



HAL
open science

Pandémie Covid-19 dans les Ehpad privés : résultats d'un questionnaire sur les conditions de travail et la santé perçue des soignants

Aude Cuny-Guerrier, Marjorie Pierrette

► To cite this version:

Aude Cuny-Guerrier, Marjorie Pierrette. Pandémie Covid-19 dans les Ehpad privés : résultats d'un questionnaire sur les conditions de travail et la santé perçue des soignants. NS 371, Institut National de Recherche et de Sécurité(INRS). 2021, 58 p. hal-03881202

HAL Id: hal-03881202

<https://hal.science/hal-03881202>

Submitted on 1 Dec 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Public Domain

scientifique & technique
note
note scientifique
& technique
scientifique
technique

**Pandémie Covid-19 dans les Ehpad privés:
résultats d'un questionnaire
sur les conditions de travail
et la santé perçue des soignants**

Pandémie Covid-19 dans les Ehpad privés: résultats d'un questionnaire sur les conditions de travail et la santé perçue des soignants

Aude Cuny-Guerrier et Marjorie Pierrette
Laboratoire Ergonomie et psychologie appliquées
à la prévention
Département Homme au travail

NS 371
juin 2021

Table des matières

Résumé.....	4
Summary	5
1. Le secteur de la dépendance et la santé des professionnels	6
2. Questions et objectifs.....	8
3. Méthodologie	9
4. Résultats.....	10
4.1. Caractéristiques de la population interrogée	10
4.2. Caractéristiques des Ehpad	11
4.3. La Covid-19	13
4.3.1. Cas de Covid-19 chez les résidents	13
4.3.2. Cas de Covid-19 chez les salariés	14
4.3.3. Cas de Covid-19 chez les répondants.....	14
4.3.4. Retour d'expérience (REX)	14
4.4. Perception des conditions de travail	15
4.4.1. Perception de l'organisation du travail.....	15
4.4.2. Perception des moyens techniques à disposition pendant et après le confinement	16
4.4.3. Perception des moyens humains pendant et après le confinement	18
4.4.4. Perception des informations reçues	19
4.4.5. Sentiment d'être suffisamment formé	21
4.4.6. Sentiment de faire un travail de qualité	22
4.4.7. Perception de la charge de travail	23
4.4.8. Sentiment de reconnaissance dans son travail.....	24
4.5. Sentiment de dangerosité pour la santé	25
4.5.1. Sentiment d'avoir mis sa santé en danger.....	25
4.5.2. Sentiment d'avoir mis la santé des résidents en danger	27
4.5.3. Sentiment d'avoir mis la santé de ses proches en danger.....	28
4.6. Santé par rapport à avant.....	28
4.7. Echelle de santé perçue (SATIN).....	28
4.8. Les facteurs pouvant influencer la santé globale perçue selon le métier exercé.....	29
4.8.1. Les caractéristiques personnelles	29
4.8.2. La Covid-19.....	29
4.8.3. Les conditions de travail	30
4.9. Les principaux facteurs explicatifs de la variation du score de santé globale pour chaque métier	32
5. Discussion	33
6. Conclusion	38
Bibliographie	41
Annexe 1 – Questionnaire.....	44

Liste des tableaux

Tableau 1 : Répartition en pourcentages des arrêts de travail entre le début du confinement et le moment du remplissage ainsi que leur durée en fonction du poste occupé et globalement	11
Tableau 2 : Répartition des répondants selon la taille de leur établissement	12
Tableau 3 : Soutien psychologique selon la profession	13
Tableau 4 : Répartition des cas de Covid-19 au sein des répondants	14
Tableau 5 : Modification des horaires de travail selon la fonction occupée	15
Tableau 6 : Modification du contenu des tâches de travail selon la fonction occupée	15
Tableau 7 : Sentiment d'avoir effectué des tâches habituellement réalisées par des intervenants extérieurs.....	16
Tableau 8 : Répartition des réponses concernant le sentiment d'avoir eu, tout au long de la période de confinement national, le matériel nécessaire pour faire face à la réorganisation de certaines activités, le matériel médical nécessaire pour la prise en charge des résidents et le sentiment d'avoir bénéficié d'une conception architecturale facilitant le « confinement » des résidents	16
Tableau 9 : Répartition des réponses pendant le confinement et après le déconfinement à la question « Avez-vous eu le sentiment d'avoir eu suffisamment de matériels de protection individuelle pour faire face à la situation ? ».....	17
Tableau 10 : Répartition des réponses concernant la gêne ressentie vis-à-vis des EPI.....	17
Tableau 11 : Répartition des réponses concernant le sentiment d'avoir eu suffisamment de moyens humains pour faire face à la situation pendant et après le confinement.....	18
Tableau 12 : Evaluation des transmissions orales et écrites pendant le confinement.....	20
Tableau 13 : Sentiment que les répondants et que leurs collègues sont suffisamment formés pour faire face à la situation	22
Tableau 14 : Proportion des réponses à la question : « Vous avez le sentiment que votre charge physique de travail a augmenté par rapport à avant ».....	23
Tableau 15 : Proportion des réponses à la question : « Vous avez le sentiment que votre charge mentale de travail a augmenté par rapport à avant »	24
Tableau 16 : Sentiment d'avoir mis sa santé en danger pendant et après le confinement national ...	25
Tableau 17 : Sentiment d'avoir mis la santé des résidents en danger pendant et après le confinement national.....	27
Tableau 18 : Sentiment d'avoir mis la santé de ses proches en danger pendant et après le confinement national.....	28
Tableau 19 : Sentiment que leur santé globale, leur santé physique, leur moral et leur stress s'est dégradé depuis la crise de la Covid-19.....	28
Tableau 20 : Corrélations significatives à $p < .05$ pour chaque métier entre le score de santé global et les différents facteurs pouvant l'influencer évalué dans le questionnaire.....	30

Table des figures

Figure 1 : Répartition du nombre de questionnaires recueillis par régions en France métropolitaine et dans les Dom-Tom.....	12
Figure 2 : Répartition des réponses selon la fonction des répondants à la question : « Avez-vous le sentiment d’avoir pu accompagner les personnes en fin de vie comme vous le souhaitiez ? »	14
Figure 3 : Pourcentage de personnes ayant répondu « plutôt d’accord » ou « tout à fait d’accord » concernant le sentiment d’avoir reçu des informations claires pour la mise en place des protocoles en fonction des différents d’honneurs d’ordres et par métier	19
Figure 4 : Répartition des réponses « plutôt d’accord » ou « tout à fait d’accord » à la question : « Avez-vous le sentiment d’avoir eu la possibilité de participer (si vous le souhaitez) à la construction des nouveaux protocoles ? » selon la fonction des répondants	20
Figure 5 : Echanges avec le directeur, le supérieur hiérarchique et les collègues pendant le confinement national.....	21
Figure 6 : Echanges avec le directeur, le supérieur hiérarchique et les collègues depuis le déconfinement progressif	21
Figure 7 : Sentiment de faire un travail de qualité auprès des résidents avant la pandémie, pendant le confinement et depuis le déconfinement.....	22
Figure 8 : Sentiment de reconnaissance de la part de différents protagonistes pendant la période du confinement national	24
Figure 9 : Sentiment de reconnaissance de la part de différents protagonistes depuis le déconfinement progressif.....	25
Figure 10 : Pourcentages des réponses pour chaque raison proposée pour expliquer le sentiment d’avoir mis sa santé en danger pendant le confinement.....	26
Figure 11 : Pourcentages des réponses pour chaque facteur explicatif proposé pour expliquer le sentiment de mettre sa santé en danger depuis le déconfinement.....	27

Résumé

Les soignants des Ehpad font face à des conditions de travail difficiles se traduisant par des atteintes à la santé. La survenue de la pandémie Covid-19 a pu renforcer les difficultés rencontrées. Cette dernière s'est en effet traduite par une exposition des professionnels et des résidents à un risque nouveau et méconnu, associée à des changements de pratiques dans l'urgence et l'incertitude.

Des études sur le plan international ont notamment montré des conséquences de la pandémie sur la santé psychologique des soignants. Peu d'entre elles portent spécifiquement sur la santé des soignants des Ehpad associée aux conditions de travail durant la pandémie.

Les objectifs de cette étude sont :

- (1) de décrire les conditions de travail perçues des aides-soignants, infirmiers et infirmiers coordinateurs d'Ehpad privés français en période de pandémie ;
- (2) d'évaluer la santé perçue de ces professionnels sur cette période ;
- (3) d'identifier les liens entre l'évaluation des conditions de travail et la santé perçue ;
- (4) de déterminer, parmi ces facteurs, les prédicteurs de la dégradation de leur santé perçue.

Un questionnaire, réalisé à partir d'une revue de la littérature et d'entretiens auprès de professionnels du secteur, a été diffusé sur le territoire français entre mi-octobre et mi-décembre 2020. Il visait à recueillir des données sur les soignants, les établissements, et la perception des conditions de travail. La santé perçue des répondants est évaluée à partir de l'échelle de santé perçue standardisée intégrée au questionnaire SATIN, complétée par le ressenti sur l'évolution de leur santé globale par rapport à la période pré-pandémique. Les réponses de 458 soignants, dont 269 aides-soignants, 115 infirmiers et 74 infirmiers coordinateurs, ont été analysées.

Les résultats descriptifs soulignent des situations pandémiques et des conditions de travail variées selon les Ehpad. L'évaluation de la santé perçue sur les six derniers mois indique que 28 % des répondants ont un état de santé « mauvais », 50 % « moyen » et 22 % « bon ». Ils sont également 50 % à ressentir une santé globale dégradée depuis le début de la pandémie. Parmi les nombreuses conditions de travail corrélées avec la santé perçue des soignants, les facteurs prédicteurs de la variation du score de santé perçue divergent selon le métier exercé.

Les résultats mettent notamment en évidence la nécessité d'actions prioritaires en matière d'information et de formation, de reconnaissance et de moyens pour se protéger et faire un travail de qualité, intégrant les spécificités liées au métier.

Summary

Caregivers in nursing homes face with difficult working conditions which result in health problems. The occurrence of the Covid-19 pandemic has reinforced the difficulties encountered. The pandemic led to the exposure to a new and unknown risk for professionals and residents, associated with changes in practices in an emergency and uncertainty. International studies have shown the consequences of the pandemic on the psychological health of carers. Few of these studies have focused specifically on the health of nursing home workers associated with working conditions during the pandemic.

The objectives of this study are:

- (1) to describe the perceived working conditions of care assistants, nurses and nurse coordinators in private French nursing homes during the pandemic period;
- (2) to evaluate the perceived health of these professionals during this period;
- (3) to identify the links between the evaluation of working conditions and perceived health;
- (4) to determine, among these factors, the predictors of the deterioration of their perceived health.

A questionnaire, based on a literature review and interviews with professionals in the sector, was distributed in France between mid-October and mid-December 2020. Data collected concerned care workers and nursing home characteristics and working conditions' perception. The perceived health is assessed with the standardised perceived health scale integrated into the SATIN questionnaire completed by feelings about the evolution of their overall health compared to the pre-pandemic period. The responses of 458 carers, including 269 care assistants, 115 nurses and 74 nurse coordinators, were analysed.

The descriptive results highlight the overall pandemic situation and the variety of working conditions in different nursing home. Among participants, 28% had a "poor" perceived health, 50% "average" and 22% "good". Fifty per cent of respondents felt that their overall health was worse than before the pandemic. Among the many working conditions correlated with the perceived health of caregivers, the factors predicting the variation in the perceived health score diverge according to the occupation.

These results highlight the need for priority actions in terms of information and training, recognition and means to protect oneself and do a quality job, taking into account specificities related to the profession.

1. Le secteur de la dépendance et la santé des professionnels

Les soignants des EHPAD sont concernés par une fréquence élevée d'accidents du travail, de maladies professionnelles, de troubles et d'affections psychiques (stress, épuisement professionnel, etc.) (Hylton Rushton, Batcheller, Schroeder, & Donohue, 2015; Pélissier, 2015; Singh, Morgan, Belludi, Verma, & Aithal, 2015). Depuis 2015, l'indice de fréquence des AT a augmenté de 5.9 pour 1000 salariés pour atteindre 100.7 (CnamTS, 2020). En 2019, les TMS ont représenté 94 % des maladies professionnelles reconnues pour les établissements médicalisés hébergeant des personnes âgées¹ et le nombre d'affections psychiques reconnues par les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles est en hausse et probablement largement sous-estimé.

A l'origine de ces atteintes, une charge de travail physique et émotionnelle élevée et des conditions de travail difficiles (techniques et humains) (Bakker, Le Blanc, & Schaufeli, 2005; Marquier et al., 2016).

Les conditions de travail incluent des modalités d'organisation temporelle du temps de travail rendant difficile la conciliation vie au travail/hors travail, une intensification de l'activité, des exigences de plus en plus soutenues pour prendre en charge une population de plus en plus âgée et dépendante, des moyens humains inconstants sous l'effet d'un absentéisme croissant, des moyens matériels et techniques disparates, des modalités de formations diverses se heurtant à un glissement des tâches non prescrit pour assurer la continuité des activités et enfin des modalités de reconnaissance variables et souvent mises en défaut, notamment auprès du grand public.

Des démarches telles que la démarche ALM pour la mobilisation de personnes sont produites pour limiter les impacts physiques sur la santé, mais leur mise en œuvre nécessite des conditions temporelles et organisationnelles soutenant (une évaluation de la situation pour chaque résident, l'aménagement de l'environnement, etc.). Selon la DREES, pour les soignants des Ehpads, cette pénibilité « *est souvent dépassée par un engagement individuel ainsi que des gratifications multiples (issue de la relation privilégiée) aux usagers (...)* » (Marquier et al., 2016, p. 3). La possibilité de faire un travail de qualité est notamment une notion importante pour les professionnels de la santé, avec des acceptions différentes selon les métiers (Haute Autorité de Santé, 2016). Comme pour la charge de travail, certaines approches mettent en évidence les conséquences pour la santé, particulièrement psychologique, d'une « qualité empêchée » (Coutrot, 2018; Gollac & Bodier, 2011). En effet, la dégradation du rapport des salariés à leur travail résulte souvent du sentiment de ne pas avoir les moyens de « faire bien son travail » (Petit & Dugué, 2011). Or, nombre de professionnels se sentent « empêchés », par les contraintes de l'organisation, dans la possibilité de faire un travail de qualité (Marquier et al., 2016).

Dans ce contexte déjà fragile, la pandémie liée à la Covid-19 survenue début 2020, s'est révélée particulièrement difficile à gérer pour les Ehpads qui accueillait en 2015 des personnes âgées en moyenne de 85 ans et 2 mois, dont 35 % avaient plus de 90 ans et 35 % souffraient de pathologies dégénératives (DREES, 2018). Ce nouveau virus est en effet apparu comme particulièrement dangereux pour les personnes âgées et/ou porteuses de maladies chroniques. Pour protéger leurs résidents, les Ehpads ont dû mettre en œuvre dans l'urgence de nombreuses mesures visant à éviter ou au moins à limiter l'entrée du virus et sa propagation au sein des établissements. Ces mesures ont été largement guidées par les protocoles des autorités régionales de santé (ARS), ces derniers évoluant eux-mêmes au fil des connaissances nouvelles sur le virus et des cas de Covid-19. Ainsi, la suspension intégrale des visites, sauf exception, la mise en place de secteurs dédiés et isolés pour les résidents suspects ou confirmés, ou le confinement en chambres ont, par exemple, été mis en œuvre à compter du 11 mars 2020 à la demande du gouvernement. A partir de mi-mars 2020, plusieurs cas groupés de contamination à la Covid-19 étaient signalés à Santé Publique France entraînant, entre autres, le développement, à la demande de la direction générale de la santé, d'un nouveau système de

¹ Code NAF : 8710A. Voir les statistiques de l'assurance maladie-risques professionnels du CTN H https://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/fiches_statistiques/CTNNAF_2019_H_000_8710A_SY.pdf

surveillance des cas de Covid-19 dans les Ehpad et établissements médico-sociaux (mis en place le 29 mars). Malgré ces mesures, et dans un contexte d'augmentation des cas au sein de la population générale et de risque de saturation des capacités en réanimation, un confinement généralisé fut mis en place le 11 mars 2020, coupant encore un peu plus les Ehpad du monde extérieur. En dépit de mesures drastiques, la surmortalité en Ehpad apparaissait alors d'ores et déjà évidente, bien qu'encore concentrée géographiquement sur certaines régions comme le Grand-Est et l'Île de France (Roy, 2020; Tragaki & Richard, 2020). Le confinement national s'est accompagné à partir du 11 mai 2020 d'un « déconfinement progressif » accompagné de règles à destination des Ehpad ne déclarant plus de cas possibles ou confirmés de Covid-19 (cf. Protocole de retour à la normale du 16 juin 2020 du ministère des Solidarités et de la Santé²). Ce déconfinement progressif au sein des Ehpad prévoyait notamment, la reprise encadrée et règlementée des visites des proches, la fin du confinement des résidents en chambres, la possibilité de sorties extérieures dans les espaces verts, la possibilité pour les intervenants paramédicaux de retourner dans les Ehpad sous conditions et la possibilité d'admettre de nouveaux résidents. Le 1^{er} octobre 2020, un nouveau protocole était établi par le ministère des Solidarités et de la Santé avec une liste de préconisations à respecter telles que l'encadrement des visites de façon à limiter la propagation du virus en limitant l'isolement des résidents. La mise en œuvre de ces mesures fut à l'origine d'une modification des pratiques courantes pour l'ensemble des professionnels des Ehpad, qui s'établirent dans un contexte d'urgence et d'incertitude sur les modes de contamination du virus et les moyens de s'en protéger.

Dès mi-mars, l'organisation mondiale de la santé a alerté sur les possibles risques pour la santé psychologique et physique des soignants associés à ces modifications de pratiques, en plus de celui lié à la contamination au SARS-CoV-2 (World Health Organization, 2020). Une augmentation de la prévalence de troubles mentaux (anxiété, dépression, épuisement, addictions et stress post-traumatique) avait déjà été montrée lors des épidémies antérieures de la grippe A H1N1 et du SRAS-Cov (Prete et al., 2020; Smereka & Szarpak, 2020) sous l'effet d'un climat anxigène et de contraintes organisationnelles telles que le manque d'équipements de protection individuelle (EPI) ou de matériel, le changement du contenu de l'activité ou le manque de communication, l'absence de soutien psychologique, la stigmatisation des soignants, etc.

Depuis le début de la pandémie, de nombreuses études ont montré les effets de ce contexte sur la santé, psychologique essentiellement, des personnels soignants dans leur ensemble. Par exemple, une étude menée en Chine a montré que les soignants ont significativement plus de risque de souffrir d'insomnies, d'anxiété, de dépression, de somatisation que les autres travailleurs (W. Zhang et al., 2020). Une revue systématique menée jusqu'au 17 avril 2020 portant sur 12 articles traitant des effets de la pandémie sur l'anxiété a permis d'estimer qu'au moins 1 soignant sur 4 rapportait des symptômes de dépression et d'anxiété (Pappa et al., 2020). Les effets de la pandémie sur la santé physique semblent moins analysés alors que des liens entre les symptômes psychologiques et physiques ont été montrés chez les soignants dans ce contexte de pandémie. Ainsi, Chew et al. (2020) ont montré que les soignants qui présentaient des symptômes physiques avaient également un plus fort taux d'anxiété et de stress.

Les troubles psychiques ont été mis en lien avec des caractéristiques individuelles telles que l'âge (Liang, Chen, Zheng, & Liu, 2020), le fait d'être une femme, le fait de vivre en zone rurale, d'être à risque de contact avec la Covid-19 (W. Zhang et al., 2020). Une étude a montré le lien avec des facteurs personnels relatifs à la peur d'être contaminé ou vecteur de contamination (Mohindra, Ravaki, Vikas, Ashish, & Shubh Mohan, 2020). Plusieurs auteurs ont observé des effets plus importants chez les infirmiers par rapport aux médecins (Cai et al., 2020; Lai et al., 2020; Pappa et al., 2020; Spoorthy, Pratapa, & Mahant, 2020).

