraient utilisées sous formes de données de recherche chiffrées. Leur réponse au questionnaire faisait office de consentement de participation. Les personnes impliquées dans l'étude ont été mentionnées. Les participants n'avaient aucune obligation de participation et pouvaient quitter le questionnaire à tout moment.

1.2. Processus de collecte des données

Les participants ont été interrogés par l'intermédiaire d'un questionnaire (Annexe I) conçu à l'aide du logiciel SphinxOnline version 4.27. L'intégralité des réponses devait se faire numériquement (via smartphone, tablette ou ordinateur) en accédant au questionnaire par un lien internet ou en scannant un QR Code.

2. Population étudiée

2.1. Les critères d'inclusion

L'étude incluait l'ensemble des professionnels de santé exerçant auprès des patients atteints de TNC, quelle que soit la sévérité du trouble. Ils devaient travailler au sein d'une structure d'hébergement telle que l'Ehpad ou l'USLD par exemple. Sinon, ils devaient travailler en ESA. L'étude a sollicité les professionnels de santé au niveau national afin d'augmenter la validité externe des résultats.

2.2. Les critères d'exclusion

L'étude excluait les professionnels de santé n'étant pas en contact avec des patients atteints de TNC. Les professionnels exerçant ni en structure d'hébergement, ni en ESA étaient exclus (exemple : ceux notifiant Centres d'Accueil de Jour). En effet, dans le cadre de notre analyse exploratoire concernant les lieux d'exercice, nous avons déterminé deux catégories distinctes : le domicile en ESA et l'institution avec les structures d'hébergement. Les structures intermédiaires ne faisant pas partie de ces catégories. La combinaison de plusieurs lieux d'exercice ne permettant pas de classer le professionnel de santé dans une unique catégorie citée précédemment était également un critère d'exclusion.

3. Outil méthodologique

3.1. Construction du questionnaire

Le questionnaire (Annexe I) est composé de deux parties avec en amont une page introductive présentant l'étude. La première partie concerne les renseignements sur le professionnel de santé et son poste de travail. Puis, la deuxième partie est composée de 5 échelles de mesures :

- échelle des *mindsets* relatifs aux TNC sévères,
- échelle sur le sentiment de compétence,
- échelle sur le burnout comprenant l'épuisement et le désengagement professionnel,
- échelle sur l'épuisement affectif,
- échelle sur la satisfaction au travail.

Le temps de passation était de 10 minutes en moyenne.

3.1.1. Première partie : informations recueillies sur le profil des participants et leur travail

Le questionnaire (Annexe I) débute par un texte introductif expliquant le but de l'étude et garantissant l'anonymat aux participants. Il a aussi été stipulé qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

L'étude de Kunz et al. (2020) a recueilli des informations sur l'âge, le sexe, l'ancienneté, le temps de travail, la profession des participants ainsi que la fréquence à laquelle ils sont en contact avec les patients atteints de TNC sévères. Sur la base de cette méthodologie, nous avons intégré à notre étude ces questions socio-démographiques ainsi que des questions relatives à l'ancienneté dans la profession et dans le poste. Dans le cadre de notre étude, nous avons aussi interrogé les professionnels de santé sur la sévérité du TNC dont sont atteints la majorité de leurs patients. Puis, en tant que variable contrôle, nous avons demandé si oui ou non, ils étaient au contact de patients atteints de TNC. Enfin, nous leur avons demandé d'indiquer le département où ils travaillent afin de pouvoir identifier les territoires caractérisant notre échantillon.

Les thématiques des questions énoncées ci-dessus sont réparties en deux sections : le profil du professionnel et les informations spécifiques à son poste actuel.

3.1.2. Deuxième partie : échelles sur la perception des TNC majeurs et le bien-être au travail

3.1.2.a. Adaptation de l'échelle de Kunz sur les *mindsets* relatifs aux TNC sévères (Kunz et al., 2020)

Dans la littérature, il n'existe pas d'échelles mesurant les *mindsets* relatifs aux TNC sévères mise à part celle développée et validée par Kunz et al. (2020) (Annexe II). C'est une échelle à deux dimensions corrélées négativement ($r = -0.38$, $p < .01$), une mesurant un *mindset* de type fixe et une mesurant un *mindset* de type malléable (α de Cronbach = 0.77 pour le *mindset* fixe et 0.73 pour le *mindset* malléable). L'échelle est une Likert en 5 points allant de « pas du tout d'accord » (1) à « tout à fait d'accord » (5). Elle est composée de 12 items, 6 items mesurant une conception fixiste (« Les ajustements de l'environnement ne modifieront pas la progression de la démence. » item 4), les 6 autres mesurant une conception malléable (« Être tolérant et compréhensif envers les personnes atteintes de démence leur permet de se sentir à l'aise et d'être elles-mêmes. » item 12).

Nous avons traduit la version anglaise de l'échelle de Kunz et al., la *Dementia Mindset Scale*, en français. Nous pouvons distinguer trois étapes lors de notre traduction :

- Étape 1 : Nous avons rentré l'échelle dans deux logiciels de traduction disponibles gratuitement sur internet (Google traduction et Deepl).
- Étape 2 : Nous l'avons soumise à des professionnels ayant des compétences linguistiques anglophones : un enseignant d'anglais à l'université de Limoges, un coach en entreprise bilingue exerçant à l'étranger, une enseignante en activité physique et adaptée native ayant vécu en Angleterre. Chacun d'entre eux disposait des versions traduites par les logiciels et nous ont fait des propositions avec leurs propres traductions.
- Étape 3 : Avec l'aide d'une ergothérapeute exerçant en ESA, nous avons comparé et sélectionné les traductions nous semblant les plus pertinentes.

Le terme *dementia* de l'échelle initiale a été traduit en français par *démence*. Nous avons choisi de garder ce terme pour désigner les TNC sévères (nouvelle nomenclature) car il est encore majoritairement utilisé. Cependant, nous l'avons spécifié dans le questionnaire afin d'éviter les confusions.

3.1.2.b. *Sense of Competence Questionnaire* de Vernooij-Dassen et al. (1996), version française (M. Vernooij-Dassen et al., 2003)

Initialement, pour mesurer le sentiment de compétence, Kunz et al. avaient utilisé la *Sense of Competence in Dementia Care Staff (SCIDS)* (Schepers et al., 2012). Seulement, sa version française n'existait pas donc nous avons pris le parti de prendre le *Sense of Competence Questionnaire (SCQ)* de Vernooij-Dassen et al. (1996) dans sa version française validée, autrement dit le questionnaire du sentiment de compétence (2003). Par ailleurs, la *SCIDS* employée par Kunz et al. (2020) s'est construite sur la base du *SCQ* donc notre choix reste cohérent.

Nous avons employé les 13 items de la *SCQ* permettant de mesurer le sentiment de satisfaction de soi-même en tant que personne soignante principal. Le terme « la personne âgée » a été remplacé par « les personnes atteintes de démence ». Par exemple : « Vous aimeriez avoir une meilleure relation avec les personnes atteintes de démence », item 3.

C'est une échelle de Likert en 3 points allant de « d'accord » (1) à « pas d'accord » (3). Plus le score obtenu est élevé, plus le sentiment de compétence est élevé.

3.1.2.c. *Oldenbourg Burnout Inventory* de Demerouti et al. (2003) version française (Chevrier, 2009)

Dans son étude, Kunz et al. ont employé l'*Oldenbourg Burnout Inventory (OLBI)* de Demerouti et al. (2003). Nous avons utilisé sa version française adaptée par l'Université du Québec (Chevrier, 2009). L'échelle est composée de 16 items formulés soit négativement, soit positivement. Elle comporte deux sous échelles : l'épuisement en 8 items qui a trait à l'épuisement physique, émotionnel et cognitif résultant de l'exposition aux conditions de travail ; le désengagement en 8 items qui couvre l'attention portée par les participants à leur travail, leur engagement et leur identification à leur travail. L'échelle est de type Likert en 4 points allant de « pas du tout d'accord » (1) à « tout à fait d'accord » (4) pour les formulations négatives et cotée à l'inverse pour les formulations positives (1 = « tout à fait d'accord », 4 = « pas du tout d'accord »). Plus un score élevé est obtenu sur les sous-échelles de l'*OLBI*, plus le participant présente un niveau de burnout élevé.

3.1.2.d. Échelle du bien-être affectif – *PANAS* de Watson et al. (1988) version française (Gaudreau et al., 2006)

Pour mesurer le bien-être affectif général au travail, Kunz et al. ont utilisé la *Job-related Affective Well-being Scale (JAWS)* (Van Katwyk et al., 2000). Cette échelle est constituée de 18 items dont la moitié représente des émotions positives, et la seconde moitié, des émotions négatives. Pour notre étude, nous avons fait le choix d'utiliser la *Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)* de Watson et al. (1988) dans sa version française validée de Gaudreau et al. (2006) car la *JAWS* n'avait pas de version française validée. La *PANAS* s'apparente à la *JAWS* avec 20 items partagés en deux sous-échelles : 10 émotions représentant l'affect négatif et 10 l'affect positif. De plus, la *PANAS* est considéré comme un outil qui mesure l'humeur d'un individu dans un contexte professionnel (Abaidi, 2015).

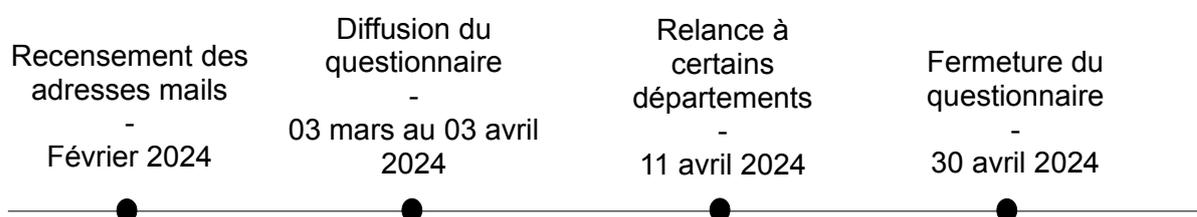
Chaque item est un adjectif correspondant à une émotion et les participants sont amenés à s'auto-évaluer selon une échelle de Likert en 5 points allant de « pas du tout » (1) à « énormément » (5). Ils doivent estimer à quelle fréquence ils ont ressenti cette émotion durant les dernières semaines à leur travail. Plus le score obtenu est élevé sur une sous-échelle, plus le niveau d'affect ressenti est important.