² <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/phase-suivante-de-deconfinement-dans-les-ehpad-et-usld>

Plusieurs études ont étudié le lien avec les conditions de travail perçues. L'accès aux EPI, par exemple, était associé à une baisse de la détresse psychologique, une meilleure santé physique et une plus grande satisfaction pour W. Zhang et al. (2020), ainsi qu'à des niveaux moins élevés de dépression, d'anxiété et de stress pour Sampaio, Sequeira, Teixeira et al. (2020). Pour Xiao et al. (2020), un haut niveau de soutien social était négativement corrélé avec le stress et l'anxiété. De même, Cai et al. (2020) ont montré que l'attitude positive des collègues contribuait à réduire le stress. Une attitude soutenante ainsi qu'une reconnaissance de la part des collègues et de la famille devraient être renforcées pour booster le moral des soignants (Mohindra et al., 2020) et une aide psychologique pourrait, selon Kang et al. (2020), limiter l'étendue des troubles observés.

En complément de ces études épidémiologiques, des études qualitatives évoquent des effets sur la santé médiés par la crainte d'être contaminé ou d'être vecteur de contamination, par les modifications du contenu de l'activité professionnelle, par l'augmentation potentielle de la charge de travail ou encore par la difficulté à récupérer dans un contexte familial potentiellement perturbé par le confinement (Liu et al., 2020; Mulin, Trouillet, & Gellato, 2020). De nombreux facteurs sont ainsi susceptibles d'influencer la santé des soignants en temps de pandémie, rendant nécessaire une évaluation tenant compte des spécificités territoriales à différents niveaux (politiques nationales et conditions de travail) (S. X. Zhang et al., 2020).

De façon spécifique aux Ehpad, une étude menée dans le nord de l'Italie a souligné que 87 % des soignants ont rapporté des symptômes au moins légers d'anxiété et/ou de stress post-traumatique dans la période juste après le confinement. De plus, 43 % des travailleurs d'Ehpad interrogés présentaient des troubles anxieux modérés à sévères après le pic du 1^{er} confinement. Les auteurs ont étudié les liens avec le sexe des soignants, le fait d'avoir été en contact avec des collègues ou des personnes positives, l'accès aux EPI et la suspension des visites des familles. La sévérité des symptômes n'était pas corrélée ici avec l'accès aux EPI ou la suspension des visites des familles, mais apparaissait significativement plus élevée pour les femmes et pour les travailleurs ayant été en contact avec des collègues positifs à la Covid-19 (Riello, Purgato, Bove, MacTaggart, & Rusconi, 2020).

De nombreux professionnels d'Ehpad ont alerté ou témoigné sur les difficultés mentales, mais aussi physiques durant la pandémie de Covid-19, notamment en lien avec la pénurie de personnel (soignants absents), et la nécessité de réaliser de nouvelles tâches (Cordesse, 2020; Gzil, Clause, Hirsch, & Brugeron, 2020; Jackson et al., 2020; Mo & Shi, 2020). Cependant, trop peu d'études ont cherché à évaluer la santé des soignants en Ehpad durant cette période de pandémie en faisant le lien avec des facteurs relevant de la perception des conditions de travail telles que les moyens matériels, les moyens humains, les dispositifs de formation, la participation aux décisions, la reconnaissance, ainsi que la charge de travail physique et mentale des soignants des Ehpad lors de la pandémie.

2. Questions et objectifs

En conséquence, dans un objectif de prévention des risques pour la santé/sécurité du personnel soignant en Ehpad, une étude a été menée auprès d'aides-soignants (AS), d'infirmiers diplômés d'état (IDE) et d'infirmiers diplômés d'état coordinateurs (IDEC) travaillant en France dans des Ehpad privés lucratifs ou associatifs afin :

- De décrire les conditions de travail de ce personnel soignant en période de pandémie, en tenant compte des deux temporalités énoncées précédemment, à savoir la période du confinement national et celle du déconfinement progressif ;
- D'évaluer la santé perçue de ces professionnels lors de la pandémie ;
- D'identifier les liens possibles entre leur évaluation des conditions de travail et leur santé perçue ;
- De déterminer les plus forts prédicteurs de la dégradation de leur santé perçue.

3. Méthodologie

Afin de répondre à nos objectifs, nous avons, dans un premier temps, réalisé huit entretiens semi-dirigés. Ces entretiens ont été menés entre juillet et septembre 2020, par téléphone et de manière anonyme, auprès d'aides-soignants (AS), d'infirmiers (IDE) et d'infirmiers coordinateurs (IDEC) exerçant leur activité en Ehpad privés. Sur la base de ces entretiens et des différents éléments bibliographiques recueillis, un questionnaire a été créé (Cf. Annexe 1). Celui-ci comprend 121 questions permettant de recueillir différents éléments susceptibles d'affecter l'activité des répondants et leur santé perçue.

Les éléments recueillis sont les suivants :

- les caractéristiques des soignants comme le sexe, l'âge, le métier exercé (AS, IDE ou IDEC), le fait de travailler uniquement, partiellement ou pas du tout dans une unité de vie protégée (UVP)³, l'ancienneté au sein de l'Ehpad dans lequel ils travaillent, le type de contrat ;
- les caractéristiques « génériques » de l'Ehpad au sein duquel ils exercent : localisation géographique (département) de l'établissement, le type d'Ehpad (lucratif, associatif...), le nombre de résidents accueillis, la présence d'une UVP ;
- des éléments spécifiques à la Covid-19 : présence de cas avérés ou suspectés de Covid-19 au sein des résidents et des salariés (ainsi que leurs nombres approximatifs), décès liés à la Covid-19 dans l'Ehpad, Covid-19 chez les répondants (facultatif), soutien psychologique ;
- des informations sur le contenu et l'organisation du travail et le ressenti sur ces modalités de réalisation du travail (conditions de travail) à l'aide d'une échelle en 5 points (allant de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord »). Ces modalités sont pour la plupart⁴ évaluées au cours des deux périodes : celle du confinement national puis celle du déconfinement progressif :
 - o Les exigences de l'activité : le questionnaire permet de déterminer si le contenu des tâches a été modifié par rapport aux tâches habituellement réalisées et si ces modifications ont entraîné des difficultés. Il permet également de savoir si le répondant a réalisé des tâches habituellement dévolues à des intervenants extérieurs.
 - o L'organisation temporelle : le questionnaire permet de déterminer si l'organisation temporelle a été modifiée et si ces changements ont entraîné des difficultés.
 - o Les moyens matériels pendant le confinement national (matériel médical, matériel pour réorganiser les activités, équipements de protection individuels, architecture favorisant la prise en charge des résidents) et depuis le déconfinement (équipements de protection individuels, gêne lors de l'usage de ces équipements) ;
 - o Les moyens humains (renforts extérieurs et ressenti sur le fait que ces renforts aient soulagé ou non l'activité, moyens humains suffisants) ;
 - o Le niveau de formation (sentiment d'être soi-même ainsi que ses collègues suffisamment formés pour faire face à la situation) ;
 - o Information, participation, reconnaissance (sentiment d'avoir reçu des informations claires de la part de différents protagonistes, sentiment d'avoir pu participer à la construction des nouveaux protocoles, sentiment de faire un travail reconnu) ;
 - o Sentiment d'avoir pu échanger/discuter pendant le confinement et depuis le déconfinement avec le directeur, le supérieur hiérarchique et les collègues ;
 - o Possibilité de faire un travail de qualité (avant la pandémie, pendant le confinement national et depuis le déconfinement) ;

³Les UVP (Unité de Vie Protégée en EHPAD), anciennement « cantou » (centre d'animation naturel tiré d'occupations utiles), sont des unités spécialisées dans l'accueil de personnes âgées atteintes de troubles apparentés ou de la maladie d'Alzheimer en EHPAD.

⁴ Lorsqu'il existe des différences sur la manière d'interroger les conditions du travail pendant le confinement et à l'issue, celles-ci sont présentées dans le texte qui suit.

- Charge de travail globale ressentie (physique et mentale). La charge physique est définie dans le questionnaire comme les déplacements, les postures inconfortables, les efforts de manutention, etc. La charge mentale est définie comme le niveau de concentration et de vigilance. Il est demandé aux répondants la perception vis-à-vis d'une augmentation de ces charges lors du confinement et depuis le déconfinement ;
- Sentiment d'avoir mis sa santé en danger pendant le confinement ainsi que les causes associées (dangerosité perçue du virus, charge de travail globale, manque de moyens pour se protéger, façon de faire de certains collègues, autre). La même question est posée depuis le déconfinement progressif et complétée par deux nouvelles causes possibles (retour des intervenants extérieurs et visites des familles de résidents).

Les effets pour la santé ont été évalués de différentes manières :

- La santé perçue des répondants. Celle-ci est évaluée à partir de l'échelle de santé perçue standardisée intégrée au questionnaire SATIN. Elle permet d'apprécier la santé physique et psychologique perçue par les salariés sur les 6 derniers mois (correspondant selon la date de remplissage à la période de mi-mars à mi-juin). Elle donne lieu au calcul d'un score global de santé perçue et de cinq scores spécifiques : la santé physique perçue, la santé psychologique perçue, les symptômes physiques perçus, les symptômes psychologiques perçus, et le stress ressenti. Les scores varient entre 1 et 5. Les scores proches de 1 indiquent une santé très dégradée alors que les scores proches de 5 indiquent un état très satisfaisant (Kop, Formet-Robert, Althaus, & Grosjean, 2016)⁵ ;
- Cette mesure est complétée par quatre questions relatives à leur ressenti quant à l'évolution de leur santé globale, de leur santé physique, de leur moral et de leur niveau de stress par rapport à la période précédant la pandémie ;
- Enfin, il est demandé aux répondants s'ils ont été en arrêt de travail entre le début du confinement et le moment du remplissage du questionnaire ainsi que la durée et le motif (Covid-19 ; personne fragile ; autres motifs).

Ce mode de recueil par questionnaire a permis de répondre à des enjeux d'analyse quantitative sur un temps court, à l'échelle nationale et sans contact physique dans un contexte de pandémie sanitaire. Il s'agit d'une évaluation subjective de la santé et des situations de travail. L'appréciation subjective que les individus ont de leur propre état de santé est utilisée dans de nombreuses enquêtes et considérée comme un indicateur pertinent de la santé (Miilunpalo, Vuori, Oja, Pasanen, & Urponen, 1997).

4. Résultats

Nous avons recueilli 461 questionnaires. Sur ces 461 questionnaires, nous avons choisi d'éliminer trois cas qui à l'avant-dernière question « *Pouvez-vous nous indiquer si vous avez été à un moment donné en arrêt de travail entre le début du confinement et aujourd'hui ?* », ont répondu « *oui* » et indiqué respectivement des durées d'arrêt de travail de 7 mois et 9 mois pour maternité et 6 mois pour une intervention cardiaque. Il s'agissait d'une AS, d'une IDE et d'une IDEC.

Nous présentons dans un premier temps les statistiques descriptives de l'étude selon les différentes caractéristiques évaluées, puis nous présenterons les facteurs qui ont influencé la santé perçue des soignants dans le cadre de cette étude et de ce contexte de pandémie.

4.1. Caractéristiques de la population interrogée

Parmi les 458 répondants, 41 sont des hommes (9 %) et 415 des femmes (91 %) (2 personnes n'ont pas répondu à la question).

⁵ Les qualités psychotechniques de la v3.0 du questionnaire ont été établies à partir de deux échantillons : 1855 salariés du BTP et 382 salariés d'établissements de soins à destination de personnes âgées dépendantes.

La moyenne d'âge est de 39 ans avec un écart-type de 11,5 ans. Le plus jeune répondant a 18 ans et le plus âgé 70 ans.

La répartition selon la profession exercée est la suivante :

- 59 % des répondants (269) sont des AS
- 25 % (115) sont des IDE
- 16 % (74) sont des IDEC

Parmi les 453 personnes qui ont répondu à la question, 400 (87 %) sont en CDI, 46 (10 %) sont en CDD (dont 36 AS, 10 IDE et 1 IDEC) et 7 ont d'autres types de contrats (2 sont fonctionnaires territoriaux et 3 intérimaires, les autres n'ont pas répondu).

Le Tableau 1 présente la répartition des arrêts de travail et leur durée par fonction ainsi que de manière globale entre le début du confinement et le moment où le questionnaire a été rempli (intervalle de 10 mois environ).

Tableau 1 : Répartition en pourcentages des arrêts de travail entre le début du confinement et le moment du remplissage ainsi que leur durée en fonction du poste occupé et globalement

	AS	IDE	IDEC	Ensemble des répondants
≤ 1 semaine	36 %	23 %	29 %	32 %
> 1 semaine et ≤ 1 mois	49 %	63 %	47 %	52 %
> 1 mois et ≤ 3 mois	14 %	11 %	24 %	15 %
> 3 mois	1 %	3 %	0 %	1 %
% total des arrêts de travail par fonctions	38 %	33 %	23 %	
% total des arrêts de travail	34 %			

Le Tableau 1 montre que 34 % des répondants ont été en arrêt de travail durant la période évoquée. La majorité des personnes en arrêt de travail pendant cette période a eu des arrêts supérieurs à 1 semaine et inférieurs ou égaux à 1 mois. Ce résultat est le même quel que soit la profession exercée.

Sur l'ensemble des personnes qui ont accepté de partager les raisons de leur arrêt de travail, 35 % étaient liés à une contamination à la Covid-19 (72 personnes), 23 % concernaient des personnes fragiles (47 personnes) et 42 % correspondaient à des arrêts non liés à la Covid-19 (86 personnes).

4.2. Caractéristiques des Ehpad

La diffusion large du questionnaire a permis d'obtenir des réponses sur l'ensemble des régions de métropole (excepté la Corse), ainsi qu'en Martinique comme le montre la Figure 1.

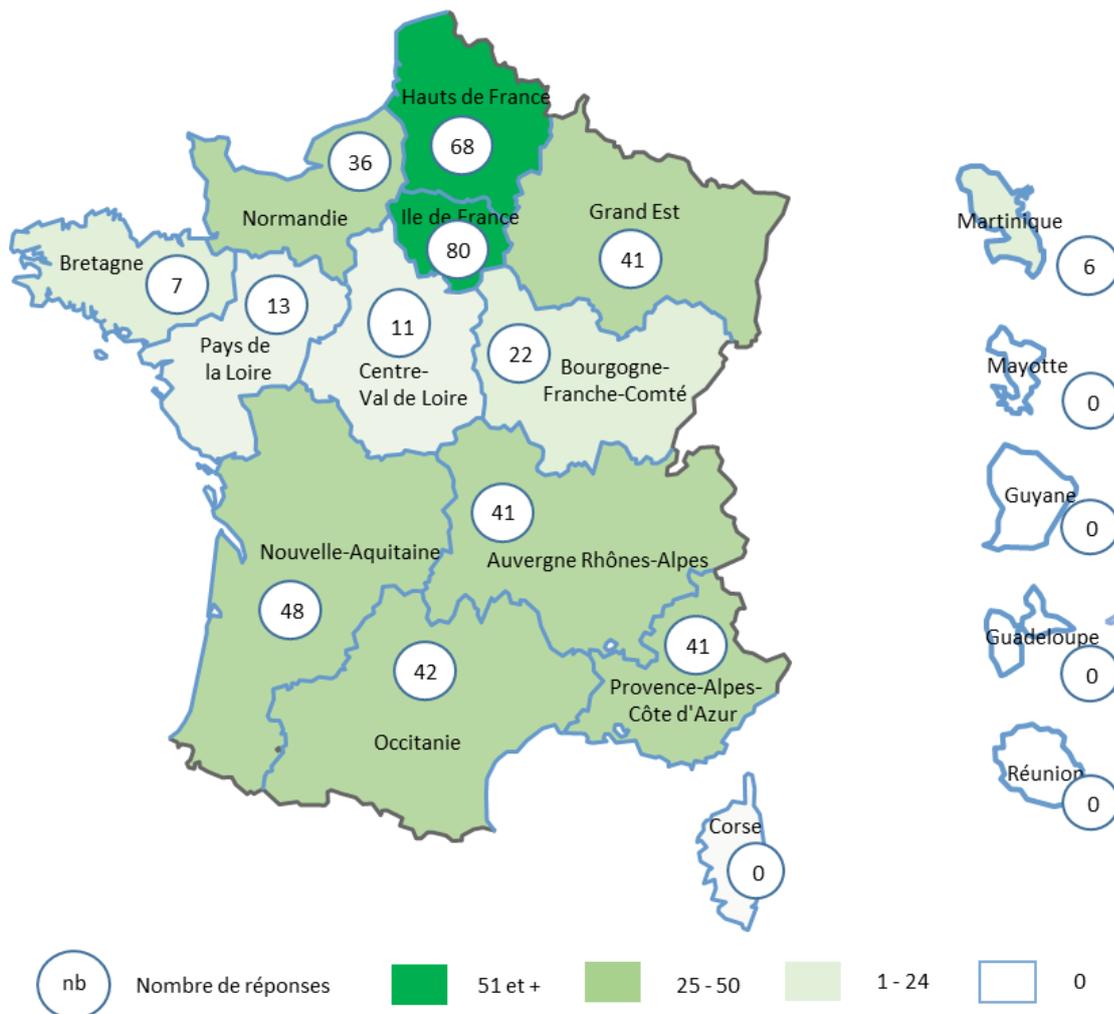


Figure 1 : Répartition du nombre de questionnaires recueillis par régions en France métropolitaine et dans les Dom-Tom

Sur les 449 personnes qui ont répondu à cette question, 73 % travaillent dans un Ehpad privé lucratif, 19 % dans un Ehpad privé non lucratif et 8 % ne savent pas.

Pour les 73 % qui travaillent dans un Ehpad lucratif, il s'agit d'un grand groupe pour 92 % d'entre eux, d'un groupement de plusieurs Ehpad pour 5 %, d'un Ehpad indépendant pour 2 %, et 1 % ne sait pas.

Pour les 19 % qui travaillent dans un Ehpad privé non lucratif, il s'agit d'un groupement de plusieurs Ehpad dans 70 % des cas, d'un Ehpad indépendant dans 22 % des cas, et 8 % des répondants ne savent pas.

Nous avons interrogé des soignants qui travaillent essentiellement dans des établissements de 51 à 100 résidents (cf. Tableau 2).

Tableau 2 : Répartition des répondants selon la taille de leur établissement

	%
Moins de 25 résidents (petite unité de vie)	0,2 %
De 25 à 50 résidents	4 %
De 51 à 100 résidents	85 %
De 101 à 150 résidents	10 %
Plus de 150 résidents	1 %

Enfin, sur les 454 soignants qui ont répondu à la question, 346 (76 %) travaillent dans un établissement comprenant une unité de vie protégée (UVP). Parmi ces personnes, 66 (14 %) travaillent dans un établissement comprenant exclusivement une UVP. Parmi les personnes qui travaillent dans un Ehpad où il y a une UVP, mais pas exclusivement (soit 280 personnes), 39 y travaillent exclusivement, 157 selon leur planning et 71 jamais (13 n'ont pas répondu).

4.3. La Covid-19

Le questionnaire permettait de voir si les répondants avaient dû ou non faire face à des cas de Covid-19 au sein de leur établissement, que ce soit pour les résidents, les collègues salariés ou eux-mêmes, ainsi que d'évaluer approximativement le nombre de cas.

4.3.1. Cas de Covid-19 chez les résidents

En ce qui concerne les résidents, 69 % des personnes interrogées déclarent qu'il y a eu des cas de Covid-19 au sein de leur Ehpad et 50 % qu'il y a eu des décès de résidents liés à la Covid-19.

Pour les 50 % qui ont déclaré des décès, soit 228 répondants, 31 % (72 personnes) ont bénéficié d'un soutien psychologique. Parmi les 72 personnes qui ont bénéficié de ce soutien, elles sont 33 (46 %) à avoir apprécié et 39 (54 %) à penser que ce n'était pas nécessaire. En revanche, parmi les 156 personnes qui n'en ont pas bénéficié (69 %), si 45 % pensent qu'elles n'en avaient de toute façon pas besoin, 55 % auraient apprécié en avoir. On peut noter que ce sont les AS qui ont le moins bénéficié d'un soutien psychologique (cf. Tableau 3).

Tableau 3 : Soutien psychologique selon la profession

	AS	IDE	IDEC	Ensemble des répondants
Oui et vous avez apprécié	10 %	18 %	21 %	14 %
Oui, mais vous n'en aviez pas besoin	17 %	17 %	19 %	17 %
Non et vous auriez bien aimé	41 %	36 %	30 %	38 %
Non et vous n'en aviez pas besoin	32 %	29 %	30 %	31 %

De plus, sur les 228 répondants qui ont déclaré des décès au sein de leur Ehpad, ils sont 51 % à avoir le sentiment de ne pas avoir pu accompagner correctement ces personnes en fin de vie. Cette fois, ce sont les IDE qui pensent significativement plus que les autres ne pas avoir pu accompagner les personnes en fin de vie comme elles le souhaitaient (cf. Figure 2).

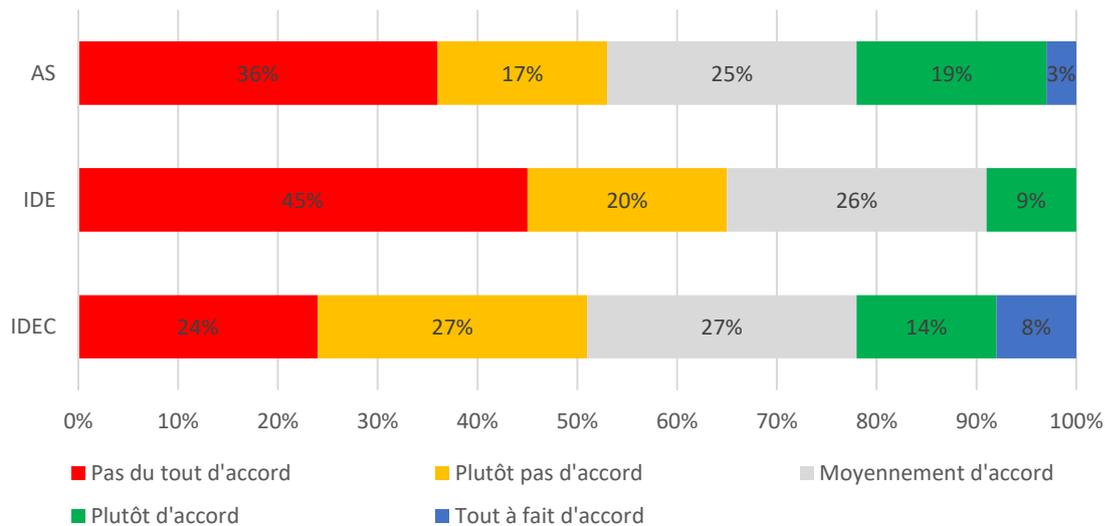


Figure 2 : Répartition des réponses selon la fonction des répondants à la question : « Avez-vous le sentiment d'avoir pu accompagner les personnes en fin de vie comme vous le souhaitiez ? »

4.3.2. Cas de Covid-19 chez les salariés

En ce qui concerne l'ensemble des salariés, 83 % déclarent avoir eu des cas de Covid-19 au sein du personnel de leur établissement et 17 % non.

4.3.3. Cas de Covid-19 chez les répondants

Tableau 4 : Répartition des cas de Covid-19 au sein des répondants

	AS	IDE	IDEC	Ensemble des répondants
Oui, vous avez fait un test et il était positif	22 %	23 %	14 %	21 %
Non, vous avez fait un test et il était négatif	70 %	65 %	77 %	70 %
Vous pensez l'avoir eu, mais vous n'avez pas fait de test	2 %	4 %	4 %	3 %
Vous ne pensez pas l'avoir eu et vous n'avez pas fait de test	6 %	8 %	5 %	6 %

Le Tableau 4 montre que sur l'ensemble des répondants, 70 % déclarent qu'ils n'ont pas eu la Covid-19 et qu'ils ont fait un test pour vérifier, 6 % ne pensent pas l'avoir eu, mais n'ont pas fait de test, 21 % l'ont eu avec test à l'appui et 3 % pensent l'avoir eu, mais n'ont pas fait de test. Il n'y a pas de différence significative selon la profession exercée, même si les IDEC semblent avoir été légèrement moins contaminées.

4.3.4. Retour d'expérience (REX)

Sur les 458 personnes interrogées, seules 35 % ont indiqué qu'un retour d'expérience avait eu lieu au sein de leur établissement pour évaluer ce qui avait fonctionné ou non. Parmi ces personnes, 81 % ont apprécié ce retour. A l'inverse, 65 % n'ont pas eu de retour d'expérience et elles sont 80 % à indiquer qu'elles auraient pourtant bien aimé. Il est intéressant de noter que ce sont principalement les IDEC qui indiquent avoir eu un retour d'expérience. Seules 28 % des IDE et 33 % des AS indiquent avoir eu ce retour d'expérience alors qu'elles sont 57 % pour les IDE et 51 % pour les AS à indiquer qu'elles auraient bien aimé.

Enfin, 58 % des répondants indiquent que leur établissement a été reconfiné depuis la phase de déconfinement progressif de mai 2020.

4.4. Perception des conditions de travail

4.4.1. Perception de l'organisation du travail

Les horaires de travail ont été modifiés pour 40 % des répondants. Le Tableau 5 montre la répartition selon le métier exercé, car il y a des différences.

Tableau 5 : Modification des horaires de travail selon la fonction occupée

	Modification des horaires de travail	
	Oui	Non
Aides-soignants	30 %	70 %
Infirmiers	43 %	57 %
IDEC	70 %	30 %
Ensemble des répondants	40 %	60 %

Les résultats montrent que ce sont les IDEC qui ont très majoritairement vu leurs horaires de travail changer.

Ces modifications ont entraîné des difficultés d'organisation pour 48 % d'entre elles (18 % « tout à fait » et 30 % « plutôt »). Ce sont les IDEC qui ont significativement ressenti davantage de difficulté d'organisation suite à ces modifications.

Le contenu des tâches à réaliser pendant le confinement a également été modifié pour 79 % des personnes et, cette fois encore, particulièrement pour les IDEC (cf. Tableau 6).

Tableau 6 : Modification du contenu des tâches de travail selon la fonction occupée

	Modification du contenu des tâches de travail	
	Oui	Non
Aides-soignants	72 %	28 %
Infirmiers	83 %	17 %
IDEC	97 %	3 %
Ensemble des répondants	79 %	21 %

Ces modifications ont entraîné des difficultés pour 60 % d'entre elles (réponses « tout à fait d'accord » et « plutôt d'accord » cumulées) et ne diffèrent pas significativement d'un métier à un autre.

Enfin, les résultats concernant le sentiment d'avoir effectué des tâches habituellement réalisées par des intervenants extérieurs rejoignent ceux concernant la modification des tâches de travail (cf. Tableau 7).

Tableau 7 : Sentiment d'avoir effectué des tâches habituellement réalisées par des intervenants extérieurs

	AS	IDE	IDEC	Ensemble des répondants
Pas du tout d'accord	27 %	17 %	15 %	22 %
Plutôt pas d'accord	18 %	15 %	13 %	16 %
Moyennement d'accord	19 %	20 %	15 %	19 %
Plutôt d'accord	25 %	26 %	34 %	27 %
Tout à fait d'accord	11 %	22 %	23 %	16 %

La disparité des réponses s'explique par des différences selon le métier des répondants. En effet, un test de Kruskal-Wallis choisi pour comparer le sentiment d'avoir réalisé des tâches habituellement réalisées par des intervenants extérieurs selon les trois fonctions (AS, IDE, IDEC) montre une différence significative selon la fonction occupée ($\chi^2=14,94$; $p=.001$). Les comparaisons par paires soulignent une différence significative entre les AS et les IDE, ainsi qu'entre les AS et les IDEC, mais pas de différence entre les IDE et les IDEC. Le sentiment d'avoir réalisé des tâches habituellement réalisées par des intervenants extérieurs est significativement plus important pour les IDE et les IDEC que pour les AS.

4.4.2. Perception des moyens techniques à disposition pendant et après le confinement

Les résultats concernant les moyens techniques à disposition pendant le confinement sont présentés dans le Tableau 8. Nous avons regroupé dans ce tableau, le sentiment d'avoir eu, tout au long de la période de confinement national, le matériel nécessaire pour faire face à la réorganisation de certaines activités, le matériel médical nécessaire pour la prise en charge des résidents et le sentiment d'avoir bénéficié d'une conception architecturale facilitant le « confinement » des résidents.

Tableau 8 : Répartition des réponses concernant le sentiment d'avoir eu, tout au long de la période de confinement national, le matériel nécessaire pour faire face à la réorganisation de certaines activités, le matériel médical nécessaire pour la prise en charge des résidents et le sentiment d'avoir bénéficié d'une conception architecturale facilitant le « confinement » des résidents

	Matériel pour réorganiser les activités	Matériel médical pour la prise en charge des résidents	Conception architecturale favorisant le « confinement »
Pas du tout d'accord	8 %	9 %	14 %
Plutôt pas d'accord	13 %	12 %	15 %
Moyennement d'accord	31 %	26 %	33 %
Plutôt d'accord	34 %	40 %	29 %
Tout à fait d'accord	14 %	13 %	9 %

Ils sont 48 % des répondants (réponses « tout à fait d'accord » et « plutôt d'accord » cumulées) à penser avoir eu le matériel nécessaire pour faire face à la réorganisation des activités pendant cette période. Ils sont également 53 % à penser avoir eu le matériel médical nécessaire pour la prise en charge des résidents. En ce qui concerne le matériel médical, on note une différence significative d'appréciation en fonction du métier exercé ($\chi^2=11,99$; $p=.002$). Les IDEC pensent significativement plus que les AS et les IDE avoir eu le matériel médical nécessaire pour la prise en charge des résidents.

Les résultats concernant la conception architecturale sont un peu plus disparates. Ils sont en effet 29 % à ne pas estimer bénéficier d'une conception architecturale facilitant le confinement des résidents et l'organisation des activités et 38 % penser, au contraire, qu'ils ont bénéficié d'une telle conception.

Les résultats concernant les équipements de protection individuelle (cf. Tableau 9) montrent qu'ils sont 32 % à penser ne pas avoir eu suffisamment d'EPI pendant le confinement pour faire face à la situation et 21 % moyennement.

Tableau 9 : Répartition des réponses pendant le confinement et après le déconfinement à la question « Avez-vous eu le sentiment d'avoir eu suffisamment de matériels de protection individuelle pour faire face à la situation ? »

	Pendant				Après			
	AS	IDE	IDEC	Tot	AS	IDE	IDEC	Tot
Pas du tout d'accord	18 %	19 %	7 %	16 %	6 %	3 %	0 %	4 %
Plutôt pas d'accord	15 %	15 %	16 %	16 %	10 %	10 %	4 %	9 %
Moyennement d'accord	19 %	28 %	19 %	21 %	22 %	16 %	11 %	19 %
Plutôt d'accord	26 %	22 %	32 %	26 %	42 %	41 %	46 %	42 %
Tout à fait d'accord	22 %	16 %	26 %	21 %	20 %	30 %	39 %	26 %

Un test de Kruskal-Wallis choisi pour comparer le sentiment d'avoir eu suffisamment d'équipements de protection pour faire face à la situation pendant le confinement par métier (AS, IDE, IDEC) montre une différence significative selon le métier exercé ($\chi^2=7,29$; $p=.03$). Les comparaisons par paires montrent une différence significative entre les AS et les IDEC, ainsi qu'entre les IDE et les IDEC, mais pas de différence entre les AS et les IDE. Ainsi, les AS et les IDE pensent significativement moins que les IDEC avoir eu les équipements de protection nécessaires pour faire face à la situation pendant le confinement (cf. Tableau 9).

Ces équipements semblent plus présents depuis le déconfinement. Ils sont 68 % à penser qu'il y en a suffisamment, mais il en reste malgré tout 13 % qui ne le pensent toujours pas. Cette fois encore, on note une différence significative selon le métier exercé ($\chi^2=19,79$; $p<.001$). Les comparaisons par paires soulignent des différences significatives pour chaque métier, en sachant que les AS sont celles qui pensent significativement moins que les autres avoir les EPI nécessaires pour faire face à la situation et les IDEC sont celles qui le pensent le plus.

Lorsqu'on leur demande si ces équipements de protection individuelle sont source de gêne dans la réalisation de leur travail (cf. Tableau 10), ils sont 82 % à répondre qu'ils sont gênés (38 %) voire très gênés (44 %).

Tableau 10 : Répartition des réponses concernant la gêne ressentie vis-à-vis des EPI

	AS	IDE	IDEC	Ensemble des répondants
Pas du tout d'accord	1 %	3 %	3 %	2 %
Plutôt pas d'accord	4 %	3 %	9 %	5 %
Moyennement d'accord	9 %	14 %	15 %	11 %
Plutôt d'accord	34 %	38 %	51 %	38 %
Tout à fait d'accord	52 %	42 %	22 %	44 %

Les AS et les IDE sont significativement plus gênés par ces EPI que les IDEC ($\chi^2=21,96$; $p<.001$).

4.4.3. Perception des moyens humains pendant et après le confinement

Concernant le renfort de personnes extérieures pendant le confinement national, 57 % des Ehpad dans lesquels travaillent les répondants ont bénéficié de renforts de personnes et 43 % non.

Pour les 57 % des personnes interrogées qui ont reçu des renforts pendant la période de confinement, 62 % estiment qu'ils ont permis de soulager leur activité, 22 % « moyennement » et 16 % « pas du tout » ou « peu », sans distinction selon la profession.

Parmi les personnes ayant estimé les renforts comme insuffisants, 63 ont précisé les causes. Celles-ci ont été recodées en 4 catégories :

- 47 % (30 personnes) évoquent la surcharge de travail liée à la nécessité de former les personnes remplaçantes qui étaient souvent des étudiants ou des personnes ne connaissant ni les lieux, ni les résidents, voire l'activité ;
- 27 % (17 personnes) évoquent des renforts centrés sur certaines fonctions ne couvrant pas les activités du répondant. Ceci est notamment évoqué par des IDE et des IDEC qui estiment avoir été insuffisamment aidés en comparaison des AS et ASH ;
- 22 % (14 personnes) évoquent l'insuffisance en nombre des renforts pour faire face au nombre d'absences et à la surcharge de travail liées à la Covid-19. Dans certains cas, ces renforts ne compensent même pas les absences ;
- Enfin, 4 % (3 personnes) évoquent des renforts non présents la nuit.

En ce qui concerne le sentiment d'avoir eu, tout au long de la période de confinement et depuis le déconfinement, suffisamment de moyens humains pour faire face à la situation, les résultats sont sensiblement les mêmes et également disparates, indiquant qu'il existe certainement des différences selon les établissements ou peut-être les régions (cf. Tableau 11).

Tableau 11 : Répartition des réponses concernant le sentiment d'avoir eu suffisamment de moyens humains pour faire face à la situation pendant et après le confinement

	Pendant	Après
Pas du tout d'accord	17 %	19 %
Plutôt pas d'accord	20 %	21 %
Moyennement d'accord	28 %	29 %
Plutôt d'accord	27 %	23 %
Tout à fait d'accord	8 %	8 %

On constate que 37 % des répondants pendant et 40 % après le confinement ont le sentiment de ne pas avoir eu assez de moyens humains pour faire face à la situation. Ce sentiment est le même toutes professions confondues (AS, IDE, IDEC). En revanche, il est significativement plus important quand les répondants ont dû faire face à des cas de Covid-19 parmi les résidents ($\chi^2=17367,50$; $p<.001$). Les comparaisons par paires soulignent que les répondants qui ont eu des cas de Covid-19 au sein des résidents pendant le confinement pensent significativement moins que ceux qui n'en ont pas eu avoir eu les moyens humains suffisants pour faire face à la situation. La corrélation est également significative et négative entre le nombre de cas de Covid-19 déclarés parmi les résidents et le sentiment d'avoir eu suffisamment de moyens humains pour faire face à la situation pendant le confinement ($r_s=-.15$; $p=.01$).

Les répondants qui ont déclaré des cas de Covid-19 parmi les résidents et qui ont reçu du renfort ont été moins nombreux à juger ce renfort satisfaisant (57 %) que ceux n'ayant pas déclaré de cas de Covid-

19 parmi les résidents (76 %). La différence entre les deux conditions est significative ($\chi^2=3536,00$; $p=.01$).

Il semble que le fait d'avoir eu ou non des renforts de personnes extérieures pendant le confinement ne soit pas lié au fait d'avoir eu des cas de Covid-19 parmi les résidents. En effet, sur les répondants ayant déclaré des cas de Covid-19 parmi les résidents, 60 % ont reçu du renfort contre 50 % pour ceux qui n'en ont pas déclaré. En revanche, le renfort de personnes extérieures semble davantage lié au fait d'avoir eu des cas de Covid-19 parmi les salariés. Sur les 374 répondants ayant déclaré des cas de Covid-19 parmi les salariés, 60 % ont reçu du renfort contre 42 % pour ceux qui n'en ont pas déclaré.

Les répondants qui ont déclaré des cas de Covid-19 parmi les salariés et qui ont eu des renforts sont, cette fois encore, moins nombreux à juger ce renfort satisfaisant (61 %) que ceux n'ayant pas déclaré de cas (75 %). La différence n'est cependant pas significative.

4.4.4. Perception des informations reçues

La Figure 3 présente les résultats concernant le sentiment d'avoir reçu des informations claires, pendant la période de confinement, pour la mise en place des protocoles en fonction des différents donneurs d'ordres et par métier.

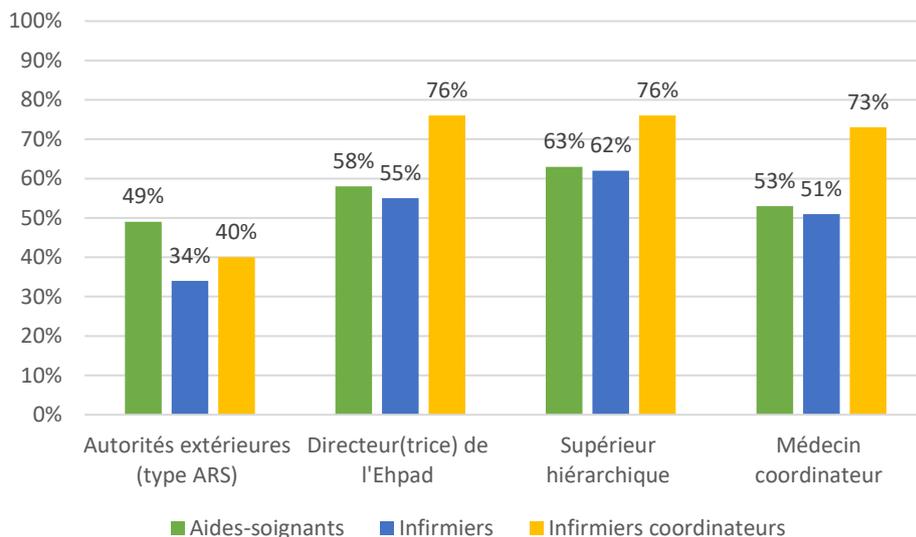


Figure 3 : Pourcentage de personnes ayant répondu « plutôt d'accord » ou « tout à fait d'accord » concernant le sentiment d'avoir reçu des informations claires pour la mise en place des protocoles en fonction des différents d'honneurs d'ordres et par métier

Les résultats soulignent que, globalement, les informations les plus claires pour la mise en place des protocoles proviennent du supérieur hiérarchique le plus proche et du directeur de l'Ehpad. On constate que les IDEC ont davantage le sentiment d'avoir reçu des informations claires que les IDE et les AS.

En ce qui concerne le sentiment d'avoir pu participer à la mise en place de ces nouveaux protocoles, les résultats sont significativement différents selon la fonction occupée (cf. Figure 4).