3.1.3. Mesure en un seul item de la satisfaction au travail (Tavani et al., 2019)

Enfin, la dernière variable mesurée est la satisfaction au travail. Pour ce faire, Kunz et al. ont employé le *Job Satisfaction Single Item (JSSI)*. En effet, les propriétés psychométriques de ce type de mesures ont été validées, notamment en français par Tavani et al. (2014, 2019) Ainsi, nous avons questionné les professionnels sur leur satisfaction au travail en reprenant la même temporalité que Kunz avec l'item « Veuillez indiquer votre degré de satisfaction au travail au cours des quatre dernières semaines ». Les réponses étaient une échelle de Likert en 7 points allant de « très insatisfait » (1) à « très satisfait » (7). Plus le score obtenu sur l'échelle est élevé, plus la satisfaction générale au travail de l'individu est élevée.

3.2. Mode de diffusion

Le questionnaire a été envoyé sous forme de lien et de QR Code par mail aux différentes structures concernées par l'étude. Préalablement, l'ensemble des mails d'Ehpad, USLD et ESA de la France métropolitaine et des territoires d'outre-mer ont été recensés par département à l'aide des annuaires disponible sur le site du gouvernement français (Site officiel du Gouvernement, s. d.). L'envoi des mails s'est ensuite effectué sur une période d'un mois car le logiciel de mail employé nous contraignait à 200 envois de mail quotidien. Nous avons donc échelonné nos envois. De plus, de nombreux mails nous revenaient car il fallait vérifier et confirmer la fiabilité de son contenu avant qu'ils parviennent aux établissements. Une relance a été faite pour les départements où aucunes réponses n'ont été recueillies. Le questionnaire était ouvert pendant un mois, du 03 mars au 30 avril 2024, la dernière réponse enregistrée le 26 avril 2024.



4. Analyse des résultats

Afin de réaliser les analyses descriptives et corrélationnelles issues de nos données, nous avons d'abord extrait les données de SphinxOnline dans un tableau Excel. Un travail de recodage des données brutes a été effectué. Puis, nous avons utilisé le logiciel Jamovi (2024) pour les traiter. Les résultats ont été retranscrits sous forme de tableaux.

Résultats

1. Description de la population

Au total, nous avons recueillis 414 réponses au questionnaire. 36 répondants ont été exclus de l'étude : 4 n'étant pas au contact de patients atteints de TNC ; 9 n'exerçaient ni en structure d'hébergement, ni en ESA ou combinaient les deux types d'exercices ne permettant pas leur classification ; 23 de part leur lieu d'exercice ne rentrait pas dans nos critères (ex : exercer en structure dite intermédiaire tel que les accueils de jour). Pour nos analyses, nous avons donc un échantillon final de 378 répondants (N = 378).

Les professionnels de santé proviennent de l'ensemble du territoire français, métropole et régions d'outre-mer. Certains départements ont un effectif de 0 % de réponses, l'invalidité des adresses mails trouvées peut être en cause. La Charente-Maritime, la Creuse, le Finistère, la Haute-Marne et les Deux-Sèvres sont les départements ayant fourni le taux de réponses le plus important, représentant chacun plus de 4 % de l'effectif des répondants (Annexe III).

Tableau 2: Caractéristiques socio-démographiques des professionnels de santé

Variable	Moyenne	Écart-type	Intervalle
Âge	38,72	11,26	18-66
Ancienneté (en année)			
Profession	12,02	9,85	0,17-42
Poste	6,4	6	0,08-37
	N	Pourcentages	
Sexe			
Femme	348	92,06 %	
Homme	28	7,41 %	
Autre	2	0,53 %	
Structure			
Hébergement	239	63,23 %	
ESA	139	36,77 %	
Temps de travail			
Temps plein	261	69,05 %	
Temps partiel	117	30,95 %	

Remarque : La catégorie Hébergement comprend majoritairement les Ehpad et les USLD ainsi que d'autres structures d'hébergement.

L'échantillon de professionnels de santé est principalement composé de femmes, âgé de 38 ans en moyenne. Près de 7 professionnels sur 10 travaillent à temps plein. Les professionnels exerçant en ESA représentent environ un tiers de notre échantillon. Cette dernière donnée n'est pas représentative de la réalité car il y a nettement plus de professionnels de santé en structure d'hébergement qu'en ESA.

Tableau 3: Professions exercées par les professionnels de santé

Variable	N	Pourcentages
Profession		
Aide-soignant	48	12,70 %
ASG	51	13,49 %
ASH	4	1,06 %
Infirmier	31	8,20 %
Infirmier coordinateur	25	6,61 %
Ergothérapeute	123	32,54 %
Psychomotricien	25	25,00 %
Psychologue	25	25,00 %
Médecin	5	1,32 %
Autre :	41	10,85 %
Cadre	9	2,38 %
Kinésithérapeute	6	1,59 %
EAPA	4	1,06 %
Orthophoniste	4	1,06 %
Agent service technique	3	0,79 %
Direction	3	0,79 %
Infirmier en PA	2	0,53 %
Autres	8	2,12 %

Notes : ASG = Assistant de soins en gérontologie ; ASH = Agent de services hospitaliers ; EAPA = Enseignant en activité physique et adapté ; PA = pratiques avancées. La catégorie Autres comprends d'autres professions ayant eu une récurrence inférieure à 2 dans le questionnaire.

Les professionnels de santé ayant répondu au questionnaire sont assez hétérogènes avec un proportion d'ergothérapeutes nettement marquée. Les ergothérapeutes représentent environ un tiers des répondants.

Tableau 4: Fréquence des contacts avec les patients et sévérité de leurs TNC

Variable	N	Pourcentages
Fréquence des contacts avec les patients atteints de troubles neurocognitifs		
Moins d'une fois par semaine	6	1,59 %
Une fois par semaine	14	3,70 %
Plusieurs fois par semaine	198	52,38 %
Une fois par heure	41	10,85 %
Plusieurs fois par heure	119	31,48 %
Sévérité des troubles dont sont atteints les patients		
Légère	11	2,91 %
Modérée	213	56,35 %
Sévère	131	34,66 %
Très sévère	23	6,08 %

Remarque : La fréquence des contacts avec les patients atteints de TNC concerne les professionnels de santé. TNC = troubles neurocognitifs.

Un peu plus de la moitié des professionnels de santé interrogés sont en contact plusieurs fois par semaine avec des patients atteints de troubles neurocognitifs. Et environ 40 % des professionnels de santé côtoient plusieurs fois par jour des patients atteints de TNC. La majorité des patients auprès desquels les professionnels exercent ont une atteinte modérée de TNC. Enfin, environ 4 professionnels de santé sur 10 indiquent exercer auprès de patients ayant une atteinte sévère à très sévère de TNC.

2. Analyses descriptives

2.1. Validation des échelles

L'ensemble des échelles utilisées dans le questionnaire (Annexe I) ont une bonne cohérence interne. Celle-ci est mesurée par l'alpha de Cronbach. Plus la valeur de cet indice se rapproche de 1, plus la cohérence interne de l'échelle est élevée ; généralement considérée comme acceptable à partir de 0,6 ; comme un niveau élevé au-delà de 0,8. (IRDP, 2016).

Ainsi, nous avons obtenu les coefficients suivants mis au regard de ceux obtenus par Kunz et al. (2020) :

Tableau 5: Cohérence interne des échelles

Variable	Échelle utilisée	Kunz et al.	Étude
Mindsets			
	DMSF	0,77	0,786
	DMSM	0,73	0,754
Sentiment de compétence			
	SCIDS	0,88	-
	SCQ	-	0,707
Burnout – Epuisement/Désengagement			
	OLBIE	0,82	0,798
	OLBID	0,6	0,66
Bien-être affectif général			
	JAWS	0,89	-
	PANAS-P	-	0,89
	PANAS-N	-	0,888
Satisfaction au travail			
	JSSI	-	-

Note : DMSF = *Dementia Mindset Scale* type fixe ; DMSM = *Dementia Mindset Scale* type malléable ; SCIDS = *Sense of Competence In Dementia Care Staff* ; SCQ = *Sense of Competence Questionnaire* ; OLBIE et OLBID = *Oldenburg Burnout Inventory* mesurant respectivement l'Epuisement et le Désengagement ; JAWS = *Job-related Affective Well-being Scale* ; PANAS = *Positive and Negative Affect Schedule* ; JSSI = *Job Satisfaction Single Item* pour lequel il n'y a pas d'indice de Cronbach puisqu'il n'y qu'un seul item.

Notre traduction de l'échelle des *mindsets* obtient une cohérence interne supérieure à 0,75 pour chaque sous-échelle, qui est par ailleurs, plus élevée que les indices obtenus par Kunz et al. sur ces sous-échelles. Nous pouvons observer que l'ensemble des échelles présentes dans notre questionnaire présente une bonne validité, voire un niveau plutôt élevé comme pour la *PANAS*.

2.2. Moyennes et écarts-types

Tableau 6: Moyennes et écarts-types

	Fixed Mindset	Malleable Mindset	SCQ	OLBIE	OLBID	PANAS-P	PANAS-N	JSSI
N	378	378	378	378	378	378	378	378
Moyenne	1.94	4.29	2.61	2.23	1.95	3.79	1.59	5.20
Médiane	2.00	4.33	2.67	2.13	2.00	3.80	1.40	5.00
Écart-type	0.584	0.491	0.291	0.475	0.387	0.609	0.646	1.07
Minimum	1.00	1.67	1.58	1.00	1.00	1.40	1.00	1
Maximum	4.33	5.00	3.00	4.00	3.38	5.00	5.00	7

Note : SCQ = Sense of Competence Questionnaire ; OLBIE et OLBID = Oldenburg Burnout Inventory mesurant respectivement l'Épuisement et le Désengagement ; PANAS = Positive and Negative Affect Schedule avec P = affect positif et N = affect négatif ; JSSI = Job Satisfaction Single Item.