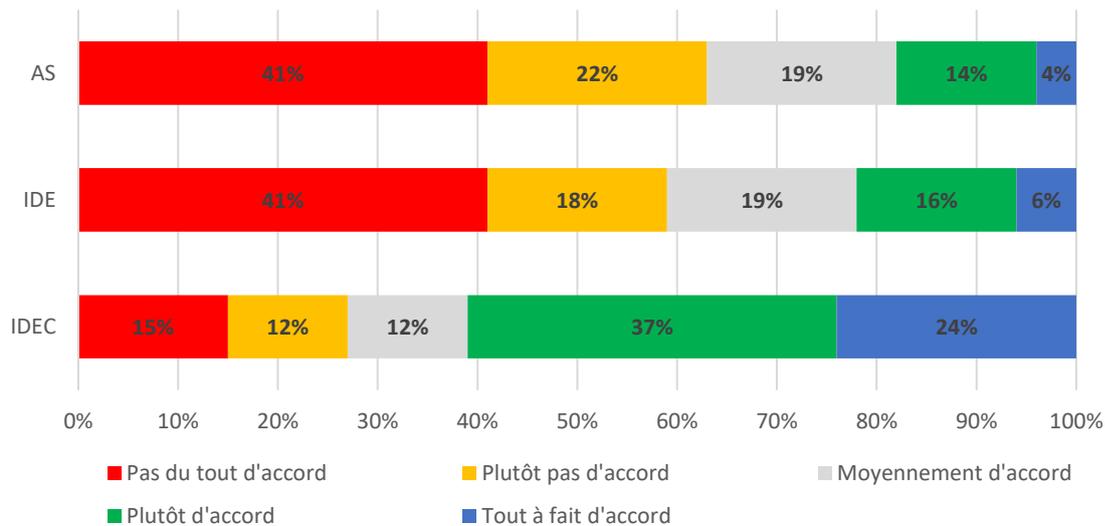


Figure 4 : Répartition des réponses « plutôt d'accord » ou « tout à fait d'accord » à la question : « Avez-vous le sentiment d'avoir eu la possibilité de participer (si vous le souhaitez) à la construction des nouveaux protocoles ? » selon la fonction des répondants

Les AS et les IDE n'ont majoritairement pas le sentiment d'avoir pu participer à la construction des nouveaux protocoles alors que les IDEC sont 61 % à penser qu'elles ont pu le faire. Des analyses statistiques complémentaires pour les IDEC soulignent une corrélation positive et significative entre la participation à ces protocoles et la charge mentale de travail ressentie ($r=.28$). Cependant, cette participation aux protocoles qui a augmenté la charge mentale, a également permis de soutenir un travail de qualité ($r=.50$).

Enfin, ils sont 68 %, tous métiers confondus, à penser que depuis le déconfinement ils sont suffisamment informés sur les conduites à tenir en lien avec les recommandations sanitaires. Cependant, si on regarde les résultats par métiers on trouve une différence significative entre le groupe des IDEC et les autres ($\chi^2=6,99$; $p=.03$). En regroupant les réponses 4 et 5 de l'échelle, les IDEC sont 79 % à être satisfaites alors que les IDE sont 63 % et les AS 67 %.

Pour ce qui est des transmissions, nous présentons dans le Tableau 12 les résultats concernant les transmissions orales et les transmissions écrites via les logiciels de soins.

Tableau 12 : Evaluation des transmissions orales et écrites pendant le confinement

	Transmissions orales	Transmissions écrites
Ont augmenté	41%	42 %
Ont diminué	15 %	11 %
N'ont pas changé	44 %	45 %
Non concerné	/	2 %

Il semble que pour la plupart des répondants, les transmissions, qu'elles soient orales ou écrites, ont soit augmenté soit stagné. Peu de personnes pensent qu'elles ont diminué. En ce qui concerne les transmissions orales, on peut cependant noter une différence significative selon le métier exercé. En effet, les IDEC sont significativement plus nombreuses à penser que les transmissions orales ont augmenté ($\chi^2=21,92$; $p<.001$). Les 49 personnes (11 %) qui pensent que les transmissions écrites ont diminué l'explique principalement par le manque de temps (42 personnes). Les autres raisons

évoquées sont : le manque de personnel et/ou du personnel non formé pour ça, un local exigu, le manque de matériel, et une personne dit que les transmissions orales ont été privilégiées au détriment des transmissions écrites.

Les échanges pendant le confinement national (cf. Figure 5) et depuis le déconfinement (cf. Figure 6) ne semblent pas présenter de différences significatives.

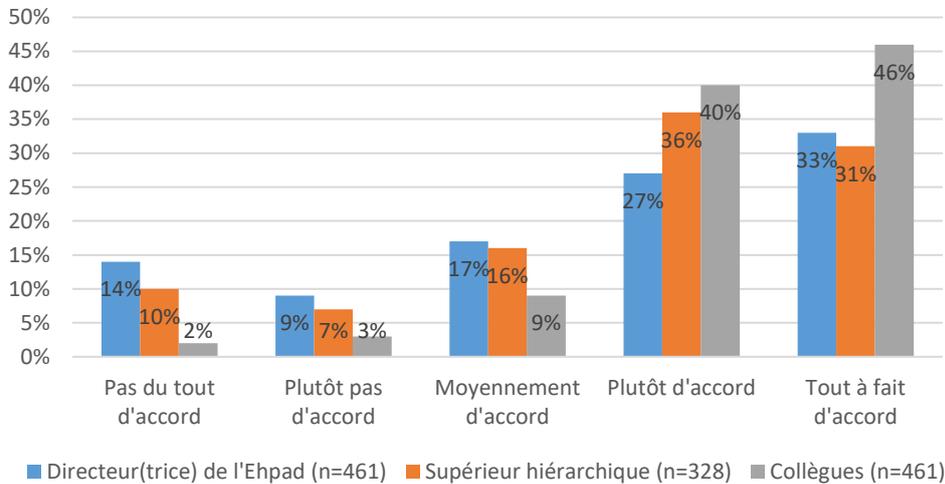


Figure 5 : Echanges avec le directeur, le supérieur hiérarchique et les collègues pendant le confinement national

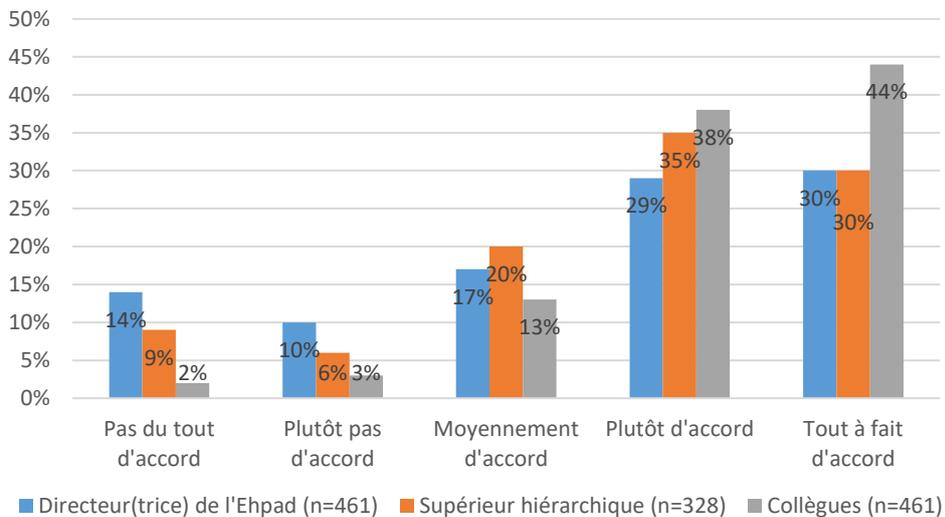


Figure 6 : Echanges avec le directeur, le supérieur hiérarchique et les collègues depuis le déconfinement progressif

Les résultats montrent que les échanges ont été possibles avec la hiérarchie proche et/ou le directeur d'établissement pendant le confinement et après, tout en soulignant que 23 % pendant le confinement et 24 % des répondants après, n'ont visiblement pas pu échanger ou très peu. Les résultats soulignent que c'est surtout entre collègues que les échanges ont été les plus importants.

4.4.5. Sentiment d'être suffisamment formé

Le sentiment d'être suffisamment formé pour faire face à la situation est évalué pour soi et pour ses collègues. Le Tableau 13 présente les résultats.

Tableau 13 : Sentiment que les répondants et que leurs collègues sont suffisamment formés pour faire face à la situation

	Vous	Vos collègues
Pas du tout d'accord	18 %	21 %
Plutôt pas d'accord	18 %	21 %
Moyennement d'accord	29 %	32 %
Plutôt d'accord	27 %	19 %
Tout à fait d'accord	8 %	7 %

Les résultats sont intéressants car ils soulignent à la fois la disparité des réponses, il n'y a pas de majorité qui ressort, mais également une autoévaluation de sa propre formation plus favorable que celle de ses collègues. En regroupant les items 1 et 2 de l'échelle, on voit que 36 % des répondants ne s'estiment pas du tout (18 %) ou peu formés (18 %) pour faire face à la situation, et ils sont 42 % à le penser de leurs collègues.

Le test de Kruskal-Wallis que nous avons choisi pour comparer le sentiment d'être suffisamment formé pour faire face à la situation selon les trois fonctions (AS, IDE, IDEC) montre une différence significative selon la fonction occupée ($\chi^2=11,16$; $p=.004$). Les comparaisons par paires montrent une différence significative entre les AS et les IDEC, ainsi qu'entre les IDE et les IDEC, mais pas de différence entre les AS et les IDE. Le sentiment d'être suffisamment formé pour faire face à la situation est donc significativement plus important pour les IDEC que pour les IDE et les AS. Les IDEC sont également plus positives que les IDE et les AS sur la formation de leurs collègues.

4.4.6. Sentiment de faire un travail de qualité

La question du sentiment de faire un travail de qualité auprès des résidents était posée trois fois : de façon générale et avant la pandémie, pendant le confinement national, et après le confinement national. Les résultats sont présentés dans la Figure 7.

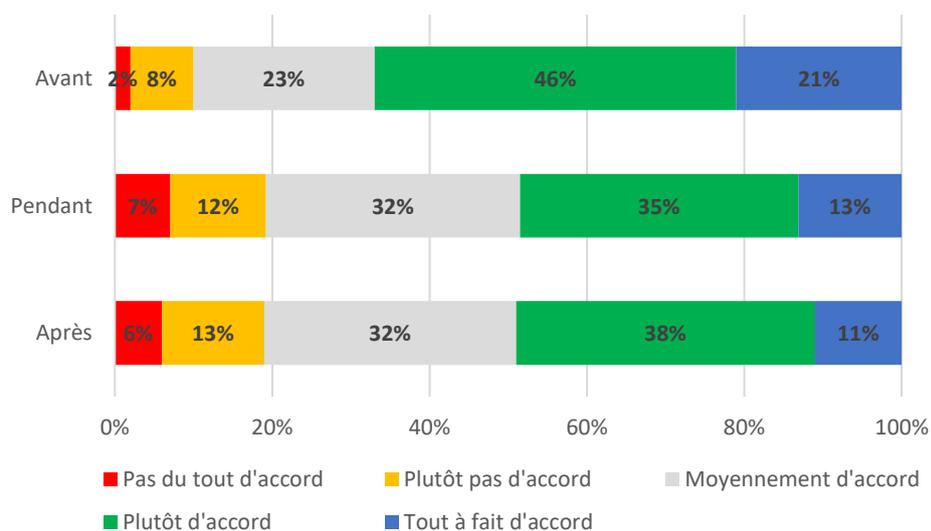


Figure 7 : Sentiment de faire un travail de qualité auprès des résidents avant la pandémie, pendant le confinement et depuis le déconfinement

On constate que 66 % des répondants estiment faire un travail de qualité auprès des résidents avant l'apparition de la Covid-19 contre 48 % pendant et 49 % après.

En prenant les résultats selon le métier exercé, on note une différence significative entre les groupes en ce qui concerne le sentiment de faire un travail de qualité avant la pandémie ($\chi^2=9,521$; $p=.009$). Les comparaisons par paires montrent une différence significative entre les AS et les IDEC, ainsi qu'entre les IDE et les IDEC, mais pas de différence entre les AS et les IDE. Le sentiment de faire un travail de qualité avant l'apparition de la Covid-19 est significativement plus élevé chez les IDEC que chez les AS et les IDE. Nous observons également une différence significative entre les groupes sur le sentiment de faire un travail de qualité pendant le confinement national ($\chi^2=10,129$; $p=.006$). En revanche, les comparaisons par paires montrent que, cette fois, ce sont les IDE qui ont significativement le sentiment de moins faire un travail de qualité par rapport aux AS et aux IDEC pendant cette période.

La pandémie s'est globalement accompagnée d'une baisse du sentiment de faire un travail de qualité. Les résultats montrent que cette diminution est plus marquée chez les IDEC. Les tâches effectuées étant différentes selon le métier, nous avons voulu voir à l'aide de statistiques complémentaires (régressions multiples pas-à-pas) quels étaient les facteurs qui, dans le contexte du confinement, avaient le plus influencé la variation de ce sentiment métier par métier. En ce qui concerne les AS, 26 % de la variation du sentiment d'avoir fait un travail de qualité pendant le confinement est expliqué par le sentiment d'avoir eu, tout au long de la période de confinement, suffisamment de moyens humains pour faire face à la situation ($\beta=.23$), le sentiment que son travail est reconnu par sa hiérarchie ($\beta=.17$), et le sentiment d'être suffisamment formé pour faire face à la situation ($\beta=.16$). On peut noter qu'un certain nombre de facteurs reste à identifier pour comprendre la variation du sentiment d'avoir fait un travail de qualité pendant cette période. En ce qui concerne les IDE, 51 % de la variation du sentiment d'avoir fait un travail de qualité pendant le confinement est expliquée par : les décès liés à la Covid-19 ($\beta=-.51$), le sentiment d'avoir eu, tout au long de la période de confinement, suffisamment de moyens humains pour faire face à la situation ($\beta=.39$), le sentiment que leur travail était reconnu par leurs proches ($\beta=.26$) et par leur hiérarchie ($\beta=.24$). Enfin, 57 % de la variation du sentiment d'avoir fait un travail de qualité pendant le confinement chez les IDEC est expliquée par le sentiment d'avoir pu échanger/discuter avec le directeur ($\beta=.43$), le sentiment que leur travail était reconnu par les résidents ($\beta=.39$), le sentiment d'avoir eu, tout au long de la période de confinement, suffisamment de moyens humains pour faire face à la situation ($\beta=.23$), et le sentiment d'avoir pu participer à la construction des nouveaux protocoles ($\beta=.14$).

Nous n'observons pas de différence entre les groupes pour la période d'après confinement. Ce résultat s'explique par le fait que le sentiment de faire un travail de qualité a fortement baissé entre l'avant confinement et depuis le déconfinement notamment chez les IDEC.

4.4.7. Perception de la charge de travail

La charge physique de travail

Tableau 14 : Proportion des réponses à la question : « Vous avez le sentiment que votre charge physique de travail a augmenté par rapport à avant »

	Pendant	Après
Pas du tout d'accord	6 %	7 %
Plutôt pas d'accord	11 %	12 %
Moyennement d'accord	15 %	18 %
Plutôt d'accord	35 %	32 %
Tout à fait d'accord	33 %	31 %

Les résultats montrent qu'une grande partie des répondants pense que la charge physique ressentie a fortement augmenté pendant le confinement (68 %) et depuis le déconfinement (63 %). Il n'y a pas de différence significative d'évaluation en fonction du métier exercé.

La charge mentale de travail (concentration vigilance)

Tableau 15 : Proportion des réponses à la question : « Vous avez le sentiment que votre charge mentale de travail a augmenté par rapport à avant »

	Pendant	Après
Pas du tout d'accord	2 %	3 %
Plutôt pas d'accord	2 %	4 %
Moyennement d'accord	6 %	10 %
Plutôt d'accord	31 %	36 %
Tout à fait d'accord	59 %	47 %

Les résultats montrent que la quasi-totalité des répondants (90 %) pense que sa charge mentale de travail a augmenté pendant le confinement. Ils sont légèrement moins nombreux à le penser depuis le déconfinement, mais le pourcentage reste très important (83 %).

Cette fois, le test de Kruskal-Wallis pour comparer la charge mentale ressentie pendant le confinement selon les trois fonctions (AS, IDE, IDEC) montre une différence significative selon la fonction occupée ($\chi^2=21,20$; $p<.001$). Les comparaisons par paires montrent une différence significative entre les AS et les IDEC, ainsi qu'entre les IDE et les IDEC, mais pas de différence entre les AS et les IDE. La charge mentale pendant le confinement, très élevée pour l'ensemble du personnel soignant, est donc significativement plus importante pour les IDEC.

Les mêmes analyses réalisées sur la charge mentale ressentie après le confinement ne montrent plus de différence significative entre les trois groupes. La charge mentale ressentie est toujours très importante, comme nous l'avons vu ci-dessus, mais elle a diminué pour tous les groupes et surtout pour les IDEC ce qui fait qu'il n'y a plus de différence significative entre les groupes.

4.4.8. Sentiment de reconnaissance dans son travail

Cette fois encore la question de la reconnaissance était posée pour les deux périodes afin d'évaluer si la médiatisation du travail des soignants pendant le confinement s'était ressentie auprès des salariés et surtout si ce sentiment avait perduré. La Figure 8 présente les résultats sur la période du confinement national et la Figure 9 présente les résultats après cette période.

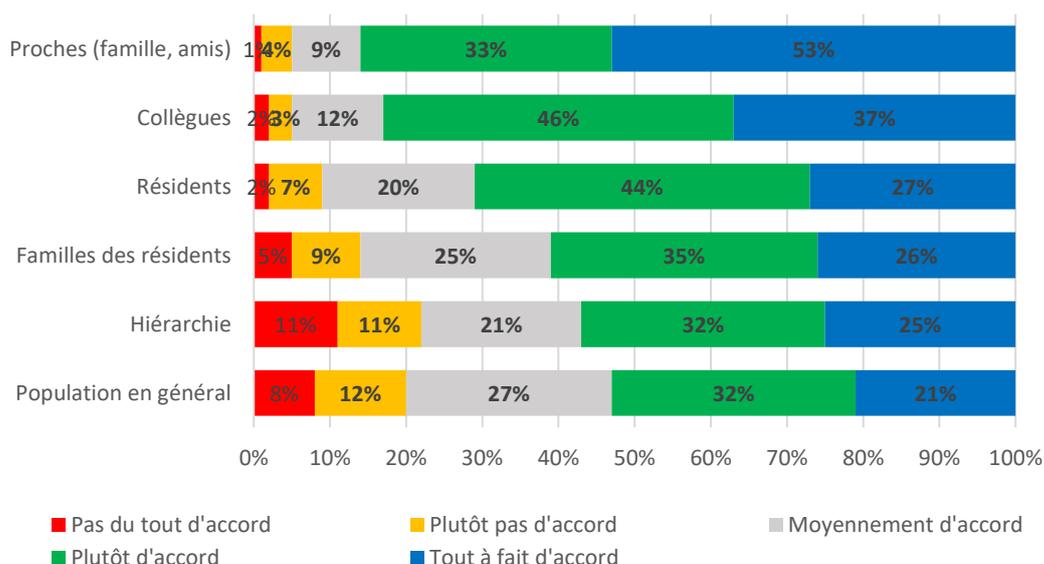


Figure 8 : Sentiment de reconnaissance de la part de différents protagonistes pendant la période du confinement national

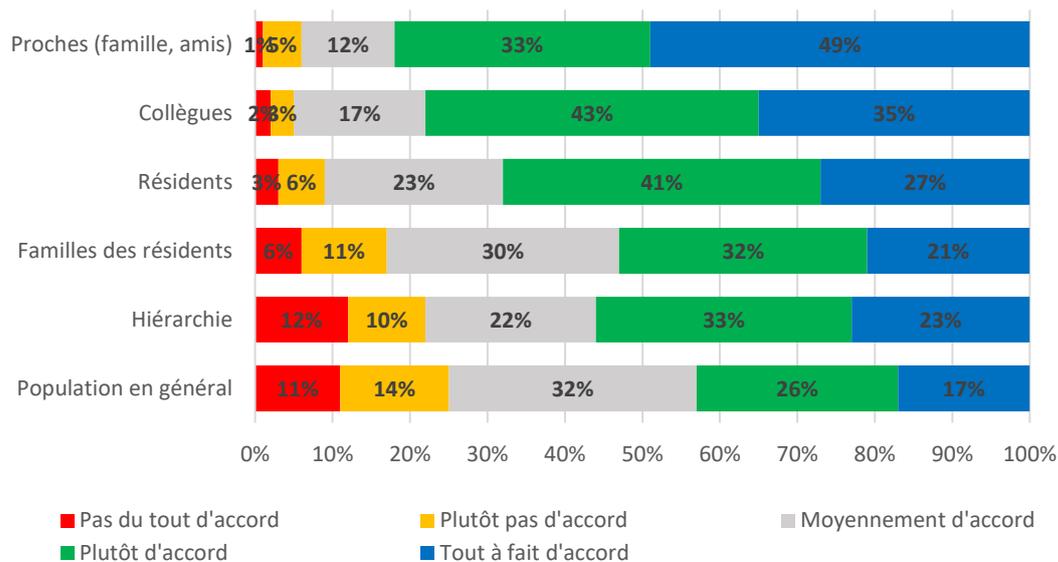


Figure 9 : Sentiment de reconnaissance de la part de différents protagonistes depuis le déconfinement progressif

Les résultats montrent que globalement les soignants se sentent majoritairement reconnus par l'ensemble des protagonistes cités. On peut cependant souligner que le sentiment de reconnaissance provient essentiellement de leurs proches (pour 86 % pendant le confinement et 82 % après), des collègues et des résidents. C'est de la part de la population en générale et de leur hiérarchie ensuite qu'ils pensent avoir le moins de reconnaissance. Les Figures 8 et 9 montrent une légère baisse dans le sentiment de reconnaissance de la part des familles des résidents entre la période de confinement national et depuis le déconfinement au « profit » de la hiérarchie.

Pour ce qui est de la reconnaissance de la part de la hiérarchie, les analyses montrent une différence de perception de cette reconnaissance entre les AS et les IDE d'un côté et les IDEC de l'autre. Les IDEC ont significativement plus le sentiment que leur travail est reconnu par leur hiérarchie que les AS et les IDE ($\chi^2=20,740 ; p\leq.001$).

4.5. Sentiment de dangerosité pour la santé

4.5.1. Sentiment d'avoir mis sa santé en danger

Tableau 16 : Sentiment d'avoir mis sa santé en danger pendant et après le confinement national

	Pendant	Après
Pas du tout d'accord	10 %	13 %
Plutôt pas d'accord	8 %	16 %
Moyennement d'accord	17 %	24 %
Plutôt d'accord	31 %	27 %
Tout à fait d'accord	34 %	20 %

Pendant la période du confinement national, ils sont 65 % des répondants à estimer avoir mis leur santé en danger. Ce sentiment diminue depuis le déconfinement, mais ils sont encore 47 % à le penser. La Figure 10 montre la répartition des différents éléments d'explication de ce sentiment de mise en danger.

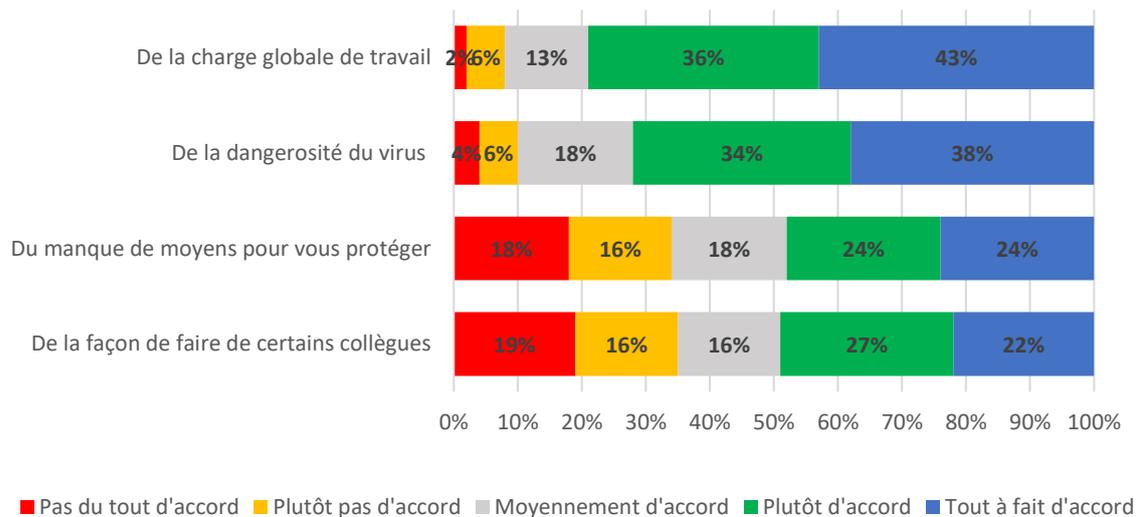


Figure 10 : Pourcentages des réponses pour chaque raison proposée pour expliquer le sentiment d’avoir mis sa santé en danger pendant le confinement

Parmi les 414 personnes qui pensent avoir mis un peu, moyennement, beaucoup voire énormément leur santé en danger, les causes sont principalement la charge globale de travail (79 %) et après seulement la dangerosité du virus (72 %). Il n’y a pas de différence significative selon le métier exercé concernant le sentiment d’avoir mis sa santé en danger à cause de la charge globale de travail ressentie, du manque de moyens pour se protéger et de la façon de faire de certains collègues. En revanche, concernant le sentiment d’avoir mis sa santé en danger à cause de la dangerosité perçue du virus, même si elles pensent majoritairement que c’est le cas, les IDEC sont significativement moins nombreuses que les AS et les IDE à le penser ($\chi^2=10,297$; $p=.006$). On constate également que le sentiment d’avoir mis sa santé en danger à cause de la façon de faire de certains collègues n’est pas ressenti de la même manière par tous, mais cette différence n’est pas liée à la profession exercée. Neuf personnes ont mentionné la catégorie « autre » en indiquant : l’attitude des familles pour cinq personnes, les horaires qui ont augmenté significativement, le confinement par rapport à l’extérieur, le non-port du masque au tout début, les transports en commun, la conciliation travail-vie privée, les sous-effectifs.

La reprise des visites des familles a été ajoutée aux précédentes modalités pouvant expliquer le sentiment de mise en danger lors du déconfinement (visites a priori interdites lors du confinement). Comparés aux résultats obtenus pendant le confinement, ils ne sont plus que 47 % au lieu des 65 % à penser qu’ils mettent leur santé en danger depuis le déconfinement progressif. Cette fois encore, ce sont les AS et les IDE qui pensent significativement plus que les IDEC mettre leur santé en danger depuis le déconfinement ($\chi^2=14,588$; $p=.001$). Le détail des résultats selon les causes proposées est présenté dans la Figure 11.

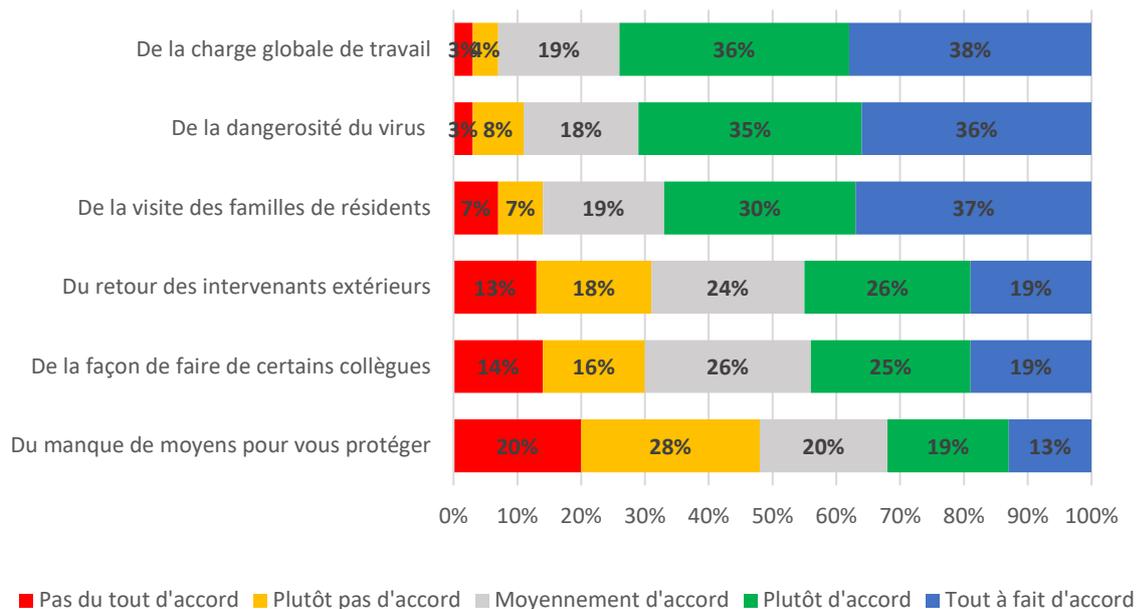


Figure 11 : Pourcentages des réponses pour chaque facteur explicatif proposé pour expliquer le sentiment de mettre sa santé en danger depuis le déconfinement

La principale cause de mise en danger selon ces personnes est, comme pour le confinement national, la charge globale de travail (74 %), suivie de très près par la dangerosité du virus (71 %), puis les visites des familles de résidents (67%). Comme pour le confinement national, il n'y a pas de différence significative selon le métier exercé concernant le sentiment d'avoir mis sa santé en danger à cause de la charge globale de travail, ni pour le sentiment de mettre sa santé en danger à cause des visites des familles. En revanche, les analyses montrent des différences significatives par métier en ce qui concerne la dangerosité perçue du virus ($\chi^2=23,919$; $p \leq .001$), le manque de moyens pour se protéger ($\chi^2=26,124$; $p \leq .001$), la façon de faire de certains collègues ($\chi^2=7,630$; $p = .02$), et le retour des intervenants extérieurs ($\chi^2=12,614$; $p = .002$). A chaque fois, ce sont les AS qui semblent obtenir des réponses significativement différentes des IDE et des IDEC. Elles sont en effet significativement plus nombreuses à attribuer la mise en danger de leur santé à la dangerosité perçue du virus, au manque de moyens pour se protéger, à la façon de faire de certains collègues et au retour des intervenants extérieurs.

4.5.2. Sentiment d'avoir mis la santé des résidents en danger

Tableau 17 : Sentiment d'avoir mis la santé des résidents en danger pendant et après le confinement national

	Pendant	Après
Pas du tout d'accord	29 %	23 %
Plutôt pas d'accord	20 %	21 %
Moyennement d'accord	23 %	26 %
Plutôt d'accord	17 %	19 %
Tout à fait d'accord	11 %	11 %

Une proportion plus importante de répondants ne pense pas avoir mis la santé des résidents en danger (49 % pendant et 44 % après), cependant on peut noter qu'ils sont quand même 28 % pendant et 30 % après à penser que si. Les analyses ne montrent aucune différence significative pendant le confinement selon le métier exercé. En revanche, les AS sont significativement plus nombreuses que les IDEC à penser mettre la santé des résidents en danger depuis le déconfinement ($\chi^2=11,903$; $p = .003$).

4.5.3. Sentiment d'avoir mis la santé de ses proches en danger

Tableau 18 : Sentiment d'avoir mis la santé de ses proches en danger pendant et après le confinement national

	Pendant	Après
Pas du tout d'accord	15 %	16 %
Plutôt pas d'accord	10 %	14 %
Moyennement d'accord	18 %	24 %
Plutôt d'accord	25 %	22 %
Tout à fait d'accord	32 %	24 %

Pendant le confinement, ils sont plutôt nombreux (57 %) à penser avoir mis la santé de leurs proches en danger. Ils sont un peu moins nombreux depuis le déconfinement (46 %). Ce sont les AS qui sont significativement plus nombreuses à le penser, que ce soit pendant le confinement ($\chi^2=17,772$; $p \leq .001$) ou après ($\chi^2=19,624$; $p \leq .001$).

4.6. Santé par rapport à avant

Plusieurs questions ont été ajoutées après l'échelle d'évaluation de la santé perçue de SATIN (cf. § 5.5) afin d'évaluer si les soignants interrogés avaient le sentiment que leur santé globale, leur santé physique, leur moral et leur niveau de stress s'étaient détériorés depuis la crise de la Covid-19.

Tableau 19 : Sentiment que leur santé globale, leur santé physique, leur moral et leur stress s'est dégradé depuis la crise de la Covid-19

	Santé globale	Santé physique	Moral	Stress
Pas du tout d'accord	10 %	10 %	10 %	10 %
Plutôt pas d'accord	15 %	15 %	13 %	13 %
Moyennement d'accord	25 %	27 %	20 %	19 %
Plutôt d'accord	32 %	31 %	37 %	38 %
Tout à fait d'accord	18 %	17 %	20 %	20 %

Dans un premier temps, nous pouvons constater qu'il n'y a pas de différence notable entre les résultats de santé globale, de santé physique, de moral et de stress. Pour la majorité des soignants interrogés, leur santé globale (50 %), physique (48 %), mais surtout leur moral (57 %) et leur niveau de stress (58 %) est moins bon qu'avant cette période de pandémie. Les analyses ne montrent aucune différence significative quelle que soit la nature des éléments proposés selon le métier exercé.

4.7. Echelle de santé perçue (SATIN)

Pour rappel, la santé perçue est évaluée à l'aide du questionnaire SATIN. Celui-ci est composé de 15 questions permettant d'obtenir un score de santé globale ainsi que 5 sous-scores (santé physique, santé psychologique, symptômes physiques, symptômes psychologiques et stress perçu) et d'une question prospective sur la santé perçue dans deux ans.

La moyenne de santé globale est de 2,9 sur 5 avec un écart-type de 0,76 ce qui, selon Kop et al. (2016) représente une santé « moyenne ». Pour être plus représentatifs, nous présentons les fréquences selon les trois catégories :

- Bonne santé (score $\geq 3,5$) = 22 % des répondants

- Santé moyenne (score $< 3,5$ et $\geq 2,5$) = 50 % des répondants
- Mauvaise santé (score $< 2,5$) = 28 % des répondants

On note que seuls 22 % des répondants sont en bonne santé, alors qu'ils sont 28 % à être en mauvaise santé et 50 % à avoir une santé « moyenne ».

Pour ce qui est des sous-scores calculés grâce à cette échelle, les moyennes obtenues sont les suivantes :

- Santé physique : $M = 3,3$ ($\sigma = 0,9$) ;
- Santé psychologique : $M = 2,9$ ($\sigma = 0,9$) ;
- Symptômes physiques : $M = 2,5$ ($\sigma = 1,1$) ;
- Symptômes psychologiques : $M = 3,2$ ($\sigma = 1$) ;
- Stress : $M = 2,7$ ($\sigma = 1$).

Les scores les plus faibles obtenus sont ceux des symptômes physiques, de la santé psychologique et du stress. Les analyses ne montrent pas de différence significative selon le métier exercé. Il n'y a pas non plus de lien avec l'âge ou l'ancienneté au sein de cette activité.

Enfin, ils sont 17 % à estimer que dans deux ans leur santé ne leur permettra pas (7 %) ou peu (10 %) d'occuper le même poste qu'aujourd'hui, 32 % à le penser moyennement et 51 % à penser que dans deux ans leur santé devrait leur permettre d'occuper « plutôt oui » (33 %), voire « oui, tout à fait » (18 %) le même poste qu'aujourd'hui.

Dans un objectif de prévention des risques pour la santé des salariés, nous avons réalisé des statistiques inférentielles de façon à identifier les facteurs liés à la santé perçue des salariés et ceux qui contribuent le plus à la faire varier.

L'analyse descriptive des résultats ayant régulièrement souligné des différences significatives dans l'évaluation des situations de travail selon le métier exercé (AS, IDE, IDEC), nous avons choisi de présenter les résultats en fonction de chaque spécificité de métier.

4.8. Les facteurs pouvant influencer la santé globale perçue selon le métier exercé

4.8.1. Les caractéristiques personnelles

Notre échantillon étant presque exclusivement composé de femmes, nous ne pourrions pas faire de comparaisons selon cette modalité.

Aucune corrélation significative n'a été trouvée, quel que soit le métier exercé, entre la santé globale perçue et l'âge des personnes interrogées, l'ancienneté au sein de leur établissement et l'ancienneté de leur travail en Ehpad.

4.8.2. La Covid-19

En ce qui concerne les AS, les analyses montrent une différence significative de score de santé globale selon le fait qu'il y a eu ou non des cas de Covid-19 au sein des résidents [$U(Noui=175 ; Nnon=91)=6131.50, z=-3.08, p=.002$], qu'il y a eu des cas de Covid-19 au sein des salariés [$U(Noui=208 ; Nnon=55)=4401.50, z=-2.63, p=.009$], et qu'il y a eu des décès de résidents liés à la Covid-19 [$U(Noui=125 ; Nnon=144)=6798.00, z=-3.46, p=.001$]. Les AS qui ont eu des cas de Covid-19 au sein des résidents, ceux qui en ont eu au sein des salariés et ceux qui ont eu des décès de résidents ont un score de santé globale significativement moins bon que ceux qui n'en ont pas eu.

Il n'y a pas de différence significative pour ce qui est des IDE.

En revanche, les IDEC montrent des différences significatives de score de santé global lorsqu'il y a des cas de Covid-19 au sein des résidents [$U(Noui=50 ; Nnon=24)=398.00, z=-2.33, p=.02$] et lorsqu'il y a des décès [$U(Noui=37 ; Nnon=37)=430.50, z=-2.75, p=.006$]. Les IDEC qui ont été confrontées à des cas

de Covid-19 au sein des résidents et des décès ont un score de santé globale significativement moins bon que celles qui n'y ont pas été confrontées.

4.8.3. Les conditions de travail

L'organisation du travail

En ce qui concerne l'organisation du travail, on ne note pas de différence significative dans le score de santé globale par rapport au fait d'avoir eu ou non des renforts de personnes extérieures durant le confinement, quel que soit le métier exercé.

En revanche les AS ont des scores significativement différents lorsque leurs tâches de travail ont été modifiées. Celles qui déclarent avoir eu des tâches de travail modifiées pendant le confinement ont des scores de santé globale significativement moins bons que celles qui n'ont pas eu de modification.

En ce qui concerne les IDEC, ce sont les modifications de leurs horaires de travail qui génèrent des différences significatives de score de santé globale. Celles qui ont eu des modifications ont des scores de santé globale significativement moins bons que celles qui n'en ont pas eu.

Pour une lecture plus rapide, les corrélations de Spearman réalisées entre le score de santé global et les facteurs pouvant être en lien avec celui-ci sont présentés dans le Tableau 20 pour chaque métier (AS, IDE, IDEC).