Notre traduction française de l'échelle des *mindsets* relatifs aux TNC majeurs obtient une moyenne d'1,94 sur 5 pour le *mindset* fixe et de 4,29 sur 5 pour le *mindset* malléable. En sachant que plus le score est élevé sur un type de *mindset*, plus l'individu s'inscrit dans ce type de *mindset*. Dans leur étude, Kunz et al. (2020) ont obtenu une moyenne de 2,5 pour le *mindset* fixe et de 4,38 pour le *mindset* malléable.

Sur l'échelle du sentiment de compétence (SCQ), notre échantillon de professionnels de santé obtient une moyenne de 2,61 sur 3. En moyenne, les professionnels de santé ressentent un sentiment de compétence plutôt élevé. Kunz et al. obtiennent une moyenne de 3,89 sur 4 avec la SCIDS.

Sur l'échelle du burnout (OLBI), la moyenne obtenue est de 2,23 sur 4 pour l'épuisement et de 1,95 sur 4 pour le désengagement. Sachant que plus le score est élevé, plus le sentiment de désengagement ou d'épuisement est élevé. Kunz et son équipe ont obtenu une moyenne de 2,48 pour l'épuisement et de 2,03 pour le désengagement.

Sur l'échelle du bien-être affectif général au travail (PANAS), les moyennes obtenues sont de 3,79 sur 5 pour l'affect positif et de 1,59 sur 5 pour l'affect négatif. Sachant que plus le score est élevé, plus le niveau d'affect ressenti est élevé. Pour leur étude, Kunz et al. obtiennent des moyennes de 3,27 pour l'affect positif et de 1,39 pour l'affect négatif sur la JAWS.

Enfin, pour la satisfaction au travail mesurée par le JSSI, la moyenne obtenue est de 5,2. En moyenne, les professionnels de santé se sentent légèrement satisfait au travail. Elle est de 4,55 dans l'étude de Kunz et al.

3. Analyses de corrélations

Les corrélations sont généralement exprimées à l'aide de deux chiffres clés : r et p . Le coefficient de corrélation de Pearson noté r , a une valeur comprise entre -1 et 1. Les valeurs positives de r indiquent une corrélation positive lorsque les valeurs des deux

variables tendent à augmenter ensemble. Les valeurs négatives de r indiquent une corrélation négative lorsque les valeurs d'une variable tend à augmenter et que les valeurs de l'autre variable diminuent. Une valeur de 1 indique une corrélation positive parfaite, une valeur de -1 indique une corrélation négative parfaite, et une valeur de 0 indique l'absence totale de corrélation.

La significativité statistique est indiquée par la valeur p . Elle indique si l'on peut ou non significativement conclure que le coefficient de corrélation de la population est différent de zéro, d'après nos observations de l'échantillon (JMP, 2021).

Tableau 7: Corrélations entre les variables

	Fixed Mindset	Malleable Mindset	SCQ	OLBIE	OLBID	PANAS-P	PANAS-N	JSSI
Fixed Mindset	—							
Malleable Mindset	-0.406***	—						
SCQ	-0.213***	0.144**	—					
OLBIE	0.098	-0.069	-0.304***	—				
OLBID	0.183***	-0.195***	-0.266***	0.559***	—			
PANAS-P	-0.151**	0.206***	0.119*	-0.407***	-0.564***	—		
PANAS-N	0.117*	-0.088	-0.329***	0.494***	0.348***	-0.144**	—	
JSSI	-0.100	0.124*	0.289***	-0.579***	-0.530***	0.550***	-0.368***	—

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

SCQ = Sense of Competence Questionnaire ; OLBIE et OLBID = Oldenburg Burnout Inventory mesurant respectivement l'Épuisement et le Désengagement ; PANAS = Positive and Negative Affect Schedule avec P = affect positif et N = affect négatif ; JSSI = Job Satisfaction Single Item.

3.1. Échelle des *mindsets* relative aux TNC majeurs

Notre traduction française de la *Dementia Mindset Scale* obtient une corrélation négative significative entre les sous-échelles de *mindset* fixe et *mindset* malléable ($r = 0.406$, $p < .001$) à l'instar de l'étude de Kunz et al. (2020). L'étude allemande avait obtenue une corrélation négative significative entre les deux sous-échelles ($r = 0.406$, $p < .001$).

3.2. Variables utilisées pour mesurer le bien-être au travail

- **Le sentiment de compétence**

À l'appui des hypothèses (H1a et H2a), nous obtenons une corrélation positive entre le *mindset* malléable relatif aux TNC majeurs et le sentiment de compétence ($r = 0.144$, $p = 0.005$), et une corrélation négative significative entre le *mindset* fixe relatif aux TNC sévères et le sentiment de compétence ($r = -0.213$, $p < .001$).

- **Le burnout**

En faveur de nos hypothèses (H1b et H2b), les *mindsets* relatifs aux TNC sévères et le burnout affichent des corrélations significatives. Le *mindset* malléable affiche une corrélation

négative significative avec le désengagement ($r = -0.195, p < .001$) et une corrélation négative mais non significative avec l'épuisement ($r = -0.069, p = 0.18$). Le *mindset* fixe présente une corrélation positive avec le désengagement ($r = 0.183, p < .001$) et une corrélation positive non significative avec l'épuisement ($r = 0.098, p = 0.056$).

- **Le bien-être affectif général au travail**

Nos hypothèses à propos du rapport entre les *mindsets* relatifs aux TNC sévères et le bien-être affectif proposent des corrélations significatives (H1c et H2c). Le *mindset* malléable indique une corrélation positive significative avec des émotions positives ($r = 0.206, p < .001$) et une corrélation négative mais non significative avec l'affect négatif ($r = -0.088, p = 0.087$). Le *mindset* fixe présente une corrélation négative significative avec l'affect positif ($r = -0.151, p = 0.003$) et une corrélation positive significative avec les émotions négatives ($r = 0.117, p = 0.023$).

- **La satisfaction au travail**

À l'appui des hypothèses (H1d et H2d), nous obtenons une corrélation positive significative entre le *mindset* malléable et la satisfaction au travail ($r = 0.124, p = 0.016$), et une corrélation négative entre le *mindset* fixe et la satisfaction au travail ($r = -0.100, p = 0.053$).

Enfin, nous constatons une forte corrélation entre les variables utilisées pour mesurer le bien-être au travail des professionnels de santé, 12 corrélations sur 14 indiquent un $p < .001$.

4. Analyses exploratoires

4.1. Mindset en fonction du lieu d'exercice

Tableau 8: Test t pour échantillons indépendants

		Statistique	ddl	p	Taille de l'effet	
Mindset fixe	t de Student	-1.03	376	0.305	d de Cohen	-0.109
Mindset malléable	t de Student	1.22	376	0.222	d de Cohen	0.130

Note. $H_a \mu_{ESA} \neq \mu_{Hébergement}$

Tableau 9: Statistiques descriptives des groupes

Groupe		N	Moyenne	Médiane	Écart-type	Erreur standard
Mindset fixe	ESA	139	1.90	2.00	0.528	0.0448
	Hébergement	239	1.96	2.00	0.613	0.0397
Mindset malléable	ESA	139	4.33	4.33	0.467	0.0396
	Hébergement	239	4.27	4.33	0.504	0.0326

Note : ESA = Équipe Spécialisée Alzheimer ; Hébergement = Structures d'hébergement

Nous n'observons pas de différence notable du type de *mindset* en fonction du lieu d'exercice. En effet, la moyenne du *mindset* fixe pour les professionnels de santé exerçant en ESA est de 1,9, et de 1,96 pour les professionnels exerçant en structure d'hébergement. Pour le *mindset* malléable, la moyenne est de 4,33 pour les professionnels en ESA et de 4,27 pour les professionnels en structure d'hébergement.

Nous avons effectué un test Student afin d'évaluer les différences entre les moyennes des groupes ESA et structures d'hébergement. La différence entre les groupes est faible et non significative d'un point de vue statistique pour le *mindset* fixe ($t = -1.03$, $p = 0.305$, $d = -0.109$) et pour le *mindset* malléable ($t = 1.22$, $p = 0.222$, $d = 0.130$).

4.2. Mindset des ergothérapeutes

Tableau 10: Test t pour échantillons indépendants

		Statistique	ddl	p	Taille de l'effet
Mindset fixe	t de Student	-2.75 ^a	376	0.006	d de Cohen -0.301
Mindset malléable	t de Student	1.89 ^a	376	0.060	d de Cohen 0.207

Note. $H_a \mu_1 \neq \mu_2$

^a Le test de Levene est significatif ($p < 0.05$), suggérant une violation de la condition d'égalité des variances

Tableau 11: Statistiques descriptives des groupes

	Groupe	N	Moyenne	Médiane	Écart-type	Erreur standard
Mindset fixe	1	123	1.82	2.00	0.473	0.0427
	2	255	1.99	2.00	0.623	0.0390
Mindset malléable	1	123	4.36	4.33	0.404	0.0364
	2	255	4.26	4.33	0.526	0.0329

Note : 1 = les ergothérapeutes ; 2 = les autres professionnels de santé

La moyenne du *mindset* fixe est de 1,82 pour les ergothérapeutes, et de 1,99 pour les autres professionnels de santé, soit une moyenne légèrement supérieure aux ergothérapeutes. La moyenne du *mindset* malléable est légèrement plus élevée pour les ergothérapeutes avec 4,36 et de 4,26 pour les autres professionnels de santé.

Un test Student indique qu'il y a une différence significative d'un point de vue statistique concernant le *mindset* fixe ($t = -2.75$, $p = 0.006$, $d = 0.301$) et une différence tendancielle d'un point de vue statistique pour le *mindset* malléable ($t = 1.89$, $p = 0.06$, $d = 0.207$). En effet, une p-valeur inférieure au seuil de 0.05 indique que la différence entre les moyennes est statistiquement significative. Pour le d de Cohen, une valeur autour de 0.2 indique un effet faible et autour de 0.5, un effet modéré.