Tableau 20 : Corrélations significatives à $p < .05$ pour chaque métier entre le score de santé global et les différents facteurs pouvant l'influencer évalué dans le questionnaire

		Santé globale AS	Santé globale IDE	Santé globale IDEC
Moyens humains	Moyens humains suffisants pendant le confinement	.27	.50	.38
	Moyens humains suffisants depuis le déconfinement	.22	.46	/
Moyens techniques	EPI suffisant pendant le confinement	.20	.32	/
	EPI suffisant depuis le déconfinement	.15	.32	/
	Gêne ressentie vis-à-vis des EPI	-.25	/	/
	Matériel suffisant pour réorganiser les activités pendant le confinement	.21	.45	.31
	Matériel médical suffisant pour prendre en charge les résidents pendant le confinement	.26	.55	/
	Conception architecturale facilitant le confinement et l'organisation des activités pendant le confinement	.33	.34	.27
Formation	Sentiment d'être suffisamment formé pour faire face à la situation	.39	.50	/
	Sentiment que les collègues étaient suffisamment formés pour faire face à la situation	.39	.45	.38
Echanges pendant le confinement	Echanges avec la direction	.34	.31	/
	Echanges avec le supérieur hiérarchique	.35	.33	/
	Echanges avec les collègues	.17	/	/

Echanges depuis le déconfinement	Echanges avec la direction	.37	.38	/
	Echanges avec le supérieur hiérarchique	.34	.31	/
	Echanges avec les collègues	.17	/	.37
Informations et participation	Sentiment d'être suffisamment informé des conduites à tenir	.21	.27	/
	Participation à la mise en place des protocoles pendant le confinement	.33	.37	/
Informations claires	De la part de l'ARS	.34	/	.27
	De la part du directeur de l'Ehpad	.36	.37	.25
	De la part du supérieur hiérarchique	.34	.44	/
	De la part du médecin coordinateur	.34	.39	/
Travail de qualité	Sentiment d'avoir fait un travail de qualité auprès des résidents pendant le confinement	.32	.56	.23
	Sentiment de faire un travail de qualité auprès des résidents depuis le déconfinement	.31	.48	.41
Charge de travail	Charge physique de travail perçue pendant le confinement	-.26	/	-.36
	Charge mentale de travail perçue pendant le confinement	-.29	/	-.44
	Charge physique de travail perçue depuis le déconfinement	-.27	-.26	-.27
	Charge mentale de travail perçue depuis le déconfinement	-.30	-.30	-.31
Reconnaissance perçue pendant le confinement	De la part de la hiérarchie	.29	.38	/
	De la part des collègues	.16	/	/
	De la part des résidents	/	.39	/
	De la part des familles de résidents	.17	.34	/
	De la part des proches	/	.35	/
	De la part de la population	.21	.28	.40
Reconnaissance perçue depuis le déconfinement	De la part de la hiérarchie	.38	.40	/
	De la part des collègues	.20	/	/
	De la part des résidents	/	.37	/
	De la part des familles de résidents	.16	.30	/
	De la part des proches	.17	/	/
	De la part de la population	.25	.25	.46
Santé en danger	Sentiment d'avoir mis sa santé en danger pendant le confinement	-.38	-.23	-.56
	Sentiment d'avoir mis la santé des résidents en danger pendant le confinement	-.29	-.45	/
	Sentiment d'avoir mis la santé de ses proches en danger pendant le confinement	-.36	-.33	-.43

	Sentiment de mettre sa santé en danger depuis le déconfinement	-.38	-.36	-.42
	Sentiment de mettre la santé des résidents en danger depuis le déconfinement	-.30	-.34	-.27
	Sentiment de mettre la santé de ses proches en danger depuis le déconfinement	-.37	-.37	-.37

Les corrélations entre la santé globale des AS et les facteurs liés à l'activité sont importantes concernant le sentiment d'être suffisamment formé pour faire face à la situation, le sentiment d'être suffisamment informé des conduites à tenir, le fait de pouvoir échanger avec sa hiérarchie, et le sentiment d'avoir mis et de mettre sa santé, celle des résidents et celle de ses proches en danger.

Les corrélations entre la santé globale des IDE cette fois et les facteurs liés à l'activité sont importantes, concernant par exemple les moyens humains, les moyens techniques, dont principalement le matériel médical pour la prise en charge des résidents, le niveau de formation, le sentiment de faire un travail de qualité, le niveau de reconnaissance (principalement de la part de la hiérarchie et des résidents), mais aussi le sentiment de mise en danger d'autrui plus fortement.

Enfin, pour ce qui est des IDEC, les corrélations les plus importantes concernent la suffisance de moyens humains et de matériel pour réorganiser les activités pendant le confinement, le niveau de formation des collègues ainsi que les échanges avec eux, le sentiment de faire un travail de qualité, la charge mentale, la reconnaissance de la part de la population en général et le sentiment d'avoir mis sa santé et celle de ses proches en danger.

4.9. Les principaux facteurs explicatifs de la variation du score de santé globale pour chaque métier

Afin d'évaluer au plus juste les facteurs contribuant à expliquer le plus la variation du score de santé globale pour chaque métier (AS, IDE, IDEC), nous avons effectué pour chacun une régression multiple pas à pas. Afin de ne pas introduire trop de variables explicatives dans les régressions, nous avons choisi de ne prendre que les facteurs corrélés significativement et supérieurs à $r_s=.30$. De plus, lorsque les corrélations étaient trop fortes entre des facteurs qui évaluent la même chose, mais sur deux temporalités, un seul facteur était introduit.

Pour les AS, la variation du score de santé globale est expliquée à 36 % par cinq facteurs :

- 1) le sentiment d'être suffisamment formé pour faire face à la situation ($\beta=.15$). Le résultat positif du Bêta indique que plus les AS interrogées ont le sentiment d'être suffisamment formées pour faire face à la situation, plus elles ont un score de santé globale élevé (plus le score est élevé, plus cela indique une bonne santé) ;
- 2) la charge mentale de travail (concentration/vigilance) ($\beta=-.14$). Le résultat négatif du Bêta indique que plus la charge mentale de travail ressentie est importante, plus le score de santé globale est faible ;
- 3) le sentiment d'avoir reçu des informations claires pour la mise en place des protocoles de la part des autorités extérieures (type ARS) ($\beta=.13$). Plus les répondants ont le sentiment d'avoir reçu des informations claires de la part des autorités extérieures, plus le score de santé globale est élevé ;
- 4) le sentiment de mettre sa santé en danger ($\beta=-.11$). La valeur du Bêta étant négative, cela signifie que plus le sentiment de mettre sa santé en danger est important, plus le score de santé globale est faible ;
- 5) le sentiment que leur travail est reconnu par leur hiérarchie ($\beta=.10$). Plus ils ont le sentiment que leur travail est reconnu par leur hiérarchie, plus le score de santé globale est important.

Pour les IDE, la variation du score de santé globale est expliquée à 47 % par quatre facteurs :

- 1) le sentiment de mettre la santé des résidents en danger ($\beta=-.19$). La valeur du Bêta étant négative, cela signifie que plus les IDE qui ont répondu ont le sentiment de mettre la santé des résidents en danger, plus leur score de santé globale est faible ;
- 2) le sentiment que leur travail est reconnu par les résidents ($\beta=.15$). Plus ils ont le sentiment que leur travail est reconnu par les résidents, plus leur score de santé globale est élevé ;
- 3) le sentiment d'être suffisamment formé pour faire face à la situation ($\beta=.15$). Comme pour les AS, plus ils ont le sentiment d'être suffisamment formés pour faire face à la situation, plus ils ont un score de santé globale élevé ;
- 4) le sentiment de faire un travail de qualité auprès des résidents ($\beta=.14$). Plus ils ont le sentiment de faire un travail de qualité auprès des résidents, plus leur score de santé globale est élevé.

Enfin, en ce qui concerne les IDEC, la variation du score de santé globale est expliquée à 45 % par quatre facteurs :

- 1) la charge mentale ressentie pendant le confinement ($\beta=-.43$). Plus le sentiment que leur charge mentale de travail (concentration/vigilance) était élevée pendant le confinement, plus leur score de santé globale est faible ;
- 2) les échanges avec les collègues depuis le déconfinement ($\beta=.23$). Plus ils ont le sentiment de pouvoir échanger/discuter facilement avec leurs collègues, plus leur score de santé globale est élevé ;
- 3) la reconnaissance de la population en général ($\beta=.16$). Plus les IDEC que nous avons interrogés ont le sentiment que leur travail est reconnu par la population en général, plus leur score de santé globale est élevé ;
- 4) le sentiment d'avoir mis sa santé en danger pendant le confinement ($\beta=-.11$). Plus ce sentiment est important, plus leur score de santé globale est faible.

5. Discussion

Les données recensées par la Direction des Recherches, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) pour les Ehpad privés en 2015⁶, soulignent que notre échantillon est plutôt représentatif des Ehpad privés en termes de répartition des hommes et des femmes, du métier exercé (malgré une légère surreprésentation des infirmières) et de la taille des Ehpad. En revanche, la diffusion du questionnaire, plus rapide et plus efficace auprès des grands groupes du secteur, pourrait expliquer la surreprésentation de salariés travaillant dans des Ehpad privés lucratifs par rapport aux salariés travaillant dans des Ehpad privés associatifs.

La diffusion large du questionnaire a permis d'obtenir des réponses sur l'ensemble des régions de métropole (excepté la Corse), ainsi qu'en Martinique. Les régions avec le plus grand nombre de réponses sont l'île de France et les Hauts de France, suivies par la nouvelle Aquitaine, l'Occitanie, le Grand Est, etc. Ce résultat semble assez cohérent avec la distribution régionale des Ehpad privés en France métropolitaine établie en 2014 (Morin, 2015) et en 2016 (CNSA, 2017; Fédération hospitalière de France, 2017), qui souligne une forte implantation des Ehpad privés lucratifs et non lucratifs en île de France, dans les Hauts de France, la nouvelle Aquitaine, et l'Auvergne Rhône-Alpes notamment, ainsi que dans le Grand Est pour les Ehpad non lucratifs. On note toutefois une légère sous-représentation des Ehpad privés dans le Sud, et notamment pour la région PACA où les Ehpad privés sont également nombreux (lucratifs notamment). Cette observation peut être liée au fait que les Ehpad du Nord-Est et de l'île de France ont particulièrement été concernés par la Covid-19, en particulier lors du confinement national, et ont souhaité davantage s'exprimer.

Les résultats descriptifs de cette étude montrent que les cas de Covid-19 déclarés chez les résidents, mais surtout chez le personnel des Ehpad sont très importants. Ceci est en accord avec le suivi

⁶ <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx>

statistique du nombre de cas réalisé par Santé Publique France qui faisait état de 186 226 cas en Ehpad et EMS (Etablissement Médico-Social) confirmés par test PCR et antigénique (du 17/10/2020 au 19 février 2021)⁷.

On peut également noter que la moitié des personnes interrogées a dû faire face à des décès de résidents liés au virus et que 51 % ont eu le sentiment de ne pas avoir pu accompagner correctement ces personnes en fin de vie. Dans l'étude d'Atwoli et al. (2017), le sentiment que l'on aurait pu faire quelque chose pour prévenir un décès était associé au stress post-traumatique comme augmentant les troubles psychiques. Dans notre étude, le fait d'avoir été confronté à des décès a un impact significatif sur la santé perçue des salariés. Les salariés qui ont eu des décès de résidents liés à la Covid-19 font état d'une santé globale significativement moins bonne que ceux qui n'ont pas eu de cas. Or, seulement 31 % des répondants qui ont dû faire face à ces décès ont bénéficié d'un soutien psychologique. Ceci peut s'expliquer par le manque de ressources disponibles. Notons également que selon des professionnels interrogés lors des entretiens préparatoires, dans certaines structures, les psychologues ont été réquisitionnés pour aider les équipes dans la réorganisation des activités (déménagement) et la prise en charge des résidents. De ce fait, ils ont pu avoir des difficultés à jouer leur rôle de soutien psychologique auprès des équipes.

Concernant l'organisation du travail, et plus particulièrement l'organisation temporelle, on observe que les horaires de travail ont été modifiés pour 40 % des répondants, ce qui témoigne de l'effort d'ajustement du personnel des Ehpad à des situations difficiles du point de vue des ressources humaines. Notons que ce sont les IDEC qui ont très majoritairement vu leurs horaires de travail changer et qui ont significativement ressenti davantage de difficultés d'organisation suite à ces modifications. Il est probable que le statut des IDEC et le contenu de leurs missions aient favorisé la réalisation d'heures supplémentaires de travail au domicile non comptabilisées, entraînant une difficile conciliation entre vie professionnelle et vie de famille. Une IDEC déclarait, par exemple, en entretien « être d'astreinte tout le temps, ça fait partie de la fonction ».

Le contenu des tâches à réaliser pendant le confinement a également été modifié pour 79 % des personnes interrogées et particulièrement pour les IDEC. Lors des entretiens, les IDEC interrogés ont évoqué la constante réorganisation des plannings, la prise en charge de tâches habituellement dévolues aux équipes à des fins d'entraide du personnel en place ou pour pallier les absences. Les IDEC ont également eu à revoir largement les protocoles (tâches habituelles, mais répétées à de nombreuses reprises durant la pandémie pour tenir compte de l'évolution des connaissances et des directives), ou encore à gérer les relations avec les familles notamment les situations particulières de visites. Certains établissements ont ainsi décidé de maintenir des visites de familles dans des cas de fin de vie, par exemple. Ceci demandait un accompagnement maximal des familles pour s'assurer du respect des gestes barrière (famille accompagnée durant l'ensemble de leur présence dans l'Ehpad). Les IDE ont de leur côté pu largement prendre en charge des tâches habituellement dévolues aux intervenants extérieurs. Ainsi, lors des entretiens, une infirmière faisait état des prélèvements qui étaient traditionnellement réalisés par des préleveurs extérieurs pour certains Ehpad et qui ont dû être réalisés par les IDE, alors même que le nombre de prélèvements explosait pour surveiller/anticiper les conséquences de la Covid-19 (risque de thrombose par exemple). D'autres ont évoqué la nécessité de prendre en charge la rééducation en l'absence de kinésithérapeute admis en Ehpad et d'admission possible en centre de rééducation. L'interdiction des visites des intervenants extérieurs a ainsi reporté une charge de travail importante sur les IDE. Le retour de ces intervenants lors du déconfinement progressif, s'il a pu permettre d'alléger la charge des IDE, a en parallèle été source de crainte de la part des AS pour leur santé (risque de porte d'entrée du virus de l'extérieur).

Concernant la perception des moyens techniques à disposition pendant et après le confinement, les résultats soulignent que l'architecture des établissements n'est pas toujours adaptée au travail en Ehpad puisqu'ils sont 29 % à penser que la conception architecturale de leur établissement n'a pas

⁷ <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/carte-et-donnees>

facilité le confinement des résidents et l'organisation des activités. La satisfaction vis-vis de la conception architecturale durant la pandémie est entre autres liée à la possibilité d'isoler aisément ou non les résidents positifs à la Covid-19. La disparité observée des réponses est cohérente avec le contenu des entretiens préparatoires montrant pour certains la quasi impossibilité d'isoler les résidents quand d'autres évoquaient au contraire la grande facilité. Certains enfin évoquaient la possibilité de le faire sous réserve de « déménager » les résidents d'une chambre à une autre, à l'origine d'une surcharge importante de travail. On observe d'ailleurs une corrélation significative entre la santé des salariés et la conception architecturale. En ce qui concerne le matériel médical à disposition, à peine la moitié des salariés interrogés estime en avoir eu suffisamment pour prendre en charge les résidents. Ces équipements semblent plus présents depuis le déconfinement, ce qui est cohérent avec le temps qui a été nécessaire aux établissements pour se réorganiser. Durant les entretiens, des professionnels avaient par exemple évoqué la difficulté d'obtenir certains matériels ainsi qu'une augmentation du coût chez certains fournisseurs. La disparité observée de la satisfaction vis-à-vis de la disponibilité des EPI peut quant à elle être interprétée par une réelle différence de stock d'un établissement à un autre. De plus, les EPI regroupent un ensemble d'équipements : masques, gants, surblouses dont la disponibilité a pu être variable selon le moment. On peut également penser que d'autres facteurs ont influencé la perception de suffisance d'EPI, comme par exemple le fait qu'il y ait eu beaucoup de cas de Covid-19 au sein de l'établissement ou le fait de s'être senti en danger.

Concernant les moyens humains, la présence de renfort dans les Ehpad n'était pas corrélée de façon significative à l'existence de cas de Covid-19 chez les résidents, mais corrélée avec les cas de Covid-19 chez le personnel. Les renforts se sont ainsi plutôt mis en œuvre pour faire face à l'absentéisme du personnel. Ces situations de fonctionnement en sous-effectif ont, semble-t-il, été accrues lors de la pandémie sous l'effet, notamment, des arrêts de travail de soignants contaminés, « à risque » ou proches de personnes « à risque ». Ces arrêts ont parfois été mal vécus par le personnel restant, comme cela a été souligné lors des entretiens préparatoires. Le sentiment d'insuffisance de ces renforts a quant à lui été exacerbé par le fait d'avoir eu ou non des cas de Covid-19 au sein des résidents. Ce sentiment était également lié au manque de compétences des personnes venant en remplacement et à la surcharge de travail engendrée par la nécessité de les former et de les accompagner. On constate ainsi que les renforts extérieurs, lorsqu'il y en a eu, n'ont pas toujours permis de soulager l'activité des soignants. Le manque de ressources humaines est un sujet récurrent dans les Ehpad au-delà du contexte de pandémie. Le secteur fait en effet face à des difficultés de recrutement qui concernent, selon la DREES en 2018, 49 % des établissements privés (essentiellement les aides-soignants des zones urbaines et les médecins coordinateurs des zones rurales). Pour répondre à ces difficultés lors de la pandémie, le gouvernement a lancé une campagne nationale de recrutement d'urgence sur les métiers du grand âge, en parallèle des revalorisations des rémunérations prévues par le Ségur de la santé visant à augmenter l'attractivité de ces professions. Le 18 décembre 2020, 82 % des offres d'emploi ouvertes sur les métiers de santé (dont 9 700 en Ehpad) étaient pourvus, sans que nous ne puissions préjuger des effets de ces renforts pour les professionnels en place. On constate aussi que le sentiment d'insuffisance de moyens humains, ressenti pour tous les métiers, n'est pas propre à la période du confinement, mais se prolonge voire augmente légèrement lors du déconfinement faisant état d'une situation toujours tendue. Les entretiens préparatoires avaient notamment souligné la possibilité de situations compliquées du point de vue des ressources humaines lors du déconfinement. En effet, cette période s'est combinée au départ des renforts, le plus souvent étudiants ou retraités, mais aussi à la nécessité de réaliser de nouvelles tâches. Parmi celles-ci, la reprise des visites des familles de façon encadrée a demandé aux professionnels des actions de communication sur les flux de circulation et mesures de protection à appliquer, l'accompagnement des familles pour éviter qu'elles ne commettent d'erreur d'hygiène, le contrôle du port effectif du masque, etc.

Ce manque de personnel, conjugué à d'autres facteurs tels que le changement de contenu des tâches, pourrait participer à expliquer pourquoi 68 % des répondants estiment que leur charge physique de travail a fortement augmenté pendant le confinement et 90 % leur charge mentale

(concentration/vigilance). L'augmentation de la charge physique perçue peut être en lien avec la multiplication de certaines tâches (hygiène, bilans, réponses aux familles) ou la réalisation plus compliquée de tâches habituelles. La distribution de repas en chambres plutôt qu'en salle commune par exemple s'est assortie pour beaucoup d'un transport de plateaux compliqué en l'absence de chariot adapté, de la nécessité d'aider les résidents les plus dépendants les uns après les autres. Certains soins, habituellement réalisés en extérieur ou en Ehpad par un intervenant extérieur, ont été pris en charge par le professionnel. Enfin, les entretiens préparatoires mettaient en évidence la difficulté de réaliser certaines tâches avec les EPI (les douches par exemple avec la chaleur). Ils étaient pour rappel 82 % à s'estimer gênés, voire très gênés par le port des EPI lors de la réalisation de leur travail.

L'augmentation de la charge mentale de travail, significativement plus importante chez les IDEC, a pu être en lien avec la nécessité de modifier de façon incessante l'organisation et les protocoles avec des moyens inadaptés, voire inexistantes. Elle a pu également parfois être liée à la vacance du poste de médecin coordinateur. L'étude DREES pointait déjà avant la pandémie qu'un quart des établissements évoquant des difficultés de recrutement présentait un poste de médecin coordinateur vacant depuis plus de 6 mois (soit 10 % des Ehpads privés et publics confondus). Ces Ehpads en sous-effectif étaient aussi ceux pour lesquels le turn-over était le plus élevé. Lors des entretiens préparatoires, une IDEC évoquait ses difficultés : « *on porte les équipes, les résidents et les familles. A un moment donné, qui nous porte ?* ». La participation à la mise à jour des protocoles était également plus importante chez les IDEC, probablement compte tenu de leurs fonctions. Cependant, cette participation aux protocoles qui a augmenté la charge mentale, a également permis de soutenir un travail de qualité pour les IDEC. Tous ont pu être gênés par le caractère incessant des évolutions des protocoles en lien avec les nouvelles connaissances et moyens. Ainsi, lors des entretiens, un AS et un IDE signalent une première injonction portant sur le port du masque puis une deuxième leur disant de ne plus le faire par manque de stock. Pour certains il y a eu un sentiment de « *flou* », pour d'autres de la difficulté à appliquer des protocoles génériques tenant peu compte de situations spécifiques des résidents. Un IDE déclarait : « *on est un peu les exécutants d'un protocole qu'on n'a pas compris, mais dont on voit les effets néfastes* » et soulignait ensuite l'assouplissement bienvenu de certaines règles par l'IDEC. Des IDEC interrogés évoquaient en effet avoir adapté les règles pour « *le bon sens et le bien-être des résidents* » comme par exemple, confiner les résidents par étage et non par chambre pour leur permettre de déambuler dans le couloir, maintenir l'activité d'un kinésithérapeute pour les patients en ayant le plus besoin (atteints de la maladie de Parkinson par exemple), etc. Lors des entretiens, on retrouvait ce sentiment que l'établissement et ses acteurs internes avaient fait ce qu'ils pouvaient face à des informations descendantes nombreuses, changeantes et peu claires. Les résultats du questionnaire ont effectivement souligné que, globalement, les informations les plus claires pour la mise en place des protocoles provenaient du supérieur hiérarchique le plus proche et du directeur de l'Ehpad. Les différences observées entre métiers, notamment le fait que les IDEC avaient davantage le sentiment d'avoir reçu des informations claires que les IDE et les AS, peuvent s'expliquer par le fait que les IDEC, de par leurs missions, sont davantage au fait des informations qu'ils traduisent pour les équipes. Il n'y a donc pas d'intermédiaires.

En ce qui concerne le sentiment de reconnaissance, les résultats montrent que, globalement, les soignants se sentent reconnus par l'ensemble des protagonistes identifiés (hiérarchie, collègues, proches, résidents, familles de résidents et population générale). On note cependant que ce sentiment de reconnaissance provient majoritairement de leurs proches, de leurs collègues et des résidents. Le sentiment de reconnaissance semble moins marqué de la part de leur hiérarchie et particulièrement de la part de la population en général. Ce manque de reconnaissance de la population en général a été souligné lors des entretiens, notamment par une IDEC qui expliquait que la médiatisation des difficultés des Ehpads avait selon elle desservi leur cause, en renvoyant une image négative de ce qu'il se passait à l'intérieur des Ehpads et influençait ainsi la perception des familles. A ce sujet, la légère baisse observée en matière de reconnaissance des familles entre le confinement et le déconfinement

(61 % et 53 %) peut s'expliquer par des relations difficiles avec les familles au cours de la reprise des visites lors du déconfinement comme évoqué lors des entretiens.

Les résultats soulignent que, globalement, les personnes interrogées n'ont pas eu le sentiment d'être suffisamment formées pour faire face à la situation. Ce constat semble significativement plus important pour les IDE et les AS que pour les IDEC, ce qui peut s'expliquer là encore par la fonction et le type de tâches à réaliser, les AS et IDE étant en première ligne dans la réalisation des soins auprès des résidents et donc du risque de contamination.

Globalement, ils sont 65 % à avoir le sentiment d'avoir mis leur santé en danger pendant le confinement. Les facteurs explicatifs qui ressortent le plus durant cette période sont la charge globale de travail ressentie et la dangerosité du virus perçue. Sur ce dernier point, les IDEC sont significativement moins nombreux que les AS et les IDE à le penser. Depuis le déconfinement, ils sont moins nombreux à avoir le sentiment de mettre leur santé en danger, mais les causes évoquées sont toujours les mêmes. En revanche, ce sont les AS qui sont significativement plus inquiets que les IDE et les IDEC sur la dangerosité du virus, le manque de moyens pour se protéger et la façon de faire de certains collègues. Ce sentiment peut être mis en lien avec le fait qu'ils sont également plus nombreux à estimer être peu formés pour faire face à la situation et à avoir le sentiment de ne pas avoir eu assez d'EPI pour se protéger.

Les professionnels de santé interrogés étaient 28 % pendant le confinement et 30 % depuis le déconfinement à penser avoir mis la santé des résidents en danger. Ce sentiment est significativement plus important pour les AS depuis le déconfinement. Ceci est probablement lié au sentiment de peur pour sa propre santé plus important également chez les AS lors du déconfinement et lié, entre autres, à la reprise des visites et des activités des intervenants extérieurs. Par ailleurs, la mise en danger des résidents ne se fait pas qu'à l'aune du risque de contamination à la Covid-19. Elle peut être aussi liée à l'observation par les professionnels des effets de l'isolement sur les résidents comme cela a été évoqué par plusieurs professionnels interrogés lors des entretiens : « *dépression, plus grande agressivité, dénutrition, isolement affectif, perte de capacités cognitives, etc.* » ; « *l'état de santé de certains se dégradant ben ça marque... et on est impuissant* ». Ces constatations ont pu être d'autant plus inquiétantes qu'elles s'assortissaient de difficultés de prise en charge des résidents dans les hôpitaux en cas de besoin « *si ça dégénérerait, on sentait qu'on serait clairement isolé* ».

Enfin, la santé perçue, jugée comme un bon indicateur de l'évaluation de la santé réelle (Miilunpalo et al., 1997), évaluée à l'aide de l'échelle de santé perçue du questionnaire SATIN, montre que 50 % des répondants ont un score de santé globale indiquant une santé « moyenne » et 28 % un score indiquant une « mauvaise » santé sur les 6 derniers mois. Les entretiens ont mis en évidence des situations de « *fatigue mentale et nerveuse* » au moment du déconfinement lorsqu'ils ont relâché la pression « *le premier mois, ça va parce qu'on est poussé par le truc et on sent l'urgence, après quand ça a commencé à s'installer, etc. et là ça a commencé à être fatiguant et puis l'état de santé de certains se dégradant ben ça marque... et on est impuissant* ». La mesure de la santé perçue est en lien avec le contexte lié à la pandémie, mais pas seulement. En effet, la santé étant un processus dynamique et sur le long terme, cet état de santé mesure également les effets des conditions de travail antérieures ou concurrentes, mais non liées à la pandémie elle-même. Dans le cadre de cette étude, réalisée dans un contexte de pandémie, différents facteurs ont été identifiés comme prédicteurs d'une santé dégradée. Les statistiques descriptives ayant souvent souligné des différences de perception des conditions de travail selon le métier exercé, il n'est pas étonnant de voir que les prédicteurs de cette santé dégradée ne sont pas systématiquement les mêmes en fonction du métier exercé.

Ainsi, la santé globale des AS est impactée négativement par le sentiment de ne pas être suffisamment formées pour faire face à la situation, par le niveau important de concentration/vigilance (charge mentale) que ces professionnels ont dû mobiliser, par le sentiment de ne pas avoir reçu des informations claires pour la mise en place des protocoles de la part des autorités extérieures, par le sentiment de mettre leur santé en danger et par le sentiment que leur travail n'est pas ou peu reconnu

par leur hiérarchie. Il semble donc que ces professionnels de santé ont souffert d'un manque de connaissance de la situation et des conduites à tenir. On constate d'ailleurs, à partir des analyses descriptives, qu'ils sont plus nombreux que les IDE et les IDEC à avoir le sentiment de mettre leur santé en danger à cause de la dangerosité perçue du virus, du sentiment de n'être pas suffisamment protégés et du manque de confiance dans la façon de faire de leurs collègues et des intervenants extérieurs. Il est donc important de former ce personnel soignant afin qu'il se sente davantage en confiance face à la maladie en général et à la contamination. Ce manque de connaissance peut être à l'origine d'une représentation faussée de la situation. Une revue de la littérature internationale proposée par El-hage et al.(2020) et tenant compte des données des précédentes épidémies (SARS-CoV-1, H1N1) montre que des soignants engagés dans des soins présentaient des manifestations anxieuses modérées à sévères, avec des préoccupations centrées sur l'infection virale elle-même et la crainte d'être contaminés et de contaminer ses proches. Dans le cadre de la pandémie liée à la Covid-19, les auteurs expliquent que la rapidité de diffusion de la maladie et les connaissances incertaines autour de sa propagation et de la façon de se protéger ont exacerbé les peurs des soignants et dégradé leur santé psychique. Il a en effet fallu s'adapter rapidement aux différentes réorganisations des activités et parfois aux nouvelles tâches incombées sans avoir été préalablement formé. Cette nécessité d'adaptation rapide a mis à mal le sentiment de maîtrise de son environnement qui est pourtant un facteur de protection. L'inquiétude vis-à-vis des moyens matériels mis à disposition altère également ce sentiment de maîtrise. Or, les résultats de cette étude montrent qu'ils sont 34 % chez les AS et 35 % chez les IDE à estimer ne pas avoir eu suffisamment de matériel de protection pour faire face à la situation.

La santé globale des IDE semble davantage impactée par des facteurs en lien avec les résidents qu'elles prennent en charge. Ainsi, leur santé globale est dégradée par le sentiment de mettre la santé des résidents en danger, de ne pas faire un travail de qualité auprès d'eux et de ne pas voir leur travail reconnu par ces mêmes résidents. Comme les AS, la santé perçue des IDE est également impactée par le sentiment de ne pas être suffisamment formés pour faire face à la situation.

Enfin la santé globale des IDEC est impactée par une charge mentale importante certainement due à la nécessité de réorganiser les activités et donc au fait d'avoir modifié leurs horaires et leurs tâches de travail. On constate que les IDEC ont davantage participé à la mise en place des protocoles et qu'elles ont également davantage fait part d'une augmentation des transmissions orales (64 % des IDEC interrogées déclarent qu'elles ont augmenté). Ces échanges entre collègues impactent positivement la santé globale des IDEC, car le rôle de manager prend alors tout son sens. Contrairement aux IDE, la santé globale des IDEC est dégradée par le manque de reconnaissance de la population en général. En effet, les quelques IDEC interrogés lors de la phase préparatoire semblaient affectés par l'image que renvoyait les médias de ces établissements. Enfin, tout comme les AS, la santé des IDEC a été mise à mal par le sentiment d'avoir mis pendant le confinement leur santé en danger. On peut cependant noter que, contrairement aux AS, ce sentiment est fortement corrélé avec la charge de travail globale perçue.

6. Conclusion

La présente étude a visé à dresser un état des lieux des conditions de travail perçue par trois catégories de professionnels de santé exerçant en EphaD privés lors du confinement et du déconfinement progressif. Elle permet d'identifier certains facteurs particulièrement prédictifs de la santé selon le métier. Ces résultats doivent permettre d'alimenter les réflexions des professionnels du secteur sur les aménagements à proposer en lien avec une situation pandémique et les conditions de travail transitoires et/ou pérennes en découlant.

Pour agir en faveur de la santé des professionnels, il est ainsi nécessaire de travailler sur les moyens à fournir pour leur permettre de faire face à ce nouveau risque biologique ainsi qu'aux risques physiques et psychologiques générés par cette situation nouvelle. La prévention doit englober différents niveaux d'action (politique, établissement, soignants) et intégrer des spécificités liées au métier.

La question du **renfort humain** d'abord est essentielle pour limiter la charge physique et mentale des professionnels en poste et favoriser la réalisation d'un travail de qualité. Sujet constant pour les Ehpad qui font souvent face à des difficultés en matière de recrutement et de remplacement ponctuel, ces difficultés se sont vues compliquées ici par l'insuffisance de ressources en regard de la demande. Se caractérisant dans une situation pandémique par de profonds bouleversements, le renfort devrait particulièrement être pensé :

- en nombre, mais aussi en profil et en compétences (AS, IDE) sur l'ensemble des plages horaires de travail (la nuit aussi), en favorisant la mutualisation des ressources si nécessaire ;
- en prenant en compte et en organisant des temps d'appropriation de leurs fonctions par les nouveaux arrivants, car cela peut se traduire par une surcharge de travail des professionnels en place (temps d'accueil, d'information voire de formation, etc.).

La question de la **formation** des futurs professionnels doit être instruite à l'échelle du secteur. Agir sur la formation est en effet en faveur d'une réduction du sentiment de mettre sa santé en danger pour les IDE et les AS, la possibilité de faire un travail de qualité (notamment pour les AS), mais aussi d'une réduction de la charge mentale notamment pour les IDEC qui ont eu à gérer ces difficultés à leur niveau. La période actuelle doit être l'occasion d'échanger sur ce qui a manqué en matière de formation, en tenant compte des spécificités liées à la fonction et du contenu des formations initiales et continues. Cette difficulté, qui semble plus marquée pour les AS, peut signer un manque de formation sur les risques biologiques.

La **mise à disposition de matériel** dépasse largement la question des EPI. Les moyens de prise en charge médicale pour les IDE notamment et tous les moyens nécessaires à une réorganisation des activités (chariots de déménagement par exemple) doivent être réfléchis et anticipés. Les nouvelles exigences architecturales inhérentes à une pandémie, telles que la nécessité de limiter les interactions, devraient être intégrées dans les cahiers des charges de la construction d'un nouvel établissement. Il faudra veiller, lors de la répartition des espaces de travail et du matériel, à la possibilité d'isoler les secteurs et de limiter ces interactions sans compliquer les flux de personnes, de matériel, etc.

L'évolution des protocoles doit être accompagnée pour les professionnels encadrants qui auront à leur tour à les décliner et à les expliquer à leurs équipes. Ces protocoles devraient, lorsque cela est possible, laisser une souplesse, permettant d'intégrer certaines spécificités liées aux établissements (dans leur configuration architecturale, les moyens, etc.).

Les **difficultés liées aux modifications de tâches** devraient être débattues et anticipées pour le futur en tenant compte de spécificités liées à la fonction et au contexte. L'interdiction des visites des intervenants extérieurs, par exemple, a reporté une charge de travail importante sur les IDE. Cependant, leur retour lors du déconfinement progressif a été source de crainte pour la santé notamment de la part des AS (risque de porte d'entrée du virus de l'extérieur). Les modifications des tâches ont également généré des difficultés pour les AS, mais aussi pour les IDEC qui ont dû réorganiser les activités et ont vu leurs horaires de travail augmenter.

En complément, un **soutien psychologique** doit pouvoir être proposé aux professionnels qui le souhaitent (32 % ont reçu un soutien psychologique et 37 % n'en ont pas bénéficié alors qu'ils l'auraient souhaité).

Pour traiter l'ensemble de ces questions, et parce que les situations diffèrent d'un établissement à un autre, la mise en place de REX (retour d'expériences) est essentielle. Au moment du remplissage du questionnaire (mi-octobre à mi-décembre 2020), seulement 35 % des répondants avaient bénéficié d'un REX dans leur établissement et 52 % n'en ont pas eu alors qu'ils en auraient souhaité un. La situation évoluant, il est nécessaire de poursuivre les REX qui permettent de remonter les difficultés et d'anticiper pour le futur.

Limites

La temporalité pour évaluer la santé (avant et après) a pu poser question pour certains répondants, estimant difficile de donner un ressenti moyen pour une période de confinement (puis de déconfinement progressif) qui a pu voir s'alterner des moments plus calmes et des moments plus chargés au gré de la situation particulière de l'Ehpad.

Bibliographie

- Atwoli, L., Stein, D. J., King, A., Petukhova, M., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., . . . Kessler, R. C. (2017). Posttraumatic stress disorder associated with unexpected death of a loved one: Cross-national findings from the world mental health surveys. *Depression and Anxiety*, 34(4), 315-326. doi:<https://doi.org/10.1002/da.22579>
- Bakker, A. B., Le Blanc, P. M., & Schaufeli, W. B. (2005). Burnout contagion among intensive care nurses. *J Adv Nurs*, 51(3), 276-287.
- Cai, H., Tu, B., Ma, J., Chen, L., Fu, L., Jiang, Y., & Zhuang, Q. (2020). Psychological impact and coping strategies of frontline medical staff in Hunan between January and March 2020 during the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Hubei, China. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 26, e924171-924171. doi:doi : 10.12659/MSM.924171
- Chew, N. W. S., Lee, G. K. H., Tan, B. Y. Q., Jing, M., Goh, Y., Ngiam, N. J. H., . . . Sharma, V. K. (2020). A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 559-565. doi:<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.049>
- CnamTS. (2020). *Synthèse année 2019. Naf Niveau 5 : 8710 A. Hébergement médicalisé pour personnes âgées*
https://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/fiches_statistiques/CTNNAF_2019_H_000_8710A_SY.pdf
- CNSA. (2017). *La situation des EHPAD en 2016. Analyse budgétaire de la prise en charge des résidents.*
<https://www.cnsa.fr/node/3701>
- Cordesse, A. (2020). Témoignage : expérience d'un étudiant en masso-kinésithérapie en renfort dans un EPHAD touché par le COVID-19. *Kinésithérapie, la Revue*, 20(223), 65-66. doi:<https://doi.org/10.1016/j.kine.2020.05.008>
- Coutrot, T. (2018). *Travail et bien-être psychologique. L'apport de l'enquête Conditions de travail – Risques psychosociaux de 2016.* DARES, Document d'Études n°217, 14 mars 2018.
- DREES. (2018). *Le personnel et les difficultés de recrutement dans les Ehpad. Etudes et Résultats, numéro 1067.* https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er_1067.pdf
- El-Hage, W., Hingray, C., Lemogne, C., Yrondi, A., Brunault, P., Bienvenu, T., . . . Aouizerate, B. (2020). Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19) : quels risques pour leur santé mentale ? *L'Encéphale*, 46(3, Supplément), S73-S80. doi:<https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.008>
- Fédération hospitalière de France. (2017). *Impact de la réforme de la tarification des EHPAD sur le secteur public. Dossier de synthèse.*
http://www.anchl.fr/images/Note_FHF_Synthese_reforme_tarification_EHPAD.pdf
- Gollac, M., & Bodier, M. (2011). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser.* http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf:
- Gzil, F., Clause, A., Hirsch, E., & Brugeron, P. a. l. c. d. (2020). *Observatoire Covid19 Éthique & société. Résultats de l'enquête nationale. ÉTHIQUE / COVID-19. Grand âge et maladies neuro-évolutives, EHPAD et domicile.* Espace éthique, région île de France:
<https://www.santementale.fr/medias/userfiles/files/ethique.pdf>
- Haute Autorité de Santé. (2016). *Revue de littérature. Qualité de vie au travail et qualité des soins,*
https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-02/revue_de_litterature_qualite_de_vie_au_travail.pdf
- Hylton Rushton, C., Batcheller, J., Schroeder, K., & Donohue, P. (2015). Burnout and Resilience Among Nurses Practicing in High-Intensity Settings. *Am J Crit Care September*, 24(5), 412-420. doi:10.4037/ajcc2015291

- Jackson, D., Bradbury-Jones, C., Baptiste, D., Gelling, L., Morin, K., Neville, S., & Smith, G. D. (2020). Life in the pandemic: Some reflections on nursing in the context of COVID-19. *J Clin Nurs*, 29, 2041-2043.
- Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Yang, B. X., . . . Liu, Z. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The Lancet Psychiatry*, 7(3), e14. doi:[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30047-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30047-X)
- Kop, J., Formet-Robert, N., Althaus, V., & Grosjean, V. (2016). Validation psychométrique croisée de la version 3 de SATIN dans deux échantillons. *INRS, NS* 346, 50.
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., . . . Li, R. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open*, 3(3), e203976-e203976. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
- Liang, Y., Chen, M., Zheng, X., & Liu, J. (2020). Screening for Chinese medical staff mental health by SDS and SAS during the outbreak of COVID-19. *Journal of psychosomatic research*, 133, 110102. doi:10.1016/j.jpsychores.2020.110102
- Liu, Q., Luo, D., Haase, J. E., Guo, Q., Wang, X. Q., Liu, S., . . . Yang, B. X. (2020). The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: a qualitative study. *Lancet Glob Health*, 8(6), e790-e798. doi:10.1016/s2214-109x(20)30204-7
- Marquier, R., Vroylandt, T., Chenal, M., Jolidon, P., Laurent, T., Peyrot, C., . . . Toldre, C. (2016). Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des personnels très engagés. *Les Dossiers de la DREES*. 5, 31.
- Miilunpalo, S., Vuori, I., Oja, P., Pasanen, M., & Urponen, H. (1997). Self-rated health status as a health measure: The predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population. *Journal of Clinical Epidemiology*, 50(5), 517-528. doi:[https://doi.org/10.1016/S0895-4356\(97\)00045-0](https://doi.org/10.1016/S0895-4356(97)00045-0)
- Mo, S., & Shi, J. (2020). The Psychological Consequences of the COVID-19 on Residents and Staff in Nursing Homes. *Work, Aging and Retirement*, 6(4), 254-259. doi:10.1093/workar/waaa021
- Mohindra, R., Ravaki, R., Vikas, S., Ashish, B., & Shubh Mohan, S. (2020). Issues relevant to mental health promotion in frontline health care providers managing quarantined/isolated COVID19 patients. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102084. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102084>
- Morin, L. (2015). Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en France métropolitaine en 2014. *La revue de gériatrie*, 40(9), 519-538.
- Mulin, E., Trouillet, I., & Gellato, C. (2020). N'oublions pas le moral des « troupes » ! La santé mentale des soignants et l'impact psychiatrique de la pandémie de COVID-19. *L'Encéphale*, 46(3, Supplément), S125. doi:<https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.011>
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 901-907. doi:<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>
- Pélissier, C. (2015). *Conditions de travail et état de santé physique et psychique du personnel non médical des établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)*. Université Claude Bernard Lyon 1, Ecole Doctorale Interdisciplinaire Sciences-Santé ED n°205, Thèse de Doctorat.
- Petit, J., & Dugué, B. (2011). L' intervention ergonomique sur les risques psychosociaux dans les organisations : enjeux théoriques et méthodologiques. [Ergonomic Interventions on Psychosocial Risks in Firms: Theoretical and Methodological Opportunities]. *Le travail humain*, 74(4), 391-409. doi:10.3917/th.744.0391
- Preti, E., Di Mattei, V., Perego, G., Ferrari, F., Mazzetti, M., Taranto, P., . . . Calati, R. (2020). The Psychological Impact of Epidemic and Pandemic Outbreaks on Healthcare Workers: Rapid Review of the Evidence. *Current Psychiatry Reports*, 22(8), 43. doi:10.1007/s11920-020-01166-z