Discussion

Les objectifs de notre étude étaient de proposer une première traduction française de la *Dementia Mindset Scale* de Kunz et al. (2020) mesurant les *mindsets* relatifs aux troubles neurocognitifs majeurs afin d'étudier son rôle sur le bien-être au travail des professionnels de santé, exerçant auprès de patients atteints de troubles neurocognitifs. Nous souhaitions ainsi, répliquer et étendre les résultats obtenus par Kunz et al. (2020) en Allemagne dans le contexte français au niveau national. Enfin, de manière exploratoire nous avons analysé les *mindsets* des professionnels de santé en fonction de leur lieu d'exercice : ESA ou structure d'hébergement. Puis, les *mindsets* des ergothérapeutes par rapport aux autres professionnels de santé.

1. Réponses aux hypothèses

De manière générale, nos résultats sont en accord avec nos hypothèses ; en effet, il est apparu que les *mindsets* relatifs aux TNC majeurs avaient une valeur prédictive de certains aspects du bien-être au travail. Ainsi, le *mindset* malléable est lié positivement au bien-être au travail (H1), tandis que le *mindset* fixe est lié négativement au bien-être au travail (H2).

De manière plus spécifique, il ressort que le *mindset* fixe est lié de manière négative au sentiment de compétence et aux affects positifs, et positivement au désengagement et aux affects négatifs.

Il apparaît que le *mindset* malléable est lié de manière négative au désengagement, et positivement au sentiment de compétence, aux affects positifs et à la satisfaction générale au travail.

Quant à l'épuisement (une des mesures du burnout), il n'est prédit par aucun des deux types de *mindsets*. Toutefois, le *mindset* fixe présente une significativité tendancielle avec cet aspect. Nous l'évoquons dans la partie suivante mais l'étude de Kunz et al. (2020) obtient des résultats similaires en lien avec l'épuisement et les *mindsets*.

Les résultats obtenus ont également permis de renforcer l'idée selon laquelle le sentiment de compétence, le burnout, le bien-être affectif général et la satisfaction au travail sont des composantes du bien-être au travail. En effet, ces variables ont présenté de nombreuses corrélations significatives entre elles, ce qui semblent attester de leurs liens réciproques.

1.1. Mise en perspective avec les résultats de Kunz et al. (2020)

L'étude de Kunz et al. (2020) sur laquelle nous nous sommes appuyés pour notre étude, avait révélé que le *mindset* relatif aux TNC majeurs semble être un bon prédicteur de certains aspects du bien-être au travail. Nos données confirment dans l'ensemble ces résultats tout en proposant de nouveaux liens potentiels.

Tout d'abord, concernant la version française de l'échelle des *mindsets* relatives aux TNC majeurs, autrement dit la *Dementia Mindset Scale*, notre étude obtient des corrélations négatives significatives entre les sous-échelles de la *DMS* à l'instar de Kunz et al. (2020). Avec ces résultats à l'appui, nous pouvons émettre que notre traduction française de l'échelle semble valide d'un point de vue psychométrique.

En ce qui concerne les autres résultats, nous avons en commun la prédiction du bien-être au travail par les aspects suivants : le désengagement (une sous-échelle du burnout) et le sentiment de compétence. Cependant, le sentiment de compétence mesuré par l'étude allemande était spécifique au domaine de soins des personnes atteintes de TNC majeurs par les professionnels de santé (ils ont utilisé la *SCIDS* de Schepers et al., 2012). Nous avons utilisé une échelle de mesure du sentiment de compétence plus générale conçue initialement pour les aidants familiaux ayant à charge une personne atteinte de TNC majeurs (le *SCQ* de Vernooij-Dassen et al., 2003). Dans cette perspective, nos résultats étendent la validité externe de ceux obtenus par l'équipe allemande.

Ensuite, les résultats de Kunz et al. n'avaient pas révélé de lien significatif entre le bien-être affectif général (mesuré par la *JAWS*) et les deux types de *mindset* contrairement à leur mesure du bien-être affectif au travail spécifique aux situations de soins aux personnes atteintes de TNC majeurs. Pour expliquer cette différence, les auteurs proposent que les croyances liées aux TNC majeurs semblent présenter une validité prédictive plus élevée lorsqu'on évalue le bien-être affectif lié à des situations spécifiques plutôt qu'au bien-être affectif général. Les résultats obtenus dans le cadre de notre étude semblent nuancer cette interprétation. En effet, nous avons obtenu une corrélation significative entre le bien-être affectif général au travail et les deux types de *mindset*. Afin d'aller plus loin dans la compréhension de ces liens, il serait intéressant de répliquer cette étude en utilisant une échelle de bien-être générale (et non plus contextualisée au travail).

La satisfaction au travail mesurée par le *JSSI*, n'a pas présenté de corrélation significative avec les *mindsets* dans l'étude de Kunz et al. En revanche, nous avons obtenu une corrélation positive significative avec le *mindset* malléable et une corrélation négative tendancielle avec le *mindset* fixe. Nos résultats nuancent à nouveau les interprétations de l'étude allemande qui, au regard de leurs résultats, proposaient que les *mindsets* avaient une valeur prédictive principalement dans des contextes spécifiques plutôt que généraux.

Enfin, tout comme dans l'étude allemande, nous n'avons pas obtenu de corrélations significatives entre les *mindsets* et l'épuisement (une sous-échelle du burnout). Nous pourrions expliquer ce résultat par le fait que, selon Demerouti et al. (2001), le burnout est une construction dichotomique où l'épuisement et le désengagement représentent ses deux dimensions. L'épuisement se réfère à un épuisement physique, émotionnel et cognitif résultant de l'exposition aux conditions de travail. Le désengagement se réfère à l'attention portée par les professionnels à leur travail, leur engagement et leur identification à leur travail. Nous pourrions suggérer que le désengagement est davantage corrélé avec les *mindsets* (contrairement à l'épuisement) car il implique des notions d'engagement émotionnel et de résilience face aux défis qui s'apparenteraient à la motivation. En effet, les *mindsets* jouent un rôle, notamment dans la perception des défis et la réponse aux échecs affectant le comportement des individus (Dweck et al., 1995; Robins & Pals, 2002).

Dans l'ensemble, nous avons donc répliqué et étendu (en révélant de nouvelles relations entre *mindsets* et bien-être) les résultats de Kunz et al. (2020) dans un contexte français auprès d'une population de professionnels de santé à l'échelle nationale.

1.2. Analyses exploratoires

Dans le cadre de nos analyses exploratoires, les résultats des tests n'ont pas révélé de différence significative entre les groupes de professionnels de santé exerçant en ESA et

les professionnels de santé exerçant en structures d'hébergement. Cela semblerait démontrer, dans le cadre de notre étude, que le contexte d'exercice n'a pas d'impact sur le développement de *mindsets* spécifiques. Par contre, nos analyses ont révélé des différences significatives entre les ergothérapeutes et les autres professionnels, au niveau des types de *mindsets* relatifs aux TNC majeurs.

Ainsi, nos résultats présentent une différence significative pour les moyennes concernant le *mindset* fixe entre les ergothérapeutes et les autres professionnels de santé, et une différence marginale pour le *mindset* malléable entre les deux groupes. Les autres professionnels auraient tendance à avoir un *mindset* davantage fixe par rapport aux ergothérapeutes et il semblerait que les ergothérapeutes présentent un *mindset* malléable davantage prononcé que les autres professionnels de santé.

Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que les ergothérapeutes ont une pratique fondée sur une vision holistique et centrée sur la personne (Morel-Bracq et al., 2012). Elle s'aligne avec le *mindset* malléable qui s'apparente à une approche fondée sur la personne (Kunz et al., 2020, 2022; Lyman, 1989). De plus, les items 7 et 8 de l'échelle des *mindsets* relatifs aux TNC majeurs reprennent les notions d'engagement dans les tâches significatives et d'engagement dans la participation aux activités quotidiennes (Annexe I) qui sont des notions clés dans la pratique ergothérapique. Les ergothérapeutes sont des professionnels prenant en compte et intervenant sur l'environnement de la personne (Morel-Bracq et al., 2017), l'item 4 de l'échelle des *mindsets* propose des ajustements de l'environnement comme un levier pour intervenir sur la progression des troubles neurocognitifs. Ces quelques occurrences au sein de l'échelle faisant écho à des notions fondamentales à l'ergothérapie pourraient avoir davantage « parlé » aux ergothérapeutes plutôt qu'aux autres professionnels de santé.

2. Apport à la pratique des ergothérapeutes

En matière d'apport à la pratique des ergothérapeutes, l'utilisation des *mindsets* relatifs aux TNC majeurs pourraient poursuivre trois objectifs principaux :

- Amélioration du bien-être au travail :

La connaissance des *mindsets* relatifs aux TNC majeurs pourrait permettre aux ergothérapeutes comme aux autres professionnels d'adapter leurs croyances en lien avec les symptômes des TNC majeurs vers un *mindset* davantage malléable afin d'améliorer leur propre bien-être au travail et par conséquent leur qualité de soins. En effet, les croyances personnelles (*mindsets*) relatives aux TNC majeurs ont prédit certains aspects du bien-être au travail chez les professionnels de santé exerçant auprès de patients atteints de troubles neurocognitifs.

- Accompagnement pour la prévention de la santé :

Les ergothérapeutes ont un rôle de prévention, connu notamment auprès des autres professionnels au sujet des troubles musculo-squelettiques. Mais, ils ont également un rôle de prévention en santé mentale en lien avec la gestion du stress et du burnout par exemple (AOTA, 2020; Brown et al., 2019). Il pourrait être intéressant que les ergothérapeutes se saisissent de l'échelle des *mindsets* relatifs aux TNC majeurs (*Dementia Mindset Scale*) comme outil afin d'évaluer une des caractéristiques individuelles influençant le bien-être au travail des professionnels de santé exerçant auprès de patients atteints de troubles neurocognitifs. Ils pourraient récolter davantage d'informations sur le bien-être des

professionnels de santé et cibler leurs interventions de prévention en santé mentale auprès de cette population comme le suggèrent Kunz et al. (2020) en s'appuyant sur les travaux de Donohoe et al. (2012). Ainsi, développer davantage de *mindsets* malléables favorisant le bien-être au travail et même favoriser une prise en charge centrée sur le patient.

- Orientation de la prise en charge des patients :

L'approche centrée sur la personne constitue la base des recommandations de prise en charge des troubles neurocognitifs notamment associés à la maladie d'Alzheimer (Fazio et al., 2018; HAS, 2011). Il semble alors pertinent que les ergothérapeutes et plus largement, les autres professionnels de santé adoptent cette approche dans leur pratique. Par ailleurs, l'adhésion à un certain type de *mindset* relatif aux TNC majeurs permet de favoriser des prises en charge centrées sur la personne. En effet, Kunz et al. (2022) ont, dans une seconde étude, étudié le lien entre les *mindsets* et les réponses comportementales des professionnels exerçant auprès de patients atteints de troubles neurocognitifs. Il s'avère qu'un *mindset* fixe relatif aux TNC majeurs prédit négativement des soins centrés sur la personne, alors qu'un *mindset* malléable ne le prédit pas. De plus, des réactions émotionnelles positives sont associées à une augmentation des soins centrés sur la personne et nous avons constaté au cours de notre étude que le *mindset* malléable avait une valeur prédictive quant aux affects positifs en lien avec le travail.

3. Limites et perspectives

Plusieurs limites à notre étude méritent d'être mentionnées. Tout d'abord, nous avons traduit l'échelle de Kunz et al., la *Dementia Mindset Scale*, sans respecter de manière stricte la méthode de Vallerand (1989). Néanmoins, nous avons proposé une méthodologie en trois étapes qui nous a semblé suffisante dans le cadre de ce travail qui n'avait pas pour unique but de valider un instrument en français. Cependant, dans des recherches futures, il serait intéressant d'effectuer une validation transculturelle de Vallerand (1989) afin de garantir que l'échelle des *mindsets* relatifs aux TNC majeurs soit adaptée et précise dans des contextes culturels différents.

Ensuite, nous avons utilisé des échelles différentes de celles employées par Kunz et al. (2020) pour mesurer certains aspects du bien-être au travail (la *SCQ* plutôt que la *SCIDS* pour mesurer le sentiment de compétence ; la *PANAS* plutôt que la *JAWS* concernant le bien-être affectif au travail). Nous avons effectué ce choix afin d'utiliser des échelles validées en français et ainsi renforcer la fiabilité psychométrique de nos mesures. De plus, nos résultats qui ont permis de répliquer et d'étendre ceux de l'équipe allemande, ont révélé que cette stratégie semblait adaptée.

Dans le cadre de notre étude, nous avons voulu interroger l'ensemble des professionnels de santé exerçant auprès de patients atteints de troubles neurocognitifs légers comme majeurs au niveau du territoire français, donc des professionnels exerçant aussi bien à domicile (ESA) qu'en structure d'hébergement, permettant d'élargir la validité externe des résultats de Kunz et al. (leur étude sollicitait les professionnels de santé exerçant en maison de retraite d'une même agence). Malgré cette avancée, nous avons restreint notre population aux professionnels de santé. Kunz et son équipe suggéraient dans leurs perspectives d'évaluer l'impact des *mindsets* relatifs aux TNC majeurs à d'autres populations en contact avec ces patients (Kunz et al., 2020). À notre tour, nous encourageons de futures études à appliquer l'échelle des *mindsets* relatifs aux TNC majeurs à d'autres populations, notamment les

aidants familiaux qui représentent les premières personnes à attribuer des soins et un accompagnement aux personnes atteintes de troubles neurocognitifs.

D'autre part, notre échantillon présente un déséquilibre dans la représentativité des sexes puisque nous avons simplement 28 hommes pour 348 femmes. Bien que ce déséquilibre puisse potentiellement remettre en cause la validité externe de nos résultats, il est représentatif de la proportion hommes-femmes que l'on retrouve en pratique chez les professionnels de santé dans ce secteur. En effet, l'Insee, en 2020, recense une part de 82,7 % de femmes pour le secteur « hébergement médico-social, action sociale ».

Enfin, il convient également de mentionner que notre étude, par son *design*, nous a permis d'établir une corrélation mais ne nous a pas permis d'établir une relation de causalité entre les *mindsets* relatifs aux TNC majeurs et le bien-être au travail des professionnels de santé. Ainsi, tester des liens de causalité permettrait d'effectuer cette relation. Cela nécessiterait de réaliser une étude dite interventionnelle en comparant un groupe contrôle et expérimental, ainsi qu'une affectation aléatoire des professionnels de santé à l'un de ces deux groupes. Il serait aussi pertinent de mesurer les *mindsets* des professionnels de santé sur différents temps de mesure afin d'étudier l'éventuelle dynamique temporelle de ce concept.

Conclusion

Nous souhaitons connaître l'influence des (croyances) *mindsets* relatifs aux symptômes des troubles neurocognitifs majeurs sur le bien-être au travail des professionnels de santé. Notre étude a étayé l'idée que les *mindsets* ont une valeur prédictive de certains aspects du bien-être au travail. Le *mindset* de type malléable, relatif aux TNC majeurs, est lié positivement au bien-être au travail (H1), tandis que le *mindset* de type fixe, relatif aux TNC majeurs, est lié négativement au bien-être au travail (H2). De manière plus spécifique, le *mindset* malléable est lié positivement au sentiment de compétence, aux affects positifs et à la satisfaction générale au travail ; et il est lié négativement au désengagement. Quant au *mindset* fixe, il est lié positivement au désengagement et aux affects négatifs, et est lié négativement au sentiment de compétence et aux affects positifs. De plus, nous avons constaté dans notre échantillon que les ergothérapeutes présentaient un *mindset* moins fixe que les autres professionnels de santé et avaient tendance à avoir un *mindset* davantage malléable.

Ces résultats nous ont permis d'étendre les résultats obtenus par Kunz et al. (2020), précurseurs dans la recherche mettant en relation les *mindsets* et les troubles neurocognitifs, dans un contexte culturel différent et auprès d'une population élargie. En effet, notre étude concernait l'ensemble des professionnels de santé exerçant auprès de patients ayant une atteinte sévère comme plus légère de TNC, et cela à l'échelle nationale.

Nous avons également pu proposer une traduction française de la *Dementia Mindset Scale* créée par Kunz et son équipe. La traduction de l'échelle présente des corrélations négatives significatives entre ses deux sous-échelles, *mindset* malléable et fixe, semblables à l'étude allemande. À l'appui de ces résultats, nous pouvons émettre que notre traduction française de l'échelle semble valide d'un point de vue psychométrique.

En pratique, l'utilisation des *mindsets* relatifs aux TNC majeurs pourraient permettre d'accroître le bien-être au travail des professionnels de santé, dont les ergothérapeutes et la qualité des prises en charges. Des modules d'intervention pourraient être mis en place afin de présenter ces concepts aux professionnels. Ainsi, faire tendre leurs croyances relatives aux symptômes des TNC majeurs vers un *mindset* malléable favorisant leur bien-être au travail et une prise en charge centrée sur la personne. Ces interventions pourraient éventuellement être menées par des ergothérapeutes dont les compétences intègrent la prévention et la formation d'autrui. De plus, nous avons pu constater que certains fondements de la pratique ergothérapique se retrouvent au cœur même de la conception du *mindset* malléable relatif aux TNC majeurs.

Références bibliographiques

- Abaidi, J. (2015). Le bien-être au travail : Construction et validation d'une échelle de mesure. *HAL*, 107-108.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed). American psychiatric association.
- AOTA. (2020). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process-Fourth Edition. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 74(Supplement_2), 7412410010p1-7412410010p87. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001>
- ARS. (2008). AAC-UCC-Alzheimer-Cahier-des-charges-Annexe 3. *ARS Ile-de-France*. <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2019-08/AAC-UCC-Alzheimer-Cahier-des-charges-Annex3-Circulaire-15-08-08.pdf>
- ARS. (2018). Cahier des charges des équipes spécialisées. *ARS Nouvelle-Aquitaine*.
- Brown, C., Stoffel, V. C., & Munoz, J. M. (2019). *Occupational Therapy in Mental Health: A Vision for Participation*. <https://www.fadavis.com>
- Brunetto, Y., Xerri, M., Shriberg, A., Farr-Wharton, R., Shacklock, K., Newman, S., & Dienger, J. (2013). The impact of workplace relationships on engagement, well-being, commitment and turnover for nurses in Australia and the USA. *Journal of Advanced Nursing*, 69(12), 2786-2799. <https://doi.org/10.1111/jan.12165>
- Burnette, J., Knouse, L., Billingsley, J., Earl, S., Pollack, J., & Hoyt, C. (2022). A systematic review of growth mindset intervention implementation strategies. *Social and Personality Psychology Compass*, 17. <https://doi.org/10.1111/spc3.12723>
- Carcaillon-Bentata, L. (2019). *Troubles neurocognitifs majeurs: État des lieux épidémiologique*. Santé Publique France. <https://www.rencontresantepubliquefrance.fr/wp-content/uploads/2019/06/2-Carcaillon-Bentata.pdf>
- Carcaillon-Bentata, L., Quintin, C., Boussac-Zarebska, M., & Elbaz, A. (2021, septembre 23).

Prevalence and incidence of young onset dementia and associations with comorbidities: A study of data from the French national health data system | PLOS Medicine.

Chevrier, N. (2009). *Université du Québec à Montréal—Adaptation québécoise de l'Oldenberg Burnout Inventory (OLBI).*

CNSA. (2023, septembre 6). *Les USLD (unités de soins de longue durée).* <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr>

CNSA. (2024a, janvier 15). *Aller à l'accueil de jour.* <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr>

CNSA. (2024b, mars 28). *Alzheimer en EHPAD: Quel accompagnement?* <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr>

CNSA. (2024c, avril 30). *Les EHPAD.* <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr>

Colin, G., Colson, B., Lecru, C., Noël, J.-L., & Thellier, J. (2003). Travailler auprès de patients déments. *Gérontologie et société*, 26 / 104(1), 81-89. <https://doi.org/10.3917/g.s.104.0081>

Crum, R. M., Anthony, J. C., Bassett, S. S., & Folstein, M. F. (1993). Population-based norms for the Mini-Mental State Examination by age and educational level. *JAMA*, 269(18), 2386-2391.

Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499-512. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499>

Demerouti, E., Bakker, A. B., Vardakou, I., & Kantas, A. (2003). The convergent validity of two burnout instruments: A multitrait-multimethod analysis. *European Journal of Psychological Assessment*, 19(1), 12-23. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.19.1.12>

Donohoe, C., Topping, K., & Hannah, E. (2012). The impact of an online intervention (Brainology) on the mindset and resiliency of secondary school pupils: A preliminary mixed methods study. *Educational Psychology*, 32(5), 641-655.

<https://doi.org/10.1080/01443410.2012.675646>

Dweck, C. S. (2010). Chapitre 1. Les états d'esprit. In *Changer d'état d'esprit* (p. 9-21).

Mardaga. <https://www.cairn.info/changer-d-etat-d-esprit--9782804700348-p-9.htm>

Dweck, C. S., Chiu, C., & Hong, Y. (1995). Implicit Theories and Their Role in Judgments and Reactions: A Word From Two Perspectives. *Psychological Inquiry*, 6(4), 267-285.

https://doi.org/10.1207/s15327965pli0604_1

Dweck, C. S., & Leggett, E. L. (1988). A social-cognitive approach to motivation and personality. *Psychological Review*, 95(2), 256-273. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.95.2.256>

Fazio, S., Pace, D., Flinner, J., & Kallmyer, B. (2018). The Fundamentals of Person-Centered Care for Individuals With Dementia. *The Gerontologist*, 58(suppl_1), S10-S19.

<https://doi.org/10.1093/geront/gnx122>

Finez, L., Laurin, R., Bernache-Assollant, I., Morel, F., Plaquet, A., Clain, A., Colin, E., & Cartierre, N. (2022). *Effet des Croyances implicites (mindset) des élèves de Terminale sur leurs stratégies scolaires et choix d'orientation*.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). « Mini-mental state ». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)

Folstein, M. F., Folstein, S. E., McHugh, P. R., & Fanjiang, G. (2001). Mini mental state examination user's guide. *Psychological Assessment Resources, Inc*.

Ford, B. Q., Lwi, S. J., Gentzler, A. L., Hankin, B., & Mauss, I. B. (2018). The cost of believing emotions are uncontrollable: Youths' beliefs about emotion predict emotion regulation and depressive symptoms. *Journal of Experimental Psychology. General*, 147(8), 1170-1190. <https://doi.org/10.1037/xge0000396>

Gaudreau, P., Sanchez, X., & Blondin, J.-P. (2006). Positive and negative affective states in a performance-related setting: Testing the factorial structure of the panas across two samples of french-canadian participants. *European Journal of Psychological*

- Assessment*, 22(4), 240-249. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.22.4.240>
- Grosjean, V. (2005). Le bien-être au travail : Un objectif pour la prévention ? - Article de revue - INRS. *INRS-Hygiène et sécurité au travail. Cahiers de notes documentaires*, 198, 29-40.
- HAS. (2011). *Recommandations_Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : Diagnostic et prise en charge. 2011.*
- HAS. (2015, mai 20). *Décision n°2015.0119/DC/SMACDAM du 20 mai 2015 du collège de la Haute Autorité de santé portant adoption du document intitulé « Mise au point, organisation des parcours : Démarche centrée sur le patient ».* Haute Autorité de Santé. <https://www.has-sante.fr>
- HAS. (2018). *Guide parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée.* https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/parcours_de_soins_alzheimer.pdf
- INRS. (2021, novembre 9). *Risques psychosociaux (RPS). Facteurs de risque.* <https://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/facteurs-risques.html>
- Insee. (2020). *Caractéristiques des emplois – Femmes et hommes, l'égalité en question.* <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6047735?sommaire=6047805>
- IRD. (2016, décembre 13). *Coefficient alpha de Cronbach : IRDP:: Institut de recherche et de documentation pédagogique.* <https://www.irdp.ch/institut/coefficient-alpha-cronbach-2030.html>
- JMP. (2021). *Coefficient de corrélation.* https://www.jmp.com/fr_fr/statistics-knowledge-portal/what-is-correlation/correlation-coefficient.html
- Judge, T. A., Thoresen, C. J., Bono, J. E., & Patton, G. K. (2001). The job satisfaction–job performance relationship: A qualitative and quantitative review. *Psychological Bulletin*, 127(3), 376-407. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.3.376>
- King, R. B. (2017). A Fixed Mindset Leads to Negative Affect. *Zeitschrift für Psychologie*, 225(2), 137-145. <https://doi.org/10.1027/2151-2604/a000290>

- Kitwood, T. (1997). *The concept of personhood and its relevance for a new culture of dementia care* (Routledge).
- Kunz, L. K., Scheibe, S., Wisse, B., Boerner, K., & Zemlin, C. (2020). Dementia as Fixed or Malleable: Development and Validation of the Dementia Mindset Scale. *Innovation in Aging, 4*(4), igaa023. <https://doi.org/10.1093/geroni/igaa023>
- Kunz, L. K., Scheibe, S., Wisse, B., Boerner, K., & Zemlin, C. (2022). From dementia mindsets to emotions and behaviors: Predicting person-centered care in care professionals. *Dementia (London, England), 21*(5), 1618-1635. <https://doi.org/10.1177/14713012221083392>
- Laraqui, O., Manar, N., Laraqui, S., Boukili, M., Ghailan, T., Deschamps, F., & El Houssine Laraqui, C. (2017). Perception du travail et bien-être chez le personnel de santé au Maroc. *Santé Publique, 29*(6), 887-895. <https://doi.org/10.3917/spub.176.0887>
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupation Model: A Transactive Approach to Occupational Performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy, 63*(1), 9-23. <https://doi.org/10.1177/000841749606300103>
- Leger, S. (2023). Mémoire de fin d'études. *Ergothérapie et mindsets*. Université de Limoges.
- LOI n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine (1), 2012-300 (2012).
- Lyman, K. A. (1989). Bringing the social back in: A critique of the biomedicalization of dementia. *The Gerontologist, 29*(5), 597-605. <https://doi.org/10.1093/geront/29.5.597>
- Michel, B. F., & Sambuchi, N. (2010). Principales échelles cognitives globales utilisables par le neurologue dans le diagnostic des démences. *Elsevier*. [https://doi.org/10.1016/S0246-0378\(11\)44958-7](https://doi.org/10.1016/S0246-0378(11)44958-7)
- Ministère des Affaires sociales et de la Santé. (2014). *Plan Maladies Neuro-Dégénératives*.
- Morel-Bracq, M.-C. (2009). *Modèles conceptuels en ergothérapie: Introduction aux concepts fondamentaux*. De Boeck Supérieur.

- Morel-Bracq, M.-C., Destailats, J.-M., & Platz, F. (2012). Chapitre 4. Les fondements conceptuels en ergothérapie. In *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : Entre concepts et réalités* (p. 109-125). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.caire.2012.01.0109>
- Morel-Bracq, M.-C., Margot-Cattin, P., Margot-Cattin, I., Mignet, G., Doussin-Antzer, A., Sorita, É., Caire, J.-M., Rouault, L., & Rousseau, J. (2017). Chapitre 2. Modèles généraux en ergothérapie. In *Les modèles conceptuels en ergothérapie* (p. 51-130). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.morel.2017.01.0051>
- OMS. (2022, février). *CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité*. <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/fr#213458094>
- OMS. (2023, mars 15). *La démence*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Paquier, J., & Serrajordia, E. (2023, janvier 6). Macron et la santé : 10 chiffres qui éclairent la situation de l'hôpital en France. *La Croix*. <https://www.la-croix.com/Sciences-et-ethique/Macron-sante-10-chiffres-eclairent-situation-lhopital-France-2023-01-06-1201249519>
- Robins, R. W., & Pals, J. L. (2002). Implicit Self-Theories in the Academic Domain : Implications for Goal Orientation, Attributions, Affect, and Self-Esteem Change. *Self and Identity*, 1(4), 313-336. <https://doi.org/10.1080/15298860290106805>
- Rocher, P., & Lavallart, B. (2009). Le plan Alzheimer 2008-2012. *Gérontologie et société*, 32 / 128-129(1-2), 13-31. <https://doi.org/10.3917/g.s.128.0013>
- Rochoy, M., Bordet, R., & Chazard, E. (2019, mars 1). *Épidémiologie des troubles neurocognitifs en France. | Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement | EBSCOhost*. <https://doi.org/10.1684/pnv.2018.0778>
- Schepers, A. K., Orrell, M., Shanahan, N., & Spector, A. (2012). Sense of Competence in Dementia Care Staff (SCIDS) scale: Development, reliability, and validity. *International Psychogeriatrics*, 24(7), 1153-1162.

<https://doi.org/10.1017/S104161021100247X>

Schulz, R., O'Brien, A. T., Bookwala, J., & Fleissner, K. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: Prevalence, correlates, and causes. *The Gerontologist*, 35(6), 771-791. <https://doi.org/10.1093/geront/35.6.771>

Site officiel du Gouvernement. (s. d.). *Annuaire et services | Pour les personnes âgées*. Consulté 18 mai 2024, <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/annuaire-et-services>

Tavani, J. L., Botella, M., & Collange, J. (2014). Quelle validité pour une mesure de la satisfaction au travail en un seul item ? *Pratiques Psychologiques*, 20(2), 125-142. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2014.03.001>

Tavani, J. L., Lo Monaco, G., & Collange, J. (2019). Validation complémentaire d'une mesure de satisfaction au travail. *Santé Publique*, 31(2), 223-232. <https://doi.org/10.3917/spub.192.0223>

Vallerand, R., J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 30(4), 662-678.

Van Katwyk, P. T., Fox, S., Spector, P. E., & Kelloway, E. K. (2000). Using the Job-Related Affective Well-Being Scale (JAWS) to investigate affective responses to work stressors. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(2), 219-230. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.5.2.219>

Vernooij-Dassen, M. J. F. J., Persoon, J. M. G., & Felling, A. J. A. (1996). Predictors of sense of competence in caregivers of demented persons. *Social Science & Medicine*, 43(1), 41-49. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00332-0](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00332-0)

Vernooij-Dassen, M., Kurz, X., Scuvee-Moreau, J., & Dresse, A. (2003). [The measurement of sense of competence in caregivers of patients with dementia]. *Revue D'épidémiologie Et De Santé Publique*, 51(2), 227-235.

VIDAL. (2022, mars 8). *Recommandations Trouble neurocognitif majeur*. VIDAL.

<https://www.vidal.fr/maladies/recommandations/trouble-neurocognitif-majeur-4062.html>

- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.54.6.1063>
- World Health Organization. (2010). Healthy workplaces: A model for action: for employers, workers, policy-makers and practitioners. <https://iris.who.int/handle/10665/44307>
- Yeager, D. S., Romero, C., Paunesku, D., Hulleman, C. S., Schneider, B., Hinojosa, C., Lee, H. Y., O'Brien, J., Flint, K., Roberts, A., Trott, J., Greene, D., Walton, G. M., & Dweck, C. S. (2016). Using Design Thinking to Improve Psychological Interventions: The Case of the Growth Mindset During the Transition to High School. *Journal of Educational Psychology*, 108(3), 374-391. <https://doi.org/10.1037/edu0000098>
- Zingoni, M., & Corey, C. M. (2017). How mindset matters: The direct and indirect effects of employees' mindsets on job performance. *Journal of Personnel Psychology*, 16(1), 36-45. <https://doi.org/10.1027/1866-5888/a000171>

Annexes

Annexe I. Questionnaire.....	42
Annexe II. <i>Dementia Mindset Scale</i> de Kunz et al.....	48
Annexe III. Graphique pourcentages de répondants par département.....	49

Annexe I. Questionnaire

La mise en page suivante n'est pas une représentation fidèle de celle sur SphinOnline. Elle permet cependant de fournir les éléments que nous avons intégré à notre questionnaire.

Étude sur la prise en charge des patients atteints de démence

Bonjour,

Étudiante en troisième année d'ergothérapie à l'Université de Limoges, je vous sollicite dans le cadre de mon mémoire de fin d'études dont le sujet porte sur **la prise en charge des patients atteints de démence et vos ressentis au travail**.

Afin de permettre une évolution des pratiques des professionnels de santé, nous aurions besoin de votre aide. De plus, cette thématique n'a jamais été abordée en France.

Ainsi, nous vous invitons à remplir ce questionnaire (d'environ 10 minutes) dont les réponses anonymes nous permettront de mieux comprendre les ressentis des professionnels de santé travaillant auprès de personnes atteintes de démence.

Informations

Le questionnaire est constitué de deux parties principales :

- une première partie de recueil d'informations sur vous et votre poste de travail,
- une seconde partie qui comprend plusieurs échelles à compléter.

⚠ *Ce questionnaire ne sert pas à vous évaluer. Il est anonyme. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses aux questions.*

Note : le terme "démence" est employé pour faciliter la compréhension et la lecture tout au long du questionnaire. Il désigne l'ensemble des troubles neurocognitifs dont peut être atteints une personne.

Consentement de participation

En répondant à ce questionnaire, vous acceptez et autorisez les personnes ci-dessous mentionnées à utiliser vos réponses sous forme de données de recherche chiffrées, strictement confidentielles et anonymes.

- Étude menée par **le professeur Iouri Bernache-Assollant** et **l'étudiante Margot Vervaeke** de l'Université de Limoges. -

Nous vous remercions par avance pour votre participation.

[Partie 1] : Profil du professionnel

1. Quel est votre âge ? : _____

2. Sexe : Féminin
 Masculin
 Autre

3. Dans quel département travaillez-vous ? (à sélectionner menu déroulant)

4. Profession exercée actuellement :

- Aide-soignant(e)
 Assistant(e) de soins en gérontologie – ASG
 Agent de services hospitaliers – ASH
 Infirmier(e)
 Infirmier(e) coordinateur(rice)
 Ergothérapeute
 Psychomotricien(ne)
 Psychologue
 Médecin
 Autre : _____

5. Depuis combien d'années exercez-vous cette profession ? _____

6. Dans quelle structure exercez-vous actuellement ?

- ESA – Équipe spécialisée Alzheimer
 EHPAD – Établissement d'hébergement pour personnes dépendantes | Quels services : ____
 Centre hospitalier – USLD – Unité de soins longues durées
 Autre : _____

7. Depuis combien d'années exercez-vous à ce poste ? _____

Informations spécifiques à votre poste actuel

8. Quel est votre temps de travail ?

- Temps plein (au moins 35h par semaine)
 Temps partiel (moins de 35h par semaine)

9. Êtes-vous au contact de personnes atteintes de démence ?

- Oui
 Non

[Si Oui à 9.] 10. À quelle fréquence, en moyenne, êtes-vous au contact d'une personne atteinte de démence ?

- Moins d'une fois par semaine
 Une fois par semaine
 Plusieurs fois par semaine
 Une fois par heure
 Plusieurs fois par heure

[Si Oui à 9.] 11. Selon vous, de quelle sévérité de démence est atteinte la majorité des personnes auprès desquelles vous exercez ?

- légère
 modérée
 sévère
 très sévère

[Partie 2] : Perceptions des patients et rapport au travail

La partie suivante contient cinq échelles différentes. Veuillez répondre SVP honnêtement et spontanément à chacune d'entre-elles.

• Échelle 1

Consigne : Les affirmations suivantes reflètent **différents points de vue sur la démence**. Veuillez sélectionner la réponse correspondante à vos opinions personnelles sur la démence pour chaque affirmation.

1. Il n'y a rien que l'on puisse faire contre la désorientation croissante chez les personnes atteintes de démence.

[Pas du tout d'accord]

[Pas d'accord]

[Neutre]

[D'accord]

[Tout à fait d'accord]

2. Il n'y a rien que l'on puisse faire lorsque les personnes atteintes de démence s'engagent moins dans leurs activités quotidiennes dû à la diminution de leur capacité d'attention.

3. Personne ne peut changer le fait que les personnes atteintes de démence sont souvent moins satisfaites de leur vie car elles ne peuvent plus s'exprimer comme avant.

4. Les ajustements de l'environnement ne modifieront pas la progression de la démence.

5. Quels que soient les efforts des aidants familiaux et des professionnels de santé, la progression des symptômes de la démence ne peut être ralentie.

6. La famille et les professionnels de santé ne peuvent pas changer le fait que les personnes atteintes de démence ont souvent moins confiance en elles car elles ont du mal à faire les choses par elles-mêmes.

7. Malgré le déclin progressif de leur capacité d'attention, les personnes atteintes de démence sont toujours capables de s'engager dans des tâches significatives lorsque l'occasion leur est donnée.

8. L'engagement dans la participation aux activités quotidiennes améliore le sentiment de compétence des personnes atteintes de démence, malgré le déclin de leur capacité de concentration.

9. Certaines difficultés de communication courantes chez les personnes atteintes de démence peuvent être compensées par des interactions bienveillantes et compréhensives.

10. Si les personnes atteintes de démence sont soutenues dans leur adaptation continue à la maladie, la perte de mémoire croissante ne doit pas nécessairement mener à des insécurités émotionnelles.

11. Les conversations avec les personnes atteintes de démence peuvent avoir du sens malgré les troubles verbaux, si la famille ou les professionnels de santé prennent le temps de s'impliquer dans la conversation.

12. Être tolérant et compréhensif envers les personnes atteintes de démence leur permet de se sentir à l'aise et d'être elles-mêmes.

• **Échelle 2**

Consigne : Vous trouverez ci-dessous des affirmations avec lesquelles vous pouvez être d'accord ou non. Elles concernent votre satisfaction en tant que personne soignante principale. Sélectionnez la case qui indique votre **degré d'accord ou de désaccord** avec chacune des propositions suivantes.

[Pas d'accord, Neutre, D'accord]

SENTIMENT DE SATISFACTION DE SOI-MÊME EN TANT QUE PERSONNE SOIGNANTE PRINCIPALE

9. Vous vous sentez satisfait(e) de votre contact avec la personne âgée.
10. Vous ne vous sentez pas apte à soigner la personne âgée.
11. Vous aimeriez avoir une meilleure relation avec la personne âgée.
12. Vous vous sentez coupable de la manière avec laquelle vous vous comportez avec la personne âgée.
13. Vous vous sentez tendu(e) dans votre contact avec la personne âgée.
14. Vous avez le sentiment que, dans le passé, vous n'avez pas fait tout ce que vous auriez pu ou auriez dû faire pour la personne âgée.
15. Vous ne savez pas clairement jusqu'où doivent aller vos soins pour la personne âgée.
(Instruction supplémentaire pour la question 15 : Vous vous demandez « combien de soins » vous devez administrer à la personne âgée).
16. Vous pensez que quoi que vous fassiez, la personne âgée n'en tire aucun avantage.
17. La fréquentation de la personne âgée vous rend nerveux(se) et déprimé(e).

(suite)

18. Lorsque vous côtoyez la personne âgée, vous avez un sentiment d'agacement.
19. Vous avez le sentiment que vous ne faites pas pour la personne âgée tout ce que vous pourriez faire ou devriez faire.
20. Vous vous sentez utile dans votre relation avec la personne âgée.

• Échelle 3

Consigne : Vous trouverez ci-dessous des affirmations avec lesquelles vous pouvez être d'accord ou non. Elles concernent le rapport que vous avez avec votre travail. Sélectionnez la case qui indique votre **degré d'accord ou de désaccord** avec chacune des propositions suivantes.

[Pas du tout d'accord, Pas d'accord, D'accord, Tout à fait d'accord]

1. Encore aujourd'hui, je découvre de nouveaux aspects intéressants de mon travail.	1	2	3	4
2. Certains jours, je me sens fatigué(e) avant même d'arriver au travail.	1	2	3	4
3. Il arrive de plus en plus souvent que je parle de mon travail de façon négative.	1	2	3	4
4. Après une journée de travail, cela me prend plus de temps que par le passé pour me détendre et me sentir bien.	1	2	3	4
5. Je supporte très bien la pression causée par mon travail.	1	2	3	4
6. Dernièrement, j'ai tendance à réfléchir de moins en moins à mon travail et à effectuer mes tâches presque machinalement.	1	2	3	4
7. Je considère mon travail comme un défi positif.	1	2	3	4
8. Pendant mes journées de travail, je me sens souvent émotionnellement vidé(e).	1	2	3	4
9. Avec le temps, il est facile de se détacher de ce type de travail.	1	2	3	4
10. Après le travail, j'ai encore de l'énergie à consacrer à mes loisirs.	1	2	3	4
11. Parfois, je me sens mal juste à penser aux tâches que j'ai à accomplir au travail.	1	2	3	4
12. Après le travail, je me sens généralement vidé(e) et exténué(e).	1	2	3	4
13. Je ne peux m'imaginer faire un autre type de travail.	1	2	3	4
⋮				
14. J'arrive généralement à effectuer l'ensemble de mes tâches.	1	2	3	4
15- Je me sens de plus en plus impliqué(e) dans mon travail.	1	2	3	4
16- Lorsque je travaille, je me sens généralement plein(e) d'énergie.	1	2	3	4

• **Échelle 4**

Consigne : Vous trouverez ci-dessous un certain nombre de mots qui décrivent différents sentiments et émotions que votre travail vous fait ressentir. Indiquez jusqu'« à quel point vous vous êtes senti de cette façon **durant les dernières semaines à votre travail.** Sélectionnez la case appropriée dans l'espace de droite.

« Mon travail m'a fait me sentir ... ». (1 = Pas du tout, 5 = Énormément).

1	2	3	4	5
Très peu Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Énormément
	_____ Actif(ve)			_____ Craintif(ve)
	_____ Alerte			_____ Honteux(se)
	_____ Attentif(ve)			_____ Agité(e)
	_____ Déterminé(e)			_____ Peiné(e)
	_____ Enthousiaste			_____ Hostile
	_____ Excité(e)			_____ Coupable
	_____ Inspiré(e)			_____ Nerveux(se)
	_____ Intéressé(e)			_____ Effrayé(e)
	_____ Fier(e)			_____ Contrarié(e)
	_____ Fort(e)			_____ Irritable

Tableau 2.9 : La PANAS de Watson et al. (1988) (version française).

• **Échelle 5**

Consigne : Veuillez indiquer votre **degré de satisfaction au travail** au cours des quatre dernières semaines.

(1 = très insatisfait, 7 = très satisfait)

=====

Remarque

Si vous avez une remarque ou quelque chose à ajouter : _____

Je vous invite à laisser votre adresse mail dans l'espace ci-dessus, si vous souhaitez recevoir les résultats de cette étude.

Page remerciements

Merci pour votre participation à cette étude !

Si besoin, vous pouvez me contacter à cette adresse mail : xxx

Annexe II. *Dementia Mindset Scale* de Kunz et al.

DEMENTIA MINDSET AND EMOTIONS

2

Appendix A

Dementia Mindset Scale – English Version

(Kunz, Scheibe, Wisse, Boerner, & Zemlin, 2020)

Views about Dementia

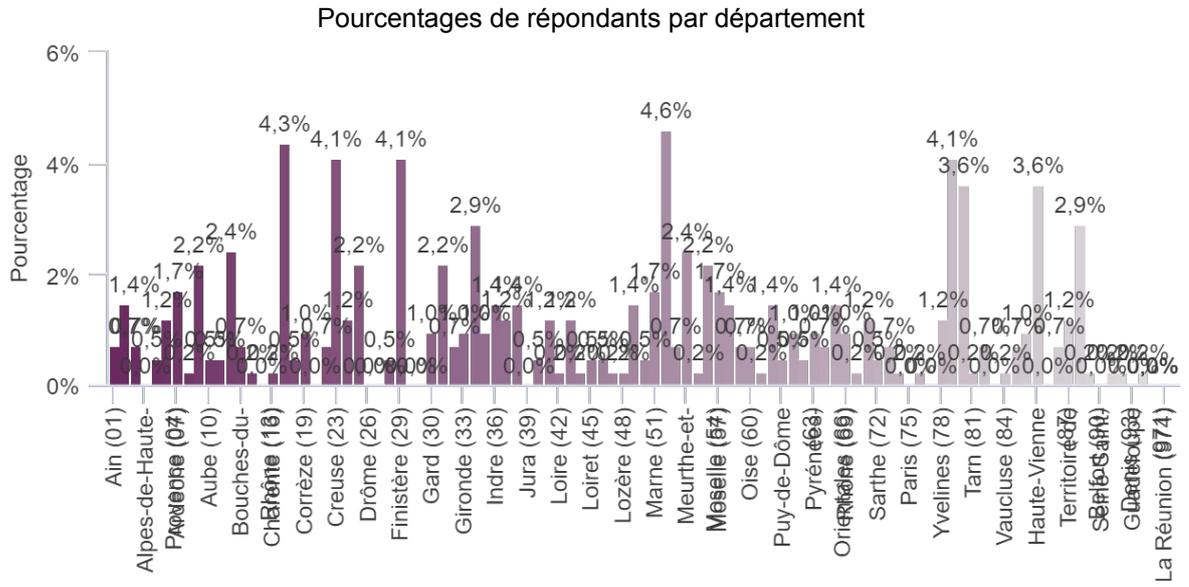
Instructions: The following statements capture different views of dementia. Please use the following scale to indicate your personal views of dementia. Please respond honestly and spontaneously.

(1 = *strongly disagree*, 2 = *somewhat disagree*, 3 = *neither agree nor disagree*, 4 = *somewhat agree*, 5 = *strongly agree*)

1. There is nothing one can do about the increasing disorientation in persons with dementia.
2. There is nothing one can do when persons with dementia become less able to engage in daily activities due to their declining attention span.
3. One cannot change the fact that persons with dementia are often less satisfied with their life because they can't express themselves as they used to.
4. Environmental adjustments will not change the progression of dementia.
5. No matter how much family caregivers and care professionals try, the progression of dementia symptoms cannot be slowed down.
6. Family and care professionals cannot change that persons with dementia are often insecure because they have a hard time doing things by themselves.
7. Despite their gradual decline in attention span, persons with dementia are still able to engage in meaningful tasks when opportunities are provided.
8. Engagement in daily activities enhances the sense of competence in persons with dementia, despite their declining ability to concentrate.
9. Some communication difficulties that are common in persons with dementia can be compensated for by caring and understanding interactions.
10. If persons with dementia are supported in their continuous adaptation to their disease, the increasing memory loss does not necessarily have to lead to emotional insecurities.
11. Conversations with persons with dementia can be meaningful despite verbal impairments, if family or care professionals take the time to engage in the conversation.
12. Being tolerant and understanding toward persons with dementia enables them to feel comfortable and to be themselves.

Fixed Dementia Mindset: Items # 1, 2, 3, 4, 5 and 6; Malleable Dementia Mindset: Items # 7, 8, 9, 10, 11 and 12.

Annexe III. Graphique pourcentages de répondants par département



Influence des croyances (*mindsets*) relatives aux symptômes des troubles neurocognitifs majeurs sur le bien-être au travail des professionnels de santé.

Introduction : De manière novatrice, le concept des *mindsets* a été appliqué aux troubles neurocognitifs (TNC) majeurs par Kunz et al., en Allemagne, pour illustrer les différences interpersonnelles dans la façon de vivre et de réagir à la prise en charge des TNC majeurs. Ils ont créé une échelle de mesure, la *Dementia Mindset Scale*, permettant de déterminer si les professionnels de santé considèrent les symptômes de ces troubles comme fixes ou malléables. Leur étude a révélé que les *mindsets*, relatifs aux TNC majeurs, sont prédicteurs de certains aspects du bien-être au travail chez les professionnels de santé.

Méthode : Notre étude transversale corrélationnelle a en partie répliqué l'étude de Kunz et al. (2020), adaptée au contexte français afin d'étendre et élargir leurs résultats. Les professionnels de santé exerçant auprès de patients atteints de TNC, quelle que soit la sévérité du trouble, et travaillant soit au sein d'une structure d'hébergement, soit en Équipe Spécialisée Alzheimer (N = 378 au total) ont rempli un questionnaire sur les *mindsets* relatifs aux TNC majeurs et sur différentes variables du bien-être au travail.

Résultats : Les hypothèses testées ont été confirmées. Les *mindsets* relatifs aux TNC majeurs prédisent certains aspects du bien-être au travail. Le *mindset* malléable est lié positivement au bien-être au travail. Le *mindset* fixe est lié négativement au bien-être au travail. Nos résultats étayaient ceux obtenus par Kunz et al. dans leur étude.

Conclusion : En pratique, ces informations peuvent être utilisées dans le cadre d'interventions pour accroître le bien-être des professionnels de santé, dont les ergothérapeutes et améliorer la qualité des prises en charge.

Mots-clés : Professionnels de santé, Bien-être au travail, Mindsets, Troubles neurocognitifs, Structure d'hébergement, Équipe Spécialisée Alzheimer, Démence

Influence of Mindsets related to major neurocognitive disorder symptoms on the well-being at work of care professionals.

Introduction : In a groundbreaking approach, Kunz et al. applied the concept of mindsets to major neurocognitive disorders (NCD) in Germany, illustrating interpersonal differences in experiencing and responding to the management of NCD. They developed a measurement scale, the Dementia Mindset Scale, to determine whether care professionals perceive symptoms of these disorders as fixed or growth. Their study revealed that mindsets related to NCD predict certain aspects of well-being at work among healthcare professionals.

Method : Our correlational cross-sectional study partially replicated the study by Kunz et al. (2020), adapted to the French context in order to extend and broaden their findings. Care professionals working with patients with NCD, regardless of the severity of the disorder, and employed either in residential care facility or in an Alzheimer's Specialized Team (N = 378 in total), completed a questionnaire on mindsets related to major neurocognitive disorders and various variables of workplace well-being.

Results : The tested hypotheses were confirmed. Mindsets related to major neurocognitive disorders predict certain aspects of workplace well-being. A growth mindset is positively associated with workplace well-being, whereas a fixed mindset is negatively associated with workplace well-being. Our findings support those obtained by Kunz et al. in their study.

Conclusion : In practice, this information can be utilized in interventions aimed at enhancing the well-being of care professionals, including occupational therapists, and improving the quality of patient care.

Keywords : Care professionals, Workplace well-being, Mindsets, Neurocognitive disorders, Residential care facility, Alzheimer's Specialized Team, Dementia