- Riello, M., Purgato, M., Bove, C., MacTaggart, D., & Rusconi, E. (2020). Prevalence of post-traumatic symptomatology and anxiety among residential nursing and care home workers following the first COVID-19 outbreak in Northern Italy. *R. Soc. open sci.* 7200880200880. doi:<http://doi.org/10.1098/rsos.200880>
- Roy, D. (2020). Surmortalité en EHPAD : le terrible constat. *Le mensuel des maisons de retraite*, 230 bis, [https://www.ehpa Presse.fr/actualite/surmortalite-en-ehpad-le-terrible-constat/\(230bis\)](https://www.ehpa Presse.fr/actualite/surmortalite-en-ehpad-le-terrible-constat/(230bis)).
- Sampaio, F., Sequeira, C., & Teixeira, L. (2020). Nurses' Mental Health During the Covid-19 Outbreak: A Cross-Sectional Study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 62(10), 783-787. doi:10.1097/jom.0000000000001987
- Singh, I., Morgan, K., Belludi, G., Verma, A., & Aithal, S. (2015). Does nurses' education reduce their work-related stress in the care of older people? *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*, 6(1), 34-37. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jcgg.2014.09.003>
- Smereka, J., & Szarpak, L. (2020). COVID 19 a challenge for emergency medicine and every health care professional. *The American journal of emergency medicine*, 38(10), 2232-2233. doi:10.1016/j.ajem.2020.03.038
- Spoorthy, M. S., Pratapa, S. K., & Mahant, S. (2020). Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic—A review. *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102119. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102119>
- Tragaki, A., & Richard, J.-L. (2020). First months of the COVID19 coronavirus epidemic in two countries with different trajectories, Greece and France.
- World Health Organization. (2020). *Infection prevention and control guidance for long-term care facilities in the context of COVID-19: interim guidance*, 21 March 2020. Geneva: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331508>
- Xiao, H., Zhang, Y., Kong, D., Li, S., & Yang, N. (2020). The effects of social support on sleep quality of medical staff treating patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 26, e923549-923541. doi:10.12659/MSM.923549
- Zhang, S. X., Liu, J., Afshar Jahanshahi, A., Nawaser, K., Yousefi, A., Li, J., & Sun, S. (2020). At the height of the storm: Healthcare staff's health conditions and job satisfaction and their associated predictors during the epidemic peak of COVID-19. *Brain, Behavior, and Immunity*, 87, 144-146. doi:<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.010>
- Zhang, W., Wang, K., Yin, L., Zhao, W., Xue, Q., Peng, M., . . . Wang, H. (2020). Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers during the COVID-19 Epidemic in China. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(4), 242-250. doi:10.1159/000507639

Annexe 1 – Questionnaire

Ce questionnaire a pour but de recueillir votre ressenti sur la gestion de la Covid-19 au sein de votre établissement et les conséquences pour votre santé. Deux périodes seront abordées : celle du confinement puis celle du déconfinement progressif de votre Ehpad.

Vos réponses resteront strictement confidentielles. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

La durée de remplissage du questionnaire est estimée à 15 min environ.

INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR VOUS ET SUR VOTRE ETABLISSEMENT

1. Vous êtes : Un homme Une femme
2. Age :
3. Fonction occupée :
 - Aide-soignant(e)
 - Infirmier(ère)
 - Infirmier(ère) coordinateur(trice)
4. Pourriez-vous indiquer le département dans lequel se situe l'Ehpad au sein duquel vous travaillez actuellement :
5. Depuis combien de temps environ travaillez-vous dans l'Ehpad où vous êtes actuellement ?
.....
6. Depuis combien de temps environ travaillez-vous en Ehpad ?
7. Type de contrat
 - CDI
 - CDD
 - Autres :
8. En ce qui concerne l'Ehpad dans lequel vous travaillez actuellement, s'agit-il :
 - D'un Ehpad privé lucratif (Si les répondants cochent cette case)
S'agit-il : d'un grand groupe ; d'un groupement de plusieurs Ehpad (mutualisation) ;
d'un Ehpad indépendant ; ne sais pas
 - D'un Ehpad privé non lucratif (associatif, etc.) (Si les répondants cochent cette case)
S'agit-il : d'un groupement de plusieurs Ehpad (mutualisation) ; d'un Ehpad
indépendant ; ne sais pas
 - Ne sais pas

9. Pourriez-vous indiquer le nombre approximatif de résidents permanents qui sont accueillis au sein de l'Ehpad où vous travaillez actuellement ?

- Moins de 25 résidents (petite unité de vie)
- De 25 à 50 résidents
- De 51 à 100 résidents
- De 101 à 150
- Plus de 150 résidents

10. L'Ehpad au sein duquel vous travaillez comprend-il une unité de vie protégée (Alzheimer, Parkinson etc.)

- Oui, exclusivement Oui mais pas seulement Non (si les répondants cochent non, passer à la question 12)

Si oui, travaillez-vous au sein de ce secteur protégé (Alzheimer, Parkinson etc.) ?

- Oui exclusivement Oui, selon mon planning Jamais

11. Y a-t-il eu des cas avérés ou suspectés de Covid-19 au sein des résidents ?

- Oui Non

Si « oui », pouvez-vous nous indiquer approximativement le nombre de cas :

12. Y a-t-il eu des cas avérés ou suspectés de Covid-19 au sein des salariés de l'Ehpad (vous y compris) ?

- Oui Non

Si « oui », pouvez-vous nous indiquer approximativement le nombre de cas :

13. Vous-même, avez-vous eu ou pensez-vous avoir eu la covid-19 (facultatif) ?

- Oui, vous avez fait un test et il était positif
- Non, vous avez fait un test et il était négatif
- Vous pensez l'avoir eu, mais vous n'avez pas fait de test
- Vous ne pensez pas l'avoir eu et vous n'avez pas fait de test

CONDITIONS DE TRAVAIL ET ORGANISATION PENDANT LE CONFINEMENT

En général et avant l'apparition du coronavirus :

14. Vous aviez le sentiment de faire un travail de qualité auprès des résidents :

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

Pendant la période du confinement national :

15. Pendant la durée du confinement, vos horaires ont-ils été modifié ? Oui Non

Si oui, merci de répondre à l'affirmation suivante en cochant la case qui vous correspond.

15.a. Ces modifications ont entraîné pour vous des difficultés d'organisation :

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

16. **Pendant la période du confinement**, votre Ehpad a-t-il bénéficié de renfort de personnes extérieures (Infirmiers, aides-soignants, stagiaires) ? Oui Non

Si oui, merci de répondre à l'affirmation suivante en cochant la case qui vous correspond.

16.a. Ces renforts ont permis de soulager votre activité :

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

16.b. Si les personnes répondent « pas du tout d'accord », « plutôt pas d'accord » ou « moyennement d'accord »

Pourquoi ? (Facultatif).....

17. **Pendant la durée du confinement**, le contenu de vos tâches a-t-il été modifié ?

Oui Non

Si oui, merci de répondre à l'affirmation suivante en cochant la case qui vous correspond.

17.a. Ces modifications ont entraîné pour vous des difficultés :

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

18. Vous avez le sentiment que les transmissions orales au sein de l'équipe :

- Ont augmenté
- Ont diminué
- N'ont pas changé

19. Vous avez le sentiment que les transmissions écrites via les logiciels de soins :

- Ont augmenté
- Ont diminué
- N'ont pas changé
- Non concerné

19.a. Si elles ont diminué, à quelles propositions suivantes attribuez-vous cette diminution :

- Manque de temps
- Hygiène du matériel
- Manque de participation des intervenants extérieurs
- Autre(s) :

Pendant la durée du confinement national, vous avez eu le sentiment :

20. De faire un travail de qualité auprès des résidents :

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

21. Que votre charge physique de travail avait augmentée par rapport à avant (déplacements, postures inconfortables, efforts de manutention, etc.)

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

22. Que votre charge mentale de travail (concentration, vigilance) a augmentée par rapport à avant

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

23. D'avoir eu, tout au long de la période de confinement, suffisamment de matériels de protection individuelle pour faire face à la situation (masques, gants, surblouses etc.)

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

24. D'avoir eu, tout au long de la période de confinement, suffisamment de moyens humains pour faire face à la situation (ou pour faire votre travail)

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

25. D'avoir eu, tout au long de la période de confinement, le matériel nécessaire pour faire face à la réorganisation de certaines activités (ex. restauration en chambre)

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

26. D'avoir eu, tout au long de la période de confinement, le matériel médical nécessaire pour la prise en charge des résidents

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

27. D'avoir bénéficié d'une conception architecturale facilitant le « confinement » des résidents et l'organisation de vos activités

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

28. D'avoir reçu des informations claires pour la mise en place des protocoles de la part :

28.a. des autorités extérieures (type ARS)

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

28.b. de votre directeur(trice)

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

28.c. de votre supérieur hiérarchique le plus proche (s'il s'agit de votre directeur, passez à la question suivante)

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

28.d. du médecin coordinateur (si pas de médecin coordinateur, passez à la question suivante)

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

29. D'avoir eu la possibilité de participer (si vous le souhaitez) à la construction des nouveaux protocoles

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

30. D'être suffisamment formé(e) pour faire face à ce genre de situation

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

31. Que vos collègues étaient suffisamment formé(e)(s) pour faire face à ce genre de situation

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

32. D'avoir fait des tâches habituellement réalisées par des intervenants extérieurs (ex. rééducation, bilans, etc.)

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

33. D'avoir pu échanger/discuter facilement :

33.a. avec le directeur de l'ehpad

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

33.b. avec votre supérieur hiérarchique (s'il s'agit de votre directeur, passez à la question suivante)

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

33.c. avec vos collègues

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

34. Que votre travail durant cette période particulière était reconnu par :

34.a. votre hiérarchie

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

34.b. vos collègues

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

34.c. les résidents

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

34.d. les familles des résidents

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

34.e. vos proches (familles, amis)

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

34.f. la population en générale

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

35. D'avoir mis votre santé en danger

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

Si vous avez répondu « Pas du tout » passez à la question 36 »

Sinon, vous avez le sentiment d'avoir mis votre santé en danger à cause :

35.a. De la dangerosité du virus

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

35.b. Du manque de moyens pour vous protéger dans votre activité

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

35.c. De la charge globale de travail (physique et/ou mentale)

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

35.d. De la façon de faire de certains collègues

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

35.e. Autres :

36. D'avoir mis la santé des résidents en danger

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

37. D'avoir mis la santé de vos proches en danger

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

Depuis le déconfinement de l'Ehpad dans lequel vous travaillez, vous avez le sentiment :

38. Que votre charge physique de travail a augmentée par rapport à avant (déplacements, postures inconfortables, efforts de manutention, etc.)

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

39. Que votre charge mentale de travail (concentration, vigilance) a augmentée par rapport à avant

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

40. Que vous disposez de suffisamment de moyens humains

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

41. De pouvoir échanger/discuter facilement :

41.a. avec le directeur de l'ehpad

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

41.b. avec votre supérieur hiérarchique (s'il s'agit de votre directeur, passez à la question suivante)

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

41.c. avec vos collègues

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

42. Que votre travail est reconnu par :

42.a. votre hiérarchie

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

42.b. vos collègues

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

42.c. les résidents

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

42.d. les familles des résidents

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

42.e. vos proches (familles, amis)

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

42.f. la population en générale

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

43. Que vous disposez de suffisamment d'équipements de protection individuel (masques, blouses, etc.)

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

44. Que vous êtes gêné(e) (chaleur, inconfort, etc.) par le port des équipements de protection individuel dans la réalisation de votre travail (masques, tabliers)

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

45. Que vous êtes suffisamment informés sur les conduites à tenir en lien avec les recommandations des autorités sanitaires :

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

46. Que vous pouvez réaliser un travail de qualité

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

47. De mettre votre santé en danger

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

Si vous avez répondu « Pas du tout » passez à la question x »

Sinon, vous avez le sentiment de mettre votre santé en danger à cause :

47.a. De la dangerosité du virus

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

47.b. Du manque de moyens de pour vous protéger dans votre activité

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

47.c. De la charge globale de travail (physique et/ou mentale)

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

47.d. De la façon de faire de certains collègues

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

47.e. De la visite des familles de résidents

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

47.f. Du retour des intervenants extérieurs

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

47.g. Autres :

48. De mettre la santé des résidents en danger

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

49. De mettre la santé de vos proches en danger

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

VOUS ET VOTRE SANTE

► ***Nous allons maintenant vous poser quelques questions concernant votre état de santé actuel perçu. Merci de cocher l'affirmation qui correspond le mieux à ce que vous pensez.***

50. Je trouve que ma santé est globalement :

Très mauvaise	Mauvaise	Ni bonne, ni mauvaise	Bonne	Très bonne
---------------	----------	-----------------------	-------	------------

51. Par rapport à l'année dernière, ma santé est :

Très mauvaise	Mauvaise	Ni bonne, ni mauvaise	Bonne	Très bonne
---------------	----------	-----------------------	-------	------------

52. Je trouve que mon moral est globalement :

Très mauvais	Mauvais	Ni bon, ni mauvais	Bon	Très bon
--------------	---------	--------------------	-----	----------

53. Ma confiance en l'avenir est globalement :

Très mauvaise	Mauvaise	Ni bonne, ni mauvaise	Bonne	Très bonne
---------------	----------	--------------------------	-------	------------

54. Dans 2 ans, ma santé devrait me permettre d'occuper le même poste qu'aujourd'hui

Non, pas du tout	Plutôt non	Ni oui, ni non	Plutôt oui	Oui, tout à fait
---------------------	------------	-------------------	------------	------------------

➤ Choisissez la fréquence qui vous correspond en vous référant aux 6 derniers mois (début du confinement)

55. J'ai des douleurs dans le dos ou dans le cou

Tous les jours ou presque	1 ou 2 fois par semaine	1 ou 2 fois par mois	1 ou 2 fois depuis 6 mois	Jamais depuis 6 mois
------------------------------	----------------------------	-------------------------	------------------------------	-------------------------

56. J'ai des douleurs dans les bras (épaule, coude, poignet, main)

Tous les jours ou presque	1 ou 2 fois par semaine	1 ou 2 fois par mois	1 ou 2 fois depuis 6 mois	Jamais depuis 6 mois
------------------------------	----------------------------	-------------------------	------------------------------	-------------------------

57. J'ai des douleurs dans les jambes (hanche, genou, cheville, pied)

Tous les jours ou presque	1 ou 2 fois par semaine	1 ou 2 fois par mois	1 ou 2 fois depuis 6 mois	Jamais depuis 6 mois
------------------------------	----------------------------	-------------------------	------------------------------	-------------------------

58. J'ai des douleurs quand je fais certains gestes ou dans certaines postures

Tous les jours ou presque	1 ou 2 fois par semaine	1 ou 2 fois par mois	1 ou 2 fois depuis 6 mois	Jamais depuis 6 mois
------------------------------	----------------------------	-------------------------	------------------------------	-------------------------

59. J'ai de difficultés à dormir

Tous les jours ou presque	1 ou 2 fois par semaine	1 ou 2 fois par mois	1 ou 2 fois depuis 6 mois	Jamais depuis 6 mois
------------------------------	----------------------------	-------------------------	------------------------------	-------------------------

60. J'ai des maux de tête

Tous les jours ou presque	1 ou 2 fois par semaine	1 ou 2 fois par mois	1 ou 2 fois depuis 6 mois	Jamais depuis 6 mois
------------------------------	----------------------------	-------------------------	------------------------------	-------------------------

61. J'ai des problèmes de digestion (exemple : brûlure d'estomac, ballonnements, diarrhée)

Tous les jours ou presque	1 ou 2 fois par semaine	1 ou 2 fois par mois	1 ou 2 fois depuis 6 mois	Jamais depuis 6 mois
------------------------------	----------------------------	-------------------------	------------------------------	-------------------------

62. J'ai des douleurs dans la poitrine

Tous les jours ou presque	1 ou 2 fois par semaine	1 ou 2 fois par mois	1 ou 2 fois depuis 6 mois	Jamais depuis 6 mois
---------------------------	-------------------------	----------------------	---------------------------	----------------------

➤ **Choisissez la fréquence qui vous correspond**

63. Je me sens stressé(e) par mon travail

En permanence	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
---------------	---------	---------	----------	--------

64. Je sens que je craque à cause de mon travail

En permanence	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
---------------	---------	---------	----------	--------

65. Je me sens lessivé(e) par mon travail

En permanence	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
---------------	---------	---------	----------	--------

66. De façon générale, vous avez le sentiment que votre santé globale est moins bonne qu'avant le confinement national

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

67. De façon générale, vous avez le sentiment que votre santé physique est moins bonne qu'avant le confinement national

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

68. De façon générale, vous avez le sentiment que votre moral est moins bon qu'avant le confinement national

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

69. De façon générale, vous avez le sentiment d'être plus stressé(e) qu'avant le confinement national

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

70. Y a-t-il eu des décès liés à la Covid-19 dans l'ehpad où vous travaillez ?

Oui Non (passez à la question 71)

70.a. Si oui, avez-vous bénéficié d'un soutien psychologique ?

- Oui et vous avez apprécié
- Oui, mais vous n'en aviez pas besoin
- Non et vous auriez bien aimé
- Non et vous n'en aviez pas besoin

Si oui, merci de répondre à l'affirmation suivante :

70.b. vous avez le sentiment d'avoir pu accompagner les personnes en fin de vie comme vous le souhaitiez :

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Moyennement d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
----------------------	---------------------	----------------------	-----------------	----------------------

71. Pouvez-vous nous indiquer si vous avez été à un moment donné en arrêt de travail entre le début du confinement et aujourd'hui ?

- Oui
- Non

71.a. Si oui, pendant combien de temps :.....

71.b. Pour quel(s) motif(s) (réponse facultative) :

- Covid-19
- Raisons de santé hors covid-19
- Autre :

72. Pouvez-vous nous indiquer si un retour d'expérience a été organisé au sein de votre établissement (pour évaluer ce qui a fonctionné et/ou pas fonctionné)

- Oui et vous avez apprécié
- Oui, mais vous n'en aviez pas besoin
- Non et vous auriez bien aimé
- Non et vous n'en aviez pas besoin

73. Enfin, pour terminer ce questionnaire, votre établissement a-t-il été reconfiné depuis ?

- Oui
- Non

Merci pour votre participation !
N'hésitez pas à diffuser le lien du questionnaire à vos collègues